

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ  
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ «АКАДЕМИЯ ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ»  
THE RUSSIAN ACADEMY OF NATURAL HISTORY  
PUBLISHING HOUSE «ACADEMY OF NATURAL HISTORY»

НАУЧНОЕ ОБОЗРЕНИЕ. МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ  
SCIENTIFIC REVIEW. MEDICAL SCIENCES

№ 4  
2016

Учредитель:  
Издательский дом  
«Академия Естествознания»,  
440026, Россия, г. Пенза,  
ул. Лермонтова, д. 3

Founding:  
Publishing House  
«Academy Of Natural History»  
440026, Russia, Penza,  
3 Lermontova str.

Адрес редакции  
440026, Россия, г. Пенза,  
ул. Лермонтова, д. 3  
Тел. +7 (499) 704-1341  
Факс +7 (8452) 477-677  
e-mail: edition@rae.ru

Edition address  
440026, Russia, Penza,  
3 Lermontova str.  
Tel. +7 (499) 704-1341  
Fax +7 (8452) 477-677  
e-mail: edition@rae.ru

Подписано в печать 17.03.2016  
Формат 60x90 1/8

Типография ИД  
Издательский дом  
«Академия Естествознания»,  
440026, Россия, г. Пенза,  
ул. Лермонтова, д. 3

Signed in print 17.03.2016  
Format 60x90 8.1

Typography  
Publishing House  
«Academy Of Natural History»  
440026, Russia, Penza,  
3 Lermontova str.

Технический редактор Лукашова Н.В.  
Корректор Андреев А.М.

Тираж 1000 экз.  
Заказ НО 2016/4

Журнал «НАУЧНОЕ ОБОЗРЕНИЕ» выходил с 1894 по 1903 год в издательстве П.П. Сойкина. Главным редактором журнала был Михаил Михайлович Филиппов. В журнале публиковались работы Ленина, Плеханова, Циолковского, Менделеева, Бехтерева, Лесгафта и др.

Journal «Scientific Review» published from 1894 to 1903. P.P. Soykin was the publisher. Mikhail Filippov was the Editor in Chief. The journal published works of Lenin, Plekhanov, Tsiolkovsky, Mendeleev, Bekhterev, Lesgaft etc.



М.М. Филиппов (M.M. Philippov)

С 2014 года издание журнала возобновлено  
Академией Естествознания  
From 2014 edition of the journal resumed by  
Academy of Natural History

Главный редактор: М.Ю. Ледванов  
Editor in Chief: M.Yu. Ledvanov

Редакционная коллегия (Editorial Board)  
А.Н. Курзанов (A.N. Kurzanov)  
Н.Ю. Стукова (N.Yu. Stukova)  
М.Н. Бизенкова (M.N. Bizenkova)  
Н.Е. Старчикова (N.E. Starchikova)  
Т.В. Шнуровозова (T.V. Shnurovozova)

---

**НАУЧНОЕ ОБОЗРЕНИЕ. МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ**

**SCIENTIFIC REVIEW. MEDICAL SCIENCES**

***www.science-education.ru***

**2016 г.**

---



***В журнале представлены научные обзоры,  
литературные обзоры диссертаций,  
статьи проблемного и научно-практического  
характера по медицинским наукам***

The issue contains scientific reviews, literary dissertation reviews, problem and practical scientific articles, based on medical sciences

**СОДЕРЖАНИЕ**

ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) <i>Анохова Л.И., Белокрыницкая Т.Е., Патеев А.В., Кохан С.Т.</i>	6
РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ <i>Бражник Е.А., Остроушко А.П.</i>	14
СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФFUЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ <i>Гажва С.И., Касумов Н.С.</i>	18
ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ <i>Глухов А.А., Аралова М.В., Денисова О.И.</i>	22
ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ И ПСИХОПАТИЗАЦИИ УСЛОВНО ЗДОРОВЫХ ГРАЖДАН <i>Дмитриева К.П.</i>	26
ВИФЕРОН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ВИРУСОМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 1-ГО ТИПА У ДЕТЕЙ <i>Касохов Т.Б., Цораева З.А., Касохова В.В., Мазур А.И.</i>	30
ИММУННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ <i>Касохова В.В.</i>	34
ВИЗУАЛЬНЫЕ ЭРОГЕННЫЕ СТИМУЛЫ <i>Кочарян Г.С.</i>	37
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ И ПСИХОПАТИЗАЦИИ КАК СКРИНИНГОВОЙ ЭКСПРЕСС-МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ <i>Кочеров С.В., Дмитриева К.П.</i>	51
ПОЗИЦИЯ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КЛАССИФИКАЦИЯХ БОЛЕЗНЕЙ <i>Кулешова Е.О., Строганов А.Е.</i>	54
ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МНЕСТИКО-ИНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО ДЕФЕКТА ПРИ ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОГО ДЕФЕКТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ <i>Лелевкина Е.С.</i>	58
АЛКОГОЛИЗМ И ШИЗОФРЕНИЯ, АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ <i>Мкртчян А.А.</i>	66
ПЕРСПЕКТИВЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ) <i>Нагиева С.Э., Исмаилова Ф.Э., Нагиев Э.Р.</i>	69
АВТОРСКАЯ МЕТОДИКА КРАТКОСРОЧНОЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ, СОЧЕТАЮЩЕЙ В СЕБЕ ЭЛЕМЕНТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ И ТАНЦЕВАЛЬНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ <i>Песнина М.А., Шуненков Д.А., Потехина Е.Ф.</i>	78
РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ АВТОРСКОЙ МЕТОДИКИ КРАТКОСРОЧНОЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ <i>Потехина Е.Ф., Шуненков Д.А., Песнина М.А.</i>	83
ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕМЕНЦИИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ И В ОБЩЕЙ СЕТИ <i>Руженский В.И., Руженская Е.В.</i>	88
ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И САМОРЕАБИЛИТАЦИИ <i>Самыличев А.С.</i>	93
ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА <i>Соловьева Е.Н.</i>	107
ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ <i>Цораева З.А., Касохов Т.Б., Шляйхер А.Н., Касохова В.В., Мазур А.И.</i>	113

СОЧЕТАНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

*Шиланкова С.О.*

116

СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ У ДЕТЕЙ

*Щербак Н.М.*

120

**CONTENT**

POSTNATAL ENDOMETRITIS AND ITS PREVENTION (REVIEW OF LITERATURE) <i>Anokhova L.I., Belokrinitskaya T.E., Pateyuk A.V., Kokhan S.T.</i>	6
ERYSIPELAS IN A SURGICAL PRACTICE <i>Brazhnik E.A., Ostroushko A.P.</i>	14
THE DENTAL STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC DIFFUSE LIVER DISEASES <i>Gazhva S.I., Kasumov N.S.</i>	18
FEATURES OF APPLICATION OF ANTIBACTERIAL DRUGS IN PATIENTS WITH TROPIC ULCERS OF THE LOWER EXTREMITIES <i>Gluhov A.A., Aralova M.V., Denisova O.I.</i>	22
STUDYING OF THE NEVROTIZATION LEVEL AND PSIKHOPATIZATION OF CONDITIONALLY HEALTHY CITIZENS <i>Dmitrieva K.P.</i>	26
VIFERON IN THE TREATMENT OF INFECTIOUS – INFLAMMATORY DISEASES CAUSED BY THE HERPES SIMPLEX VIRUS 1-TYPE IN CHILDREN <i>Kasohov T.B., Tsoraeva Z.A., Kasohova V.V., Mazur A.I.</i>	30
IMMUNE DEFICIENCY OF CHILDREN WHICH ARE LIVING IN AREAS OF ECOLOGICAL TROUBLE AND TREATMENTS <i>Kasohova V.V.</i>	34
EROGENOUS VISUAL STIMULI <i>Kocharyan G.S.</i>	37
USE OF DETERMINATION OF THE NEVROTIZATION LEVEL AND PSIKHOPATIZATION AS SCREENING EXPRESS TECHNIQUE DIAGNOSIS OF BOUNDARY MENTAL DISORDERS <i>Kocherov S.V., Dmitrieva K.P.</i>	51
THE SITE OF ACUTE PSYCHOTIC DISTRODERS IN THE CLASSIFICATION OF DISEASES <i>Kuleshova E.O., Stroganov A.E.</i>	54
FEATURES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF MNESTIKO-INTELEKTUALNOGO OF DEFECT AT EASY INTELLECTUAL BACKWARDNESS AND EMOTIONAL AND STRONG-WILLED DEFECT AT SCHIZOPHRENIA ON THE EXAMPLE OF THE CLINICAL CASE <i>Lelevkina E.S.</i>	58
ALCOHOLISM AND SCHIZOPHRENIA, RELEVANCE OF THE PROBLEM <i>Mkrtychyan A.A.</i>	66
PROSPECTS OF THE TRANSPLANTATION OF A BONE TISSUE AT REPLACEMENT OF DEFECTS OF THE LOWER JAW. <i>Nagieva S.E., Ismailova F.E., Nagiev E.R.</i>	69
AUTHOR'S TECHNIQUE OF THE SHORT-TERM IMPROVING PROGRAM COMBINING ELEMENTS OF PHYSIOTHERAPY EXERCISES AND DANCING AND IMPROVING THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF MENTAL DISORDERS OF NEUROTIC LEVEL <i>Pesnina M.A., Shunenkov D.A., Potekhina E.F.</i>	78
RESULTS OF EFFICIENCY OF THE AUTHOR'S TECHNIQUE OF THE SHORT-TERM IMPROVING PROGRAM IN COMPLEX TREATMENT OF MENTAL DISORDERS OF NEUROTIC LEVEL <i>Potekhina E.F., Shunenkov D.A., Pesnina M.A.</i>	83
PRACTICE OF APPLICATION OF STANDARDS OF MEDICAL CARE AT TREATMENT OF DEMENTIA IN THE CONDITIONS OF MENTAL HEALTH FACILITY I IN THE GENERAL NETWORK <i>Ruzhenskiy V. I., Ruzhenskaya E.V.</i>	88
ABILITIES OF PHYSICAL REHABILITATION AND SELF-REHABILITATION <i>Samylichev A.S.</i>	93
INTERNET DEPENDENCE IN PRACTICE OF THE CHILDREN'S PSYCHOTHERAPIST <i>Soloveva E.N.</i>	107
INDICATORS OF IMMUNE STATUS OF NEWBORN PREMATURE INFANTS WITH INFECTIOUS AND INFLAMMATORY DISEASES <i>Tsoraeva Z.A., Kasohov T.B., Shljajher A.N., Kasohova V.V., Mazur A.I.</i>	113
COMBINATION SOMATIC AND MENTAL COMPONENT AT FUNCTIONAL DISEASES DIGESTIVE TRACT <i>Shilankova S.O.</i>	116
THE STATE OF IMMUNITY IN CHRONIC GASTRITIS IN CHILDREN <i>Shcherbak N.M.</i>	120

УДК 618.14-002-02; 618.7:618.46

## ПОСЛЕРОДОВЫЙ ЭНДОМЕТРИТ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

<sup>1</sup>Анохова Л.И., <sup>1</sup>Белокрыницкая Т.Е., <sup>2</sup>Патеев А.В., <sup>2</sup>Кохан С.Т.

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Читинская государственная медицинская академия Минздрава России»,  
Чита, e-mail: PateyAnd@yandex.ru;

<sup>2</sup>ФГБОУ ВПО «Забайкальский государственный университет», Чита

Статья посвящена обзору современных взглядов на кесарево сечение и его осложнению – послеродовому эндометриту. Гнойно-воспалительные заболевания продолжают оставаться одной из актуальных проблем современного акушерства. Внедрение в акушерскую практику более полувека назад антибиотиков способствовало резкому снижению частоты послеродовых инфекционных заболеваний. Однако в последнее десятилетие во всем мире отмечают рост послеродовых инфекций. Частота послеродовых инфекционных заболеваний варьирует в связи с отсутствием унифицированных критериев и колеблется в пределах от 2% до 10%. Несколько чаще инфекционные осложнения развиваются после операции кесарева сечения. От септических акушерских осложнений во всем мире ежегодно гибнет около 150 тысяч женщин. Септические осложнения в послеродовом периоде, как причина материнской смертности, продолжают держать печальное лидерство, занимая 1-2 место, деля его с акушерскими кровотечениями. Использование иммуномодуляторов в значительной степени сокращает риск развития и повышает эффективность лечения послеродовых эндометритов. Преобладание в последние годы стертых и атипичных форм послеродового эндометрита у рожениц создает трудности в прогнозировании и ранней диагностике послеродового эндометрита. Внедрение в акушерскую практику современных и высокоточных технологий позволит проводить своевременное выявление заболевания на доклинической стадии заболевания. Отсутствие тенденции к снижению послеродовых гнойно-септических осложнений, полиэтиологичность и многогранность патогенеза диктуют необходимость расширения исследований, поиска более совершенных, доступных, точных, малоинвазивных и не дорогостоящих методов диагностики, профилактики и терапии послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний.

**Ключевые слова:** кесарево сечение, эндометрит, иммуномодуляторы, профилактика, лечение

## POSTNATAL ENDOMETRITIS AND ITS PREVENTION (REVIEW OF LITERATURE)

<sup>1</sup>Anokhova L.I., <sup>1</sup>Belokrinitskaya T.E., <sup>2</sup>Pateyuk A.V., <sup>2</sup>Kokhan S.T.

<sup>1</sup>Chita State Medical Academy of the Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, Chita, e-mail: PateyAnd@yandex.ru;

<sup>2</sup>Transbaikal State University, Chita

Article is devoted to the review of modern views on Caesarian section and to its complication – a postnatal endometritis. Pyoinflammatory diseases continue to remain one their actual problems of modern obstetrics. Introduction in obstetric practice more than half a century back of antibiotics promoted sharp decrease in frequency of postnatal infectious diseases. However in the last decade around the world note growth of postnatal infections. Frequency of postnatal infectious diseases varies due to the lack of the unified criteria and fluctuates ranging from 2% to 10%. Slightly more often infectious complications develop after operation of Cesarean section. From septic obstetric complications around the world about 150 thousand women annually perish. Septic complications in the postnatal period as the reason of maternal mortality, continue to hold sad leadership, taking 1-2 place, sharing it with obstetric bleedings. Use immunomodulatory substantially reduces risk of development and increases efficiency of treatment of postnatal endometritis. Prevalence in the last years of the erased and atypical forms of a postnatal endometritis at women in childbirth creates difficulties in forecasting and early diagnosis of a postnatal endometritis. Introduction will allow to carry out timely detection of a disease to obstetric practice of modern and high-precision technologies at a preclinical stage of a disease. Lack of a tendency to decrease in the postnatal is purulent – septic complications, the polyetiologic and versatility of pathogenesis dictate need of expansion of researches, search more perfect, available, exact, the maloinvazivnykh and not expensive methods of diagnostics, prevention and therapy of postnatal pyoinflammatory diseases.

**Keywords:** Cesarean section, endometritis, immunomodulators, prevention, treatment

Расширение показаний к кесареву сечению позволило достичь определенных положительных изменений в структуре перинатальной смертности, но в тоже время привело к росту послеродовых гнойно-септических заболеваний [50, 61].

При проведении кесарева сечения возможны трудности и осложнения, результатом которых могут быть гнойно-воспалительные заболевания в раннем и позднем послеоперационном периоде [3,61].

Общепризнанным является проведение операции кесарева сечения в нижнем сегменте матки поперечным разрезом. Большинство авторов считает целесообразным проводить лапаротомию по Пфанненштилю [32, 33, 34, 45], что обеспечивает прочный послеоперационный рубец. В особых

Воспалительные заболевания в раннем и позднем послеоперационном периоде [3,61].

случаях производят нижнесрединную лапаротомию (критическое состояние плода и матери, выраженный спаечный процесс в брюшной полости и др.).

Многие авторы являются сторонниками выполнения лапаротомии по Пфанненштилю в модификации Л.С. Персианинова, что обеспечивает достаточный оперативный доступ, прочный и косметический послеоперационный рубец [32, 33, 34, 60, 61].

Меньше осложнений наблюдается при нижнесрединной лапаротомии, чем при поперечном разрезе, но при этом чаще возникают расхождение шва, послеоперационные грыжи, рубец недостаточно косметичен. При продольном срединном разрезе кровотечения как правило не бывает [32, 33, 34, 60, 61].

А.Н. Стрижаков внедрил в практику новую методику кесарева сечения: рассечение передней брюшной стенки по методу Джоэл – Кохена, а разрез на матке – по методу Штарка [49, 50].

Не только у нас в стране, но и за рубежом необоснованно редко в современном акушерстве используется экстраперитонеальный доступ к нижнему маточному сегменту, несмотря на очевидные преимущества этого метода оперативного родоразрешения [39]. Вероятно, это обусловлено техническими сложностями экстраперитонеального кесарева сечения в виде ранения брюшины и мочевого пузыря (4.0 – 7.5% и 0.3 – 2.5% соответственно) и трудностями при извлечении плода.

Большинство акушеров-гинекологов являются сторонниками «тупого» рассечения матки после того, как сделан небольшой разрез скальпелем по методу Гусакова – Занченко; и реже проводят рассечение матки с помощью ножниц по Дерфлеру [29, 30].

В.А. Ананьев и соавт. [3] обнаружили, что в биоптатах при оперативном вмешательстве по Дерфлеру не затрагиваются наиболее чувствительные к повреждению внутриклеточные системы. При этом сохранение целостности клеточных мембран и дыхательного аппарата клетки обеспечивает поддержание гомеостаза органелл и окислительное фосфорилирование. В тоже время, при разрезе по Гусакову – Занченко преобладают глубокие, большей частью необратимые, ультраструктурные изменения, отражающие деструкцию не только трофического, но и сократительного аппарата клеток миометрия.

Нет единого взгляда в вопросе, когда и как удалять плаценту из матки. Е.А. Чернуха и В.А. Ананьев [3, 60, 61] предлагают не торопиться с отделением и выделением плаценты. Они рекомендуют после извлечения плода, для профилактики кровотечения,

на углы раны наложить зажимы Микулича, в мышцу матки ввести 1 мл 0,02 % раствора метилэргометрина, приступить к капельному внутривенному введению окситоцина, и ждать отделения последа, после чего, потягиванием за пуповину выделить его.

Преждевременно, по мнению В.В. Абрамченко [1, 2], проводить ручное отделение последа во время кесарева сечения у резус-отрицательных женщин или при любых обстоятельствах, когда трансплацентарное кровотечение может повысить опасность изосенсибилизации.

После удаления последа полость матки протирают марлевой салфеткой, ушивают провизорными швами углы раны, затем приступают к зашиванию разреза на матке [32, 33, 34].

В последние годы появились сторонники выведения матки из брюшной полости после извлечения плода и удаления последа [1, 2]. Они считают, что это не только облегчает зашивание матки, но и способствует ее лучшему сокращению и снижает объем операционной кровопотери.

Очень важной является техника наложения швов на разрез матки в нижнем сегменте. По поводу методики зашивания раны на матке при кесаревом сечении также нет единой точки зрения.

Одним из условий профилактики операционных осложнений и прочности рубца является правильное сопоставление краев раны [3].

В современном акушерстве отдается предпочтение методике непрерывного обвивного однорядного шва с фрагментированной фиксацией по Ревердену (шов с накидом) в углах разреза и в центре. Преимущества ее очевидны: меньшее количество швов, не нарушается трофика тканей, сокращается продолжительность операции, уменьшается объем кровопотери [1, 2, 28].

Одним из вариантов ушивания разреза на матке можно принять двухрядный шов: первый ряд – непрерывный, скорняжный (шмиденковский), слизисто-мышечный шов, (первый шов накладывается на угол разреза через слизистую оболочку и мышечный слой с выведением узла в просвет матки, а выкол – на середине мышечного слоя); второй ряд – мышечно-мышечный, также непрерывный.

Возможно, ушивание разреза матки однорядным слизисто-мышечным непрерывным швом. В настоящее время для ушивания матки применяются как узловатые, так и непрерывные швы, накладываемые в один или два ряда – при этом большое внимание должно уделяться соединению всех слоев стенки с целью создания герметичного шва [30].

Немаловажное значение имеет выбор шовного материала [30, 58].

Широко используемый ранее и созданный Джозефом Листером в 1868 году кетгут не соответствует современным требованиям из-за быстрой потери прочности, способности вызывать аллергическую и воспалительную реакции тканей [28, 32, 33, 34].

Сегодня требования к шовному материалу следующие: он должен быть стерильным, ареактивным, прочным, рассасывающимся, универсальным, удобным для хирурга [22, 28]. Дексон, максон, викрил, монокрин, полисорб, полистер, полиамид, пролен, мерсилен и каппроаг обладают этими качествами.

Перитонизацию шва на матке проводят маточно-пузырной складкой брюшины непрерывным швом викриловой нитью [22, 27]. Затем выполняют ревизию брюшной полости, осматривают придатки матки, оценивают гемостаз.

Туалет брюшной полости, пузырно-маточного, позадматочного пространства и боковых каналов живота выполняют стерильной марлевой салфеткой [1, 2]. Затем послойно ушивают переднюю брюшную стенку. По окончании операции выводят мочу катетером, удаляют сгустки крови из влагалища, бережно проводят массаж матки рукой через переднюю брюшную стенку и осматривают послед.

По данным отечественных авторов средняя величина кровопотери при кесаревом сечении колеблется от 500 до 1000 мл [27, 32, 33, 34, 60, 61]. До настоящего времени отсутствуют общепринятые методы определения величины кровопотери. На практике наиболее распространенным является гравиметрический метод. Нередко определение величины кровопотери ведется визуально [3, 60, 61].

По данным некоторых авторов среднее время от начала операции до извлечения ребенка не должно превышать 8 минут, и от разреза матки до рождения ребенка не более 3 минут [21, 27, 54].

Помимо совершенствования техники операции большим достижением при проведении кесарева сечения является разработка и внедрение в практику регионарной анестезии, что исключает серьезные осложнения, присущие общему обезболиванию. При плановом кесаревом сечении используется эпидуральная анестезия, действие которой наступает через 10 – 15 минут. При экстренном оперативном родоразрешении проводится спинальная анестезия [37].

Кесарево сечение во всех развитых странах мира является распространенной операцией. В последние годы частота абдоминального родоразрешения значительно

возросла, что обусловлено расширением показаний к кесареву сечению в интересах плода; внедрением в акушерскую практику современных диагностических методов исследования состояния матери и плода; совершенствованием реанимационно-интенсивной помощи новорожденным, появлением новых антибиотиков широкого спектра действия; новых видов шовного материала [64].

Несмотря на современные методы диагностики, активную антибактериальную профилактику и терапию осложнений, использование высоких технологий при выполнении кесарева сечения, гнойно-воспалительные заболевания остаются частым и опасным осложнением [51, 52, 53, 54, 56].

Частота послеоперационных инфекционных осложнений составляет 13,3 – 75%, а у женщин с высоким риском развития септических осложнений достигает 80,4 – 85% [27, 61].

Распространенным осложнением после кесарева сечения является эндометрит. Частота его составляет от 6,6 до 45% [3, 17, 18, 19, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 51, 52, 53, 54].

Находящиеся в полости матки после операции сгустки крови, остатки некротизированной децидуальной ткани, а также локальные изменения, связанные с травмой матки во время хирургического вмешательства (отек, ишемия тканей, наличие микрогематом в области шва, шовный материал), являются предрасполагающими факторами для развития осложнений и создают благоприятную среду для размножения в матке микроорганизмов, особенно их облигатно-анаэробных видов [61].

В возникновении эндометрита имеют значение различные факторы. Изменился контингент беременных и родильниц – преобладают пациентки с тяжелыми экстрагенитальными заболеваниями, различными формами бесплодия, гормональной и хирургической коррекцией невынашивания беременности, с хронической вирусно-бактериальной инфекцией различной локализации, относящиеся к группе высокого риска развития инфекционных осложнений [51, 52, 53, 54].

Существенную роль в возникновении эндометрита играют акушерские осложнения – длительный безводный промежуток, нарушения сократительной активности матки, затяжные роды, травма мягких тканей, патологическая кровопотеря, не рациональное использование сокращающих матку средств, наличие патогенной и условно-патогенной микрофлоры [32, 33, 34, 50].

В последние годы изменились возбудители послеродовой инфекции. Длительное,

иногда бессистемное и нерациональное применение антибиотиков привело к селекции полирезистентных штаммов микроорганизмов, что явилось одной из причин повышения частоты и тяжести послеоперационных гнойно-септических заболеваний. Существенно повысилась вирулентность ряда микроорганизмов, таких как стафилококк, кишечная палочка [29, 30, 51, 52, 53, 54].

Флора при эндометрите в большинстве случаев полимикробная. При определении видового состава аэробных микроорганизмов у родильниц с эндометритом (41%) отмечен рост энтерококка, реже клебсиелы и протей. Среди них доминирует (40%) кишечная палочка [51, 52, 53, 54].

Весьма тяжелым течением характеризуются заболевания, вызванные стрептококками группы В [29, 30, 46, 51, 52, 53, 54].

Установлено, что патогенность анаэробов повышается в присутствии факультативно-аэробных микроорганизмов, в частности, кишечной палочки. При этих ассоциациях возбудителей наблюдаются тяжелые формы послеоперационного эндометрита [17, 18, 19].

Потенциально патогенные возбудители заболеваний как грамположительные (золотистый стафилококк, стрептококки), так и грамотрицательные (кишечная палочка, протей, сальмонелла, энтеробактерии), аэробные бактерии являются частой причиной заболевания и определяются в 42 – 62% случаев [29, 30].

В этиологии послеродовой инфекции в последние годы возросла роль хламидий, микоплазм, вирусов и других микроорганизмов, передающихся не только половым путем. По данным литературы микоплазмы обнаруживаются от 30 до 76% случаев, дрожжеподобные грибы в 25,8%, хламидии от 2 до 7% [17, 29, 30, 46, 51, 52, 43].

Основными путями распространения инфекции при эндометрите являются:

- а) восходящий (через родовые пути);
- б) гематогенный (из хронических очагов инфекции);
- в) лимфогенный (через разрез на матке и инфицированные разрывы шейки матки);
- г) интраамниальный, связанный с использованием в акушерской практике инвазивных методов исследования (кордоцентез, редукция эмбрионов при многоплодной беременности и др.) [25, 51, 52, 53].

Оперативное вмешательство со всеми его отрицательными составными элементами – страхом, болью, травмой, воздействием анестетиков и другими факторами – представляют собой выраженную внешнюю агрессию против уравновешенных функциональных систем организма, среди которых

одно из важных мест занимает нейрогуморальная регуляция [31].

Известно, что ответная реакция организма на любую агрессию, в том числе и на воздействие микроорганизмов связана с иммунитетом. В настоящее время считают, что защиту организма определяют неспецифические факторы и иммунологическая реактивность или иммунный ответ [8, 51, 52, 53, 54].

Изменения иммунологической реактивности при беременности включают следующие процессы: умеренное неспецифическое угнетение общей иммунореактивности матери за счет действия гонадотропных гормонов и временной инволюции вилочковой железы; активное распознавание матерью антигенов плода, унаследованных от отца; разнообразные общие и местные иммуносупрессорные механизмы [8, 32, 33].

Вместе с тем, даже при физиологическом иммунодефиците при наличии инфекции в родовых путях не во всех случаях возникают инфекционные послеродовые заболевания. Для этого необходима высокая вирулентность микроорганизма, иммунодефицит у родильницы и другие факторы.

Несомненно, само оперативное вмешательство, как разновидность агрессии и стресса ведет к подавлению иммунитета. Хирургический стресс проявляется функциональными изменениями состояния всех органов и систем организма женщины. В первую очередь, эти изменения касаются перестройки деятельности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, обеспечивающей синхронизацию гомеостатических реакций целостного организма и своеобразии течения первой (катаболической) и второй (анаболической) фаз послеоперационного периода. Для катаболической фазы (12-14 суток после операции) характерны значительные изменения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательных систем, симпато-адреналовой и иммунной систем, а так же обмена белков, жиров и углеводов, водно-электролитного и ионного баланса [21].

Особенностью первых суток послеоперационного периода является снижение объема циркулирующей крови и олигоцитемическая гиповолемия, переходящая к третьим суткам в гиперволемию и только к седьмым, достигающая исходных объемов [42, 43].

Hood D.D. (2010) доказал, что средства для наркоза угнетают функцию иммунокомпетентных клеток. В течение 4-24 часов после операции кесарева сечения развивается лимфопения без изменения соотношения Т- и В – клеток, нарушается продукция IL-2 [53].

Особого внимания заслуживают работы, свидетельствующие о возможности образования интерлейкинов (IL -1b, IL-6, IL-8) в амниотическом и хориальном слоях плодных оболочек, в децидуальных и плацентарных клетках, а также в эндотелиальных клетках артерий пуповины [8, 12, 31].

Доказано, что при восходящем инфицировании околоплодной среды высокое диагностическое значение имеет повышение концентрации IL-6 в цервикальной слизи и амниотической жидкости. У женщин с повышенным содержанием IL-6 в цервикальной слизи имеется высокая предрасположенность к перинатальной заболеваемости и смертности. Столь же эффективным оказалось определение содержания IL-6 в плазме материнской крови. При повышении уровня IL-6 в крови беременных женщин в 75% наблюдений возникали различные инфекционные осложнения в послеродовом периоде [31, 59].

Надежным критерием диагностики эндометрита и тестом прогнозирования исхода заболевания может служить исследование уровня активности провоспалительных цитокинов у рожениц, предложенный Т.Е. Белокриницкой и Ю.А. Витковским (1999) [8, 12, 31].

Для ранней диагностики, прогноза, оценки степени тяжести воспалительного процесса и эффективности лечения больных существует множество простых и достоверных методов.

К ним относятся цитоморфологическое исследование последа и содержимого полости матки [60, 61]; определение pH,  $pCO_2$ ,  $pO_2$ , маточного содержимого [51].

Диагностическим преимуществом обладают методы определения эндотоксинов в сыворотке крови и лохиях. Определение ПДТ у рожениц может служить критерием эффективности лечения послеродового эндометрита [17].

Данные литературы свидетельствуют о том, что наиболее часто в качестве мер профилактики различных послеоперационных осложнений назначают антибиотики [26, 27]. Предложено множество схем применения антибиотиков с целью профилактики эндометрита, различные дозы и методы введения – короткие и ультракороткие курсы [1, 2].

Внимания заслуживает профилактика эндометрита после кесарева сечения у женщин с низкой степенью риска развития гнойно-воспалительных заболеваний, без применения антибиотиков, проводимая антисептическими растворами санация генитального тракта за 3-5 дней до операции [39, 41].

Использование современных технологий родового акта разрешает ведение послеродового послеоперационного периода без применения антибиотиков, что расширяет возможности естественного вскармливания и позволяет избежать отрицательного воздействия антибактериальных препаратов на организм матери и ребенка [53, 54].

Ряд авторов предлагают широко использовать орошения полости матки и брюшной полости во время операции кесарева сечения с целью снижения гнойно-воспалительных заболеваний антисептическими растворами или проведение вакуум-аспирации содержимого полости матки у рожениц с эндометритом, что снижает степень ее бактериальной обсемененности на 4-6 порядков, повышает защитные силы организма, путем увеличения количества CD3+-Т-лимфоцитов, CD4+-Т-хелперов и повышения иммунорегуляторного индекса (CD4+/CD8+) [20, 21, 37, 39, 40].

Некоторые авторы [53] считают перспективным как с целью профилактики, так и лечения эндометрита назначение многокомпонентных мазей на гидрофильной основе.

Однако необходимо учитывать возможность аллергических реакций, побочное действие, риск суперинфекции из-за селекции устойчивых микроорганизмов и различную эффективность антибиотиков [17, 53].

Морфологические проявления острого хориоамнионита не имеют связи с продолжительностью родов, длительностью безводного промежутка и назначением антибактериальной терапии, что свидетельствует о сложности патогенеза воспалительного процесса, возникающего в последе при восходящем инфицировании околоплодной среды [15].

Кроме того, имеются сведения о снижении иммунитета под воздействием антибиотиков [17, 21].

В связи с этим, наряду с антибактериальной терапией ведутся поиски других методов профилактики эндометрита после кесарева сечения. Это интраоперационное использование полимерных пленок с антибиотиками [53], совершенствование техники и модификации операции кесарева сечения; использование малотравматичной хирургической техники; уменьшение продолжительности оперативного вмешательства и кровопотери; применение современных синтетических рассасывающихся шовных материалов и атравматичных игл [29, 30]; местной влажной гипотермии [56]; аспирационно-промывное дренирование полости матки [24]; гипербарической оксигенации [40]; иммобилизованных про-

теолитических ферментов [51]; медицинского озона у родильниц [19, 39]; светолечение, воздействие лазером [7], СВЧ-терапию дециметровыми волнами [60, 61]. Физические методы улучшают кровоснабжение и трофику тканей, что способствует уменьшению отека и более быстрому заживлению тканей [39].

Интерес представляют работы, посвященные использованию квантовой гемотерапии для профилактики и лечения гнойно-воспалительных осложнений у родильниц [26].

В последнее время терапия послеродовых эндометритов рассматривается с позиций лечения инфицированных ран и включает своевременную хирургическую обработку раны, адекватную антибактериальную терапию. Хирургическая обработка «акушерской раны» при послеродовом эндометрите включает либо кюретаж стенок матки, либо вакуум-аспирацию содержимого, либо аспирационно-промывное дренирование матки [36, 37, 38].

Однако, предложенные методы не всегда предупреждают развитие гнойно-септических осложнений, что побуждает к поиску высокоэффективных методов лечения послеродовых эндометритов. С этой точки зрения перспективным, эффективным и экономически выгодным является «ферментативный кюретаж» стенок послеродовой матки, предложенный М.А. Купертом и соавт., с использованием протеолитических пролонгированных ферментов (профезим), который заключается в комплексном лечении послеродовых эндометритов с применением внутриматочного введения профезима и является патогенетически обоснованным и оптимальным для лечения послеродовых эндометритов т.к. повышает эффективность лечения на 17,5%, уменьшает на 25,8% число дней пребывания пациенток в стационаре и снижает частоту осложнений в 8,3 раза по сравнению с традиционными методами лечения [36, 37, 38].

Востребованным и экономически выгодным, как и способ М.А. Куперта [36, 37, 38], является метод терапии эндометрита после родов с помощью энтеросорбции, непрямого электрохимического окисления и биорегуляции препаратами класса цитомединов. Промывание полости матки раствором гипохлорита натрия у родильниц с послеродовым эндометритом проводили на 4–5 сутки после родов и на 6 сутки после кесарева сечения. Промывание осуществляют раствором гипохлорита натрия в концентрации 700 мг/л с помощью системы, состоящей из соединенных приточной и отводящей полиэтиленовых трубок с диаметром 6 и 12 мм соответственно. По приточной трубке через систему для ин-

фузионной терапии подавали охлажденный до +6°–8°С раствор гипохлорита натрия. Первые 30 минут раствор NaClO вводился струйно для более быстрого вымывания содержимого полости матки и обеспечения гипотермического воздействия, затем со скоростью 10–15 мл/мин. Внутриматочное введение раствора NaClO проводили в течение 1–2 часов. На одну процедуру расходовали до 3-х литров раствора NaClO. Курс лечения составлял от 3 до 5 процедур, в зависимости от тяжести заболевания [23]. Так же интересна схема лечения женщин с послеродовым эндометритом с использованием хитозан метронидазол диоксидиновым комплексом «ХМД-БОЛ» [53].

При гелий-неоновом лазерном облучении во время кесарева сечения отметили стимуляцию фагоцитарной активности лейкоцитов. Нормализующее действие на иммунную систему при лазерном облучении, иглорефлексотерапии, ультрафиолетовом облучении беременных и родильниц выявили Л.С. Мареева и соавторы [43].

При использовании аутокрови, облученной ультрафиолетовыми лучами установили более динамичное восстановление сниженного относительного и абсолютного количества Т- и В – лимфоцитов [7, 23].

В последние годы стали разрабатываться новые методы лечения эндометрита с использованием иммуномодуляторов [4, 5, 6, 9, 19, 17, 23, 29, 30, 33]; внутривенное введение иммуноглобулина и виферона-3 в виде ректальных свечей в комплексе с антибактериальной, инфузионной, утеротонической терапии у больных с послеродовым эндометритом ускоряет выздоровление пациенток по данным Н.М. Касабулатова [25].

Методам, изменяющим иммунный статус и повышающим защитные силы беременных перед выполнением оперативного родоразрешения в борьбе с инфекцией, отдают предпочтение многие авторы [4, 5, 6, 9, 10, 12, 21, 31, 59, 65].

В связи с тем, что в последние годы сформировалось представление об иммунной регуляции физиологических функций в норме и при патологических состояниях, становится понятной теоретическая и практическая значимость рассматриваемого вопроса [31, 59]. Эндотелиоциты активно секретируют цитокины, которые способны опосредованно через лейкоциты и тромбоциты оказывать влияние на иммунитет и систему гемостаза [8, 12, 31, 59]. Эти физиологические механизмы должны в значительной степени нарушаться при развитии гнойно-септических заболеваний. В тоже время, среди акушеров-гинекологов нет единого мнения о роли нарушений клеточного

и гуморального иммунитета в механизме развития эндометрита.

Для прогнозирования и ранней диагностики эндометрита в последние годы чаще используются различные методы исследования последа. Так, цитоморфологическое изучение плаценты является эффективным диагностическим тестом эндометрита [13].

Глуховец Б.И. и Глуховец Н.Г. [15] с целью прогнозирования послеродового эндометрита предлагают сопоставлять результаты срочного патоморфологического исследования последа с цитологическими данными о состоянии вагинального биоценоза, исследованного в предродовом периоде. Они считают, что объективная морфологическая диагностика сочетанного воспалительного процесса во влагалище и плодных оболочках служит источником клинической информации, которая нацеливает на своевременную профилактику и раннее лечение послеродового эндометрита.

Новые возможности для диагностики и выработки лечебной тактики при послеродовых гнойно-воспалительных заболеваниях появились с внедрением в практику акушера-гинеколога эхографии и гистероскопии. Целям ранней диагностики эндометрита служит ультразвуковое исследование [60, 61].

Диагностическая ценность гистероскопии и эхографии позволяет определить клинический вариант течения послеродового эндометрита и предложить адекватную тактику лечения, предупредить генерализацию инфекционного процесса, осуществить ряд диагностических и лечебных процедур [46].

Преобладание в последние годы стертых и атипичных форм послеродового эндометрита у родильниц создает трудности в прогнозировании и ранней диагностике послеродового эндометрита. Внедрение в акушерскую практику современных и высокоточных технологий позволит проводить своевременное выявление заболевания на доклинической стадии заболевания [56].

Таким образом, актуальность изучаемой проблемы, отсутствие тенденции к снижению послеродовых гнойно-септических осложнений, полиэтиологичность и многогранность патогенеза диктуют необходимость расширения исследований, поиска более совершенных, доступных, точных, малоинвазивных и не дорогостоящих методов диагностики, профилактики и терапии послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний.

#### Список литературы

1. Абрамченко В.В., Башмакова М.А., Корхов В.В. Антибиотики в акушерстве и гинекологии: руководство для врачей. – СПб.: СпецЛит. 2000. – 219 с.
2. Абрамченко В.В. Послеродовой эндометрит и субинволюция матки. – М.: «Элби». 2008. – 228 с.
3. Ананьев В.А., Побединский Н.М., Чернуха Е.А. Осложнения и заболеваемость после кесарева сечения в послеродовом и отдаленном периодах // Акуш. и гин. – 2005. – №2. – С. 52-54.
4. Анохова Л.И., Патеюк А.В., Загородняя Э.Д., Кузник Б.И. Влияние ронколейкина на состояние иммунитета и гемостаза у родильниц с эндометритом после кесарева сечения // Дальневосточный медицинский журнал – 2010. – № 4. – С.43-46.
5. Анохова Л.И., Патеюк А.В., Кузник Б.И., Кохан С.Т. Сравнительное влияние полипептидов эндометрия и тималина на некоторые показатели иммунитета и гемостаза в опытах *in vitro* и *in vivo* // Бюллетень ВСНЦ СО РАМН – 2011. – №6(82). – С. 156-159.
6. Анохова Л.И., Патеюк А.В., Кузник Б.И., Загородняя Э.Д. Сравнительное действие тималина, тимогена и ронколейкина на состояние иммунитета и гемостаза при развитии эндометрита после кесарева сечения // Сибирский медицинский журнал – 2012. – №1. – С. 48-51.
7. Анохова Л.И., Патеюк А.В., Тарбаева Д.А., Иозевсон С.А. Профилактика послеоперационного эндометрита методом лазерного облучения крови // Акушерство и гинекология – 2012., № 1. – С. 1-5.
8. Анохова Л.И., Белокриницкая Т.Е., Патеюк А.В., Кохан С.Т. Роль цитокинов в системе мать-плод при хронической фетоплацентарной недостаточности и синдроме задержки развития плода // Материалы Республиканской научно-практической конференции «Медицинские и Естественные науки: актуальные проблемы теории и практики», посвященной 100-летию Х. Жуматова. – Казахстан, Павлодар, 2012. – С. 28-31.
9. Анохова Л.И., Патеюк А.В., Белокриницкая Т.Е., Загородняя Э.Д. Сравнительное действие ронколейкина и генферона на некоторые показатели иммунитета и гемостаза при развитии эндометрита после кесарева сечения // Медицина в Кузбассе – 2013. – № 1. – С. 49 – 54.
10. Анохова Л.И., Патеюк А.В., Белокриницкая Т.Е., Кохан С.Т. Средство влияющее на антигеннезависимую дифференцировку В-лимфоцитов / Л.И. Анохова // Патент на изобретение RU №2521230 С1 Зарегистрировано в Государственном реестре Изобретений Российской Федерации 27.06.2014 Бюл. № 18.
11. Анчик О.Г. Озонотерапия в профилактике гнойно-воспалительных осложнений у родильниц после кесарева сечения. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 15 с.
12. Белокриницкая Т.Е., Витковский Ю.А. Провоспалительные цитокины в ранней диагностике эндометритов после кесарева сечения // Клин. лаб. диагн. – 1999. – №4. – С. 33-35.
13. Белоцерковцева Л.Д., Иванников С.Е., Коваленко Л.В. Информативность цветового доплеровского картирования в ранней диагностике эндометрита после кесарева сечения // Вест. новых мед. технологий. – 2004. Т.ХI. – №4. – С. 43-45.
14. Габулдулина Р.И., Фаткуллин И.Ф., Галимова И.Р., Гурьев Э.Н. Способ восстановления нижнего сегмента матки при кесаревом сечении // Рос. вест. акуш. и гин. – 2002. – №3. – С. 34-36.
15. Глуховец Б.И., Глуховец Н.Г. Восходящее инфицирование фето-плацентарной системы // М.: МЕДпресс-информ». 2006. С. 45-49.
16. Горин В.С., Серов В.Н., Семенов Н.Н., Шин А.П. Современные аспекты диагностики и лечения послеродового эндометрита // Рос. вест. акуш. и гин. – 2002. – №3. – С. 20-22.
17. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Воропаева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии. – М.: Русфармамед. 1996. – 140 с.
18. Гуртовой Б.Л., Коноводова Е.Н., Бурлев В.А. Диагностическое значение определения эндотоксинов у родильниц с эндометритом // Акуш. и гин. – 1997. – №2. – С.33-36.

19. Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И., Анкирская А.С. Основные принципы антибактериальной профилактики и терапии инфекционных осложнений кесарева сечения // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». – М., 2004. – С. 60-61.
20. Данелян С.Ж. Профилактика послеродовых инфекционных осложнений с использованием медицинского озона: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 16 с.
21. Долгов Г.В. Патогизиологические механизмы адаптации женского организма к хирургическому стрессу // Жур. кл. мед. и патофизиол. – 2000. – №1. – С. 43-47.
22. Егиев В.Н. Шовные материалы в хирургии и гинекологии // Вест. рос. ассоц. акуш. и гин. – 1995. – №3. – С. 70-75.
23. Ефремов М.М. Эфферентные методы и биорегуляция в интенсивной терапии послеродового эндометрита: Автореф. дис. ... канд. мед. наук – Тверь, 1996. – 16 с.
24. Жуманова Е.Н., Асцагурова О.Р., Никонов А.П. Некоторые аспекты диагностики оппортунистических бактериальных инфекций влагалища при беременности // Клини. лаб. диагн. – 2005. – №8. – С. 54-56.
25. Касабулатов Н.М., Орджоникидзе Н.В., Емельянова А.И. Диагностика, лечение и профилактика послеродового эндометрита // Акуш. и гин. – 2006. – №5. С. 5-8.
26. Качалина Т.С., Шахова Н.М., Невмятуллин А.Л. Применение медицинского озона в комплексном лечении острых воспалительных заболеваний внутренних половых органов женщин // Акуш. и гин. – 2000. – №6. – С. 20-23.
27. Комиссарова Л.М. Кесарево сечение и его роль в снижении материнской и перинатальной патологии: Автореф. дис. ... д-ра мед наук в виде научного доклада. – М., 1998. – 41 с.
28. Крамарский В.А., Кулинич С.И., Дудакова В.Н., Машакевич Л.И. Рос вестн акуш-гин. – 2003. – №3. – С. 49-52.
29. Краснопольский В.И. Кесарево сечение. – М.: ТОО. Технолит – Медицина, 1997. – 285 с.
30. Краснопольский В.И., Логотова Л.С. Альтернативное родоразрешение при наличии относительных показаний к кесареву сечению // Журн. акуш и женск. бол. – 2000. Т. XLIX. Вып.1. – С. 88-94.
31. Кузник Б.И., Цыбиков Н.Н., Витковский Ю.А. Единая клеточно-гуморальная система защиты организма // Тромбоз, гемостаз и реология. – 2005. – №2. – С. 3 -16.
32. Кулаков В.И., Каримов З.Д. Способ восстановления нижнего сегмента матки в один ряд при операции кесарева сечения // Акуш. и гинеколог. – 1994. – №1. – С. 25-28.
33. Кулаков В.И. Современные принципы антибактериальной терапии в акушерстве, гинекологии и неонатологии // Акуш. и гин. – 2002. – №4. – С.3-6.
34. Кулаков В.И., Чернуха Е.А., Комиссарова Л.М. Кесарево сечение. – М.: Триада-Х, 2004. – 320 с.
35. Кулинич С.И., Крамарский В.А., Дудакова В.Н. Послеоперационные осложнения и перинатальные потери при абдоминальном родоразрешении: новые технологии в акушерстве и гинекологии // Мат. науч. форума. – М., 1999. – С. 175-176.
36. Куперт М.А., Солодун П.В., Куперт А.Ф. Эндометрит после родов (группы риска, особенности клиники и диагностики) // Рос. вест. акуш. и гин. – 2003. – Т.3. №4. – С. 42-46.
37. Куперт М.А. Эндометрит после родов в современном акушерстве. Автореф.: дис. ... д-ра мед наук. Челябинск. 2006. – 48 с.
38. Куперт М.А., Алексеевская Т.И., Куперт А.Ф. Медицинская и экономическая эффективность внедрения сотрудниками клинической кафедры нового метода лечения эндометритов после родов в клинических учреждениях здравоохранения // Материалы VIII Российского Форума «Мать и дитя». – М. – 2006. – С. 640-641.
39. Левашова И.И., Мареева Л.С. Проблемы кесарева сечения в современном акушерстве // Вест. рос. ассоц. акуш. и гин. – 1995. – №3. – С. 23-31.
40. Лекарственные средства, применяемые в акушерстве и гинекологии /Под ред. В.И.Кулакова и др. – М.: ГЭОТАР. Медицина, 2004. – 320 с.
41. Ляхерова О.В. Антибиотикопрофилактика инфекционных осложнений после кесарева сечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 17 с.
42. Макаров О.В., Алешкин В.А., Савченко Т.Н. Инфекции в акушерстве и гинекологии. –МЕДпресс-информ, 2009. – 622 с.
43. Мареева Л.С., Яковлева Н.И., Левашова И.И., Потапова Т.М., Дурикова Т.С. Неспецифическая профилактика гнойно-септических осложнений после кесарева сечения и оценка ее эффективности // Вест. рос. ассоц. акуш.-гин. – 1995. – №3. – С. 3-7.
44. Мирон И.М., Авдеев Ю.В., Соломатина Л.М. Внутриматочный лаваж в лечении и профилактике послеродового эндометрита // Акуш. и гин. – 1993. – №5. – С. 21-24.
45. Норвиц Э.Р., Шордж О.Дж. Наглядное акушерство и гинекология. 2-е изд., перераб. и доп. – Гэотар-Медиа, 2010. – 168 с.
46. Орджоникидзе Н.В., Федорова Т.А., Данелян С.Ж. Эндометрит и раневая инфекция у родильниц, проблемы и пути их решения // Акуш. и гин. – 2004. – №5. – С. 3-5.
47. Пауков В.С., Даабуль С.А., Беляева Н.Ю. Роль макрофагов в патогенезе ограниченного воспаления // Архив патологии. – М.: Мед. – 2005. – Т. 67. №4. – С. 3-5.
48. Радзинский В.Е. Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии // ГЭОТАР-Медиа. – 2011. – 1185 с.
49. Савельева Г.М., Курцер М.А., Клименко П.А., Панина О.Б., Сичинава Л.Г., Шалина Р.И. Интранатальная охрана здоровья плода. Достижения и перспективы // Акуш. и гин. – 2005. – №3. – С. 3-7.
50. Савельева Г.М., Бреусенко В.Г. Гинекология // ГЭОТАР-Медиа. 2009. – 412 с.
51. Серов В.Н., Гуртовой Б.Л., Емельянова А.И., Касабулатов Н.М. Эндометрит после кесарева сечения. В помощь практическому врачу. – М., 2001. – 30 с.
52. Серов В.Н., Маркин С.А. Критические состояния в акушерстве. – М., 2003. – 311 с.
53. Серов В.Н., Сухих Г.Т. Лекарственные средства в акушерстве и гинекологии // ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 861 с.
54. Серов В.Н. Неотложная помощь в акушерстве и гинекологии // ГЭОТАР-Медиа. – 2011. – 296 с.
55. Смекуна Ф.А., Туманова В.А., Зак И.Р. Профилактика эндометрита после кесарева сечения // Акуш. и гин. – 1991. – №10. – С. 10-13.
56. Тохиян А.А., Ковтун О.Г., Карапетян Т.Э. Новые подходы к диагностике, профилактике и лечению послеродового эндометрита // Материалы VI Российского форума «Мать и дитя». – М., 2005. – 223 с.
57. Фаткуллин И.Ф., Галимова И.Р. Кесарево сечение. – М.: Медпресс-информ. 2007. – 160 с.
58. Федорович О.К., Вержак А.А. Новый способ хирургической операции – одномоментного вакуум-аспирационного опорожнения матки с промыванием // Вест. рос. ассоц. акуш. и гин. – 2001. – Т. 33. №4. – С. 23-24.
59. Хаитов Р.М., Игнатъева Г.А., Сидорович И.Г. Иммунология. – М.: Медицина, 2000. – 432 с.
60. Чернуха Е.А., и др. Применение медицинского озона после кесарева сечения // Акуш. и гин. – 2002. – №4. – С. 25-27.
61. Чернуха Е.А. Какова оптимальная частота кесарева сечения в современном акушерстве // Акуш. и гин. – 2005. – №5. – С. 8-12.
62. Чикин В.Г., Глуховец Б.И., Половинкин А.А. Цитоморфологические особенности содержимого полости матки у женщин с различным течением послеродового эндометрита // Акуш. и гин. 1989. №3. С. 66-67.
63. Шабалин В.Н., Серова Л.Д. Клиническая иммунология. – Л.: Медицина, 1988. – 312 с.
64. Шаршенов А.К., Рыбалкина Л.Д., Джакыпова А.К. Современные взгляды на роль абдоминального родоразрешения в снижении перинатальных потерь // Рос. вест. акуш. и гин. – 2004. – №2. – С. 41-44.
65. Шмагель К.В., Черешнев В.А. Иммуитет беременной женщины. М.; Н. Новгород, 2003. – 211 с.

УДК 616.002.364-06-089-097.3:615.03

## РОЖИСТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ В ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

<sup>1</sup>Бражник Е.А., <sup>2</sup>Остроушко А.П.

<sup>1</sup>БУЗ ВО «Городская клиническая больница №2 им. К.В. Федяевско» Воронеж;

<sup>2</sup>ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России», Воронеж, e-mail: brazhnik.elena@gmail.com

В данном обзоре на основании литературных данных отражены наиболее актуальные вопросы, касающиеся этиологии, патогенеза и лечения рожистого воспаления в условиях хирургических стационаров. До настоящего времени рожистое воспаление занимает одно из ведущих мест в структуре гнойно-септических заболеваний хирургического профиля. Результаты лечения данной категории больных остаются неудовлетворительными, что во многом обусловлено устаревшими представлениями о видовом составе возбудителей заболевания и состоянии иммунной системы заболевших. В статье большое внимание уделяется антибактериальной терапии с позиций полиэтиологичности рожистого воспаления. Авторы указывают на неэффективность широко распространенной традиционных схем антибиотикопрофилактики рожи и её рецидивов. Отдельное внимание уделено методам хирургического лечения рожи. Подробно рассмотрен вопрос о выборе препаратов для местного лечения очага воспаления.

**Ключевые слова:** рожистое воспаление, хирургическое лечение, гнойные раны

## ERYSIPELAS IN A SURGICAL PRACTICE

<sup>1</sup>Brazhnik E.A., <sup>2</sup>Ostroushko A.P.

<sup>1</sup>Voronezh City Hospital №2 n.a. K.V. Fedjaevsky Voronezh;

<sup>2</sup>Voronezh State Medical University n.a. N.N. Burdenko, Voronezh, e-mail: brazhnik.elena@gmail.com

In this review on the base of published data shows some the actual issues concerning etiology, pathogenesis and treatment of erysipelas in surgical departments. So far, erysipelas has one of the leading position in the structure of purulent diseases of surgical profile. The results of treatment of these patients remains poor, mainly due to outdated concepts of the species composition of the pathogen and immune competence of patients. In the article emphasis on a problem of antibiotic therapy from a polygenic perspective. The authors point to the inefficiency of the common traditional antibiotic prophylaxis of erysipelas. The article also focuses on the methods of surgical treatment of erysipelas. This text also consider the question of the choice of drugs for local treatment of inflammation.

**Keywords:** erysipelas, surgical treatment, purulent wounds

На сегодняшний день рожистое воспаление продолжает оставаться серьезной медико-социальной проблемой. Болезнь характеризуется стабильно высоким уровнем заболеваемости, не имеющим тенденции к снижению. Официально случаи рожистого воспаления не регистрируют, поэтому фактически точные сведения о заболеваемости отсутствуют. По выборочным данным средняя заболеваемость рожистым воспалением в России составляет 12-20 на 10 000, а в странах Европы – 4,3 на 10 000 взрослому населению [2, 9].

За последнее десятилетие изменилась и клиническая картина заболевания. Значительно увеличилось число пациентов с деструктивными формами рожистого воспаления. По разным данным до 19% случаев заболевания сопровождается гнойно-некротическими осложнениями в виде абсцессов, флегмон или некроза мягких тканей. Такие пациенты подлежат комплексному, в том числе и оперативному, лечению в условиях хирургического стационара [13, 26].

Традиционно распространена точка зрения об стрептококковой этиологии рожи. Однако в последнее время из очага воспаления у больных все чаще высевается ста-

филококк или микробные ассоциации [24]. В свою очередь микробные ассоциации формируются у больных рожистым воспалением вследствие дисбактериоза кожи, возникающего при нарушении её барьерной функции и подавления местного иммунитета токсинами стрептококка [24, 27, 29].

Многочисленными исследованиями установлено, что при любой форме рожистого воспаления стрептококки являются «пусковым фактором» развития заболевания, причем в 58-67% случаев это стрептококки группы А (*S. pyogenes*), в 14-25% – группы С (*S. equisimilis*), в 3-9% – группы В (*S. agalactiae*) [7, 17, 22]. Смена же монокультуры возбудителя на ассоциации бактериальных патогенов сопровождается, в зависимости от их видового состава, либо прогрессированием воспалительного процесса с развитием деструктивных форм, либо благоприятным течением без развития гнойно-септических осложнений [7]. У больных с хирургическими формами рожистого воспаления на момент поступления в стационар из ран наиболее часто высевается стафилококк (*Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*), реже встречается грамотрицательная микрофлора, *E.coli*,

бактерии сем. Enterobacteriace [15, 30]. По мнению ряда авторов, именно наличие микробных ассоциаций создает бурное клиническое течение заболевания и быстрое развитие осложнений [5, 7, 13].

Что касается вопроса о причинах возникновения рецидивов рожи, то здесь ученые сходятся во мнении, указывая на наличие в коже и региональных лимфатических узлах стойких очагов хронической эндогенной инфекции за счет образования L-форм микробов [11, 28]. Установлено, что в макрофагах и органах мононуклеарно-макрофагальной системы L-формы микроорганизмов способны персистировать в течение многих лет после клинического выздоровления, а затем реверсировать в бактериальную культуру исходного микробного вида с восстановлением частично утраченной вирулентности [17, 22].

Рожистое воспаление, вызванное L-формами, отличается длительным инкубационным периодом, менее острым, но более продолжительным течением и стойким сохранением остаточных явлений [24]. Именно с длительным персистированием L-форм стрептококка большинство ученых связывают возникновение и постепенное усугубление дефицита вторичного иммунитета у больных рожистым воспалением. Более того, широко применяемый пенициллин, для которого точкой приложения является пептидогликан клеточной стенки, является эффективным L-трансформаторным агентом для любых видов бактерий [23]. С учетом вышеизложенного целесообразность пенициллинотерапии при острых формах рожистого воспаления весьма сомнительна.

В настоящее время нет единого взгляда на патогенез рожистого воспаления. Вполне очевидно, что в развитии рожистого воспаления доминирующим фактором является индивидуальная предрасположенность. Тем не менее, сегодня нет однозначного ответа на вопрос, носит ли индивидуальная предрасположенность генетический характер, или в большей степени обусловлена средовыми факторами [25].

Вероятно, генетическая детерминированность опосредуется системой иммунитета и неспецифической резистентности [3].

Имеется небольшое число работ, посвященных изучению содержания разных классов иммуноглобулинов, качественного и количественного состава субпопуляций T- и В- лимфоцитов у больных рожистым воспалением. При анализе данных этих исследований обращает на себя внимание достоверная супрессия T-зависимого звена иммунитета в остром периоде заболевания у больных рецидивирующей и первичной

формой рожистого воспаления. Так содержание CD4+ -лимфоцитов снижено на 21 % при первичной роже, и – на 52 % при рецидивирующей роже [1, 20]. Выявлен дисбаланс и гуморальной защиты. Несмотря на то, что в отношении состояния В-зависимого звена данные весьма противоречивы, большинство исследователей сходятся во мнении, что в период разгара заболевания количество иммуноглобулинов классов А, М, G снижено, особенно у пациентов с рецидивирующими и осложненными формами (IgA – на 47 %, IgM – на 23 %, IgG – на 22 %). А в периоде реконвалесценции концентрация иммуноглобулинов без дополнительной стимуляции не достигает показателей здоровых лиц [20].

Лечение больных рожистым воспалением комплексное и проводится дифференцированно с учетом характера местных проявлений, тяжести течения заболевания и наличия осложнений [26]. Лечебные мероприятия обычно включают этиотропную, десенсибилизирующую, дезинтоксикационную и симптоматическую терапию [16, 17].

В этиотропном лечении по-прежнему «золотым стандартом» остаются пенициллины [14, 24]. Однако при деструктивных формах эти препараты эффективны лишь в 25 % случаев, что связано с одной стороны с увеличением количества пенициллинрезистентных штаммов стрептококка, а с другой стороны присутствием микробных ассоциаций, способных вырабатывать б-лактомазу. В связи с этим в хирургических стационарах предпочтение следует отдавать препаратам более широкого спектра (фторхинолоны, макролиды, препараты группы линкозамидов) [15, 23].

Для повышения результативности антибактериальных препаратов и одновременного снижения числа и выраженности аллергических реакций рекомендуется осуществлять эндолимфатическое введение антибиотиков. Однако этот метод применим лишь для ограниченного круга пациентов без нарушения периферического лимфо- и кровообращения [11, 19, 27].

Существуют различные мнения в отношении профилактического назначения антибактериальных препаратов. Тем не менее, большинство исследователей признают антибиотикопрофилактику неэффективной и нецелесообразной. М.К. Милютин и С.А. Шляпников указывают на отсутствие какого-либо значимого эффекта от применения антибиотиков с профилактической целью, подчеркивая развитие лишь дополнительной сенсibilизации у больных и увеличение числа резистентных штаммов [14, 24]. Таким образом, антибиотикопро-

филактика не только не предотвращает рецидивы болезни, но и усугубляет течение вновь возникающих рецидивных форм.

Сегодня не вызывает сомнения тот факт, что система иммунитета играет определяющую роль в развитии и характере течения заболевания. С целью устранения дисбаланса в системе клеточного и фагоцитарного звеньев иммунитета весьма перспективным является применение препаратов иммуномодулирующего и иммунокорректирующего действия. Получены положительные результаты при включении в комплексное лечение больных рожистым воспалением таких препаратов, как нуклеинат натрия, левомизол, пентоксил, глутоксим, продигозан, иммунофан и др. [12, 23].

Дезинтоксикационная терапия является неотъемлемой частью комплексного лечения рожистого воспаления в хирургических отделениях с первых дней заболевания. Объем инфузионной терапии подбирается индивидуально, учитывая форму заболевания и степень выраженности симптомов интоксикации [1, 18].

В качестве десенсибилизирующей терапии заболевания показаны антигистаминные препараты. Из этой группы наиболее эффективными являются супрастин, кларотадин, цетиризин, лоратадин [17].

Для коррекции микроциркуляторных расстройств целесообразно применение антиагрегантов (пентоксифиллин, тиклопидин, плавикс) [10, 17].

Определённые положительные результаты получены при применении озонотерапии. Целью этой методики является подавление свободнорадикальных реакций в очаге воспаления и запуск антиоксидантных механизмов. Озонотерапия способствует улучшению трофики в очаге воспаления, восстановлению структурной и функциональной полноценности клеток, а также нормализации показателей перекисного окисления липидов [11].

Купирование процессов перекисного окисления липидов достигают также назначением антигипоксантов и антиоксидантов (мексидол, актовегин, эмоксипин).

Местное лечение рожи следует проводить лишь при наличии обширных буллезных элементов, некрозов и гнойных осложнений [10, 13, 27].

В остром периоде при эритематозно-буллезной форме рожи неповрежденные пузыри вскрывают, после выхода экссудата накладывают повязки с жидкими антисептиками (фурацилин, риванол, диоксидин и др). Наложение на эритематозную поверхность ихтиоловой мази, мази Вишневского приводит к образованию обширных булл,

поверхностных некрозов и контактных дерматитов [9, 13, 26].

Больные с осложнёнными формами рожи подлежат хирургическому лечению. Вскрытие гнойника, с максимальным иссечением некротизированных тканей следует проводить в кратчайшие сроки с момента поступления больного в стационар. Радикальное пособие рассматривается как единственный метод предупреждения инфекционно-токсического шока у этой категории больных. Сочетание хирургического вмешательства с местными аппликациями противовоспалительных средств позволяет добиться быстрой регрессии воспаления [13, 21, 23].

Интересным представляется вопрос о выборе препарата для местных аппликаций в зависимости от конкретной фазы течения раневого процесса.

По-прежнему в практике гнойной хирургии для санации гнойных очагов широко используются жидкие антисептические средства, такие как диоксидин, 0,05% раствор хлоргексидина или 3% раствор перекиси водорода [8, 13]. Однако в литературе стали встречаться данные о наличии ряда побочных эффектов у данных препаратов. Растёт резистентность микроорганизмов к диоксидину, а 3% перекись водорода оказывает цитолитический эффект на грануляционную ткань [13, 27]. Среди препаратов подобного действия предпочтение следует отдавать мирамистину и пронтосану.

Во второй фазе течения раневого процесса активно используются мазевые лекарственные средства на основе диоксида, мирамистина, левомицитина. Особую группу препаратов составляют лекарственные средства на основе соединений металлов. Успешно используются сетчатые материалы, содержащие ионы серебра, например, Atrauman Ag, Physiottulle Ag, Biatain Ag.

Положительный местный эффект оказывает применение физиотерапевтических методов. В клинике активно назначают ультрафиолетовое облучение и ультравысокочастотную терапию очага воспаления в остром периоде заболевания [26]. Эффективно ультрафиолетовое облучение аутологичной крови, которое проводится в зависимости от тяжести течения заболевания от 2 до 12 сеансов с интервалами 1-2 суток.

Широкое распространение в медицине получило применение лазерной терапии. Она обладает выраженным противовоспалительным эффектом, нормализует микроциркуляцию в очаге воспаления, восстанавливает реологические свойства крови, усиливает репаративные процессы. Методы низкоинтенсивной лазеротерапии неинва-

зивны, поэтому легко переносятся пациентами [6, 17].

Таким образом, сегодня в арсенале практикующих врачей находится огромное количество современных препаратов в различных комбинациях и способах применения. Однако результаты лечения рожи остаются неудовлетворительными и заставляют переосмотреть основные подходы в терапии данной категории больных.

#### Список литературы

- Алферина Е.Н. Иммунологические факторы патогенеза рецидивирующей эритематозной рожи и их коррекция: автореф. дис. канд. наук / Е.Н. Алферина. - Саранск, 2000.
- Аралова М.В. Распространенность венозных трофических язв нижних конечностей у жителей воронежской области / М.В. Аралова, А.П. Остроушко // Вестник эспериментальной и клинической хирургии. - 2015. - Т. 8. № 2 (27). - 248-251
- Амбалов Ю.М. Патогенетические и прогностические аспекты рожи: автореф. дис. канд. мед. наук. - М., 1996. - С. 36.
- Ахохова А.В. Состояние антиоксидантной системы крови у больных первичной рожой на примере каталазы эритроцитов. // VII Российский съезд инфекционистов. - Нижний Новгород, 25-27 октября, 2006. - С. 60.
- Белов Б.С. Современные аспекты А-стрептококковых инфекций // Альянс клинических химиотерапевтов и микробиологов. Инфекция и антимикробная терапия. - 2001. - Т. 3; № 4. - С. 104-108.
- Бисеров О.В. Магнитолазерная терапия в комплексном лечении больных осложненными формами рожи: автореф. дисс. канд. наук. - М., 2007.
- Глазьева С.А. Роль микробного фактора в течении осложненных форм рожистого воспаления: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Оренбург, 2008. - С. 21.
- Глухов А.А. Клинико-морфологическое обоснование применения гидропрессивной санации и поляризованного облучения при лечении ран мягких тканей в эксперименте / А.А. Глухов, Н.Т. Алексеева, А.В. Лобцов // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2010. - Т. 3. № 2. - С. 133-145.
- Глухов А.А. Современный подход к комплексному лечению рожистого воспаления / А.А. Глухов, Е.А. Бражник // Фундаментальные исследования. - 2014. - № 10-2. - С. 411-415.
- Еровиченков А.А. Клинико-патогенетическое значение нарушений гемостаза и их коррекция у больных геморрагической рожой: автореф. дис. док. мед. наук. - М., 2003. - С. 34.
- Жаров М.А. Клинико-лабораторная характеристика и эффективность лечения рожи с применением галактилина: автореф. ... дис. канд. мед. наук. - Нальчик, 2003. - С. 46.
- Земсков А.М. Комплексная иммунотерапия как метод лечения внутрибольничных хирургических инфекций / А.М. Земсков, В.А. Земскова, Д.И. Корунык, Г.В. Добросоцких, А.В. Толмачева, И.В. Журихина // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. -2014. - Т. 7. № 1. - С. 65-69.
- Канорский И. Лечение флегмонозно-некротической рожи / И. Канорский, К. Липатов // Врач. - 2002. - С. 35-37.
- Карман А.Д. Современные аспекты проблемы лечения рожистого воспаления / А.Д. Карман // Хирургия. Восточная Европа. - 2012. - № 3 (03). - С. 259-261.
- Климук С.А. Микрофлора гнойно-деструктивных очагов при хирургических формах рожистого воспаления / С.А. Климук, С.А. Алексеев, Е.В. Курочкина // Хирургия. Восточная Европа. - 2014. - Т. 9. - С. 29-36.
- Маржохова А.Р. Показатели синдрома интоксикации у больных рожой. автореф. дис. канд. мед. наук / Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора. - М., 2015.
- Миноранская Н.С. Рожа: учебное пособие для послеузовской подготовки врачей / Н.С. Миноранская, Е.И. Миноранская, П.В. Сарап - Красноярск, 2011.
- Омарова А.Р. Клиническая характеристика синдрома системного воспалительного ответа при рожее и некротическом фасциите / А.Р. Омарова, А.А. Дудник // Бюллетень медицинских интернет-конференций. - 2015. - Т. 5; № 4. - С. 281.
- Погорельская Л.В. Рожа: клиника, диагностика, лечение, фитотерапия: учебное методическое пособие / Л.В. Погорельская, М.Х. Турьянов., В.Ф. Корсун и др. - М., 1996. - С. 49.
- Пругулина Ю.Г. Комплексное лечение рожи с использованием низкоинтенсивной лазеротерапии/ Пругулина Ю.Г., Криворучко И.В., Шенцова В.В. // Актуальные проблемы инфекционной и неинфекционной патологии. - Ростов-на-Дону, 2005. - С.140-142.
- Рыбалко А.Е. Активная хирургическая тактика при лечении тяжелых форм рожи / А.Е. Рыбалко, П.М. Лаврешин, Е.В. Милосердова // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии, Приложение. - №15. - 2001. - С. 154.
- Троицкий В.И. Разнообразие выявляемых возбудителей у больных рожой / В.И. Троицкий, А.А. Еровиченков, С.А. Потеева, Т.С. Свистунова, О.Ф. Белая, Е.В. Волчкова // Эпидемиология и инфекционные болезни. - 2015. - Т. 20. № 2. - С. 34-37.
- Фролов А.П. Этиопатогенетические особенности развития некротической рожи, её прогнозирования и принцип комплексного лечения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. - Иркутск, 2003. - 23 с
- Хасанов А.Г. Микрофлора гнойно-деструктивных очагов при хирургических формах рожистого воспаления / А.Г. Хасанов, Д.Г. Шайбаков // Вестник Башкортостана. - 2015. - С. 29-34.
- Черкасов В.Л., Еровиченков А.А. Рожа: клиника, диагностика, лечение // РМЖ. 1999. - Т. 7; № 8. - С. 5-8.
- Шабловская Т.А. Современные подходы к комплексному лечению гнойно-некротических заболеваний мягких тканей/ Т.А. Шабловская, Д.Н. Панченков // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. - 2013. - Т. VI. № 4 (21). - С. 498-517.
- Davis C.P. Normal Flora / C.P. Davis // Medical Microbiology. 4th edition. Chapter 6 [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK7617/>. - Дата доступа: 7.10.2013.
- Davis L. Erysipelas / L. Davis, J.A. Cole, K. Benbenisty [Электронный ресурс]. - URL: <http://emedicine.medscape.com/article/1052445>. - Дата доступа: 7.10.2013.
- Elston D.M. Epidemiology and prevention of skin and soft tissue infections / D.M. Elston // Cutis. - 2004. - № 73 (5 Suppl.). - P. 3-7.
- Vignes S. Recurrence of lymphoedema-associated cellulitis (erysipelas) under prophylactic antibiotherapy: a retrospective cohort study / S. Vignes, A. Dupuy // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. - 2006. - № 20 (7). - P. 818-822.

УДК [616.314.17- 008-002.2+616.36-089.843]-08(021)

## СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ДИФФУЗНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

**Гажва С.И., Касумов Н.С.**

*ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздрава России,  
Нижегород, e-mail: stomfpkv@mail.ru*

В последние годы все чаще внимание врачей обращено к проблемам полиморбидной патологии, именно к тем клиническим ситуациям, когда воплощение в жизнь важнейшего принципа врачевания «лечить больного, а не болезнь» вызывает наибольшие затруднения. Интерес к исследованию сочетанной патологии в последнее время объясняется накоплением новых фактов, появлением новых сведений о межорганных, межклеточных и межклеточных уровнях взаимодействия в системе целостного организма. В связи с этим актуальным является вопрос о связи заболеваний внутренних органов и органов полости рта.

**Ключевые слова:** сочетанная патология, заболевания внутренних органов, заболевания полости рта, взаимосвязь заболеваний

## THE DENTAL STATUS OF PATIENTS WITH CHRONIC DIFFUSE LIVER DISEASES

**Gazhva S.I., Kasumov N.S.**

*State Medical Academy of Russian Federation Public Health Ministry, Nizhny Novgorod,  
e-mail: stomfpkv@mail.ru*

In recent years, more and more attention is paid to the problems of doctors polymorbidity pathology, namely those clinical situations in which the expression in the life of the most important principle of medicine «to treat the patient, not the disease» causes the most trouble. Interest in the study of comorbidity in recent years is due to the accumulation of new facts, the emergence of new information about mezhorgannyh, interstices and intracellular levels of interaction in the whole organism. In connection with this important question is on the connection of the internal organs and diseases of the oral cavity.

**Keywords:** comorbidity, visceral diseases, oral diseases, disease relationships

В результате многочисленных клинических и экспериментальных исследований установлена тесная взаимосвязь между изменениями в полости рта и патологией внутренних органов и систем [1,11].

Интерес к исследованию сочетанной патологии в последнее время объясняется накоплением новых фактов, появлением новых сведений о межорганных, межклеточных и межклеточных уровнях взаимодействия в системе целостного организма. В связи с этим актуальным является вопрос о связи заболеваний внутренних органов и органов полости рта. [13,16].

Развитие поражений слизистой оболочки полости рта усугубляет течение основного заболевания, обуславливает особенности проведения лечебных мероприятий [2, 14, 17].

Правильная и своевременная оценка состояния СОПР и выбор врачом современных средств рационального лечения являются актуальными вопросами стоматологии [6, 7, 11].

Эта негативное сочетание внутренних и стоматологических заболеваний усугубляется нарушением функциональных взаимосвязей зубочелюстного аппарата с системами пищеварения и дыхания, сбоями физиологии нейро-refлекторного единения органов полости рта со всем организмом,

что неизбежно влечет многофакторные гомеостатические нарушения [8, 14, 22].

Значительное место в отечественной и зарубежной литературе отводится изучению проявления хронических диффузных заболеваний печени в полости рта [5, 7, 17, 22].

Исследования полости рта при хронических диффузных заболеваниях печени представляют большой интерес для клиницистов [2,3,11,18] так как патологические процессы, развивающиеся в печени, как правило, приводят к органическим и функциональным нарушениям в слизистой оболочке полости рта и [15,18,25].

Наиболее часто больные с гепатитами предъявляют жалобы на жжение и покалывание в области языка и губ. Чувство жжения и болезненность слизистой оболочки нередко сочетается с ощущением зуда, особенно выраженного в области неба [2,3,15,21].

Еще в 1928 году Г.А. Рапопорт указывал на диагностическую ценность цвета слизистой оболочки мягкого неба, так как именно эта часть полости рта с эмбриологической точки зрения представляет единое целое с нижележащими отделами желудочно-кишечного тракта, включая печень.

С.И. Вайс в 1965 у 87,6% больных с хроническими диффузными заболеваниями печени наблюдал желтушность мягкого

неба. По данным Х.А. Юнусовой в 1980, при острых и хронических диффузных заболеваниях печени в общий патологический процесс вовлекается слизистая оболочка полости рта, наблюдается желтушное окрашивание ее [5,15,17,18].

А.Л. Саградян в 1983 указывает, что важным признаком гепатита А является желтушное окрашивание выводящих протоков парных слюнных желез: околоушной, подчелюстной и подъязычной.

В настоящее время воспалительные заболевания зубочелюстной системы рассматриваются не как изолированная патология полости рта, а как комплекс

заболеваний, влияющий на весь организм в целом [5,11,17,23].

Частым сопутствующим симптомом хронических диффузных заболеваний печени являются сосудистые расстройства и геморрагические проявления, наиболее выраженные в области мягкого неба [11,12,14,18].

Е.М. Тареев в 1970, обнаружил у больных, страдающих хроническими диффузными заболеваниями печени телеангиэктазии в области углов рта, а при гепатите А им отмечены появления на слизистой оболочке щек типичных сосудистых ангиом со склонностью к кровоточивости и герпетические высыпания.

Подтверждением сосудистой взаимосвязи печени и органов полости рта являются случаи метастазирования опухолей печени в органы и ткани полости рта [15,16,21].

В целом патогенное действие стоматогенного очага связано с тем, что он является источником гетеро- (микробной, лекарственной) и аутоантигенной персистенции, а также оказывает угнетающее и дезорганизующее влияние на иммунную систему [2,3,16,22].

При хронических диффузных заболеваниях печени наблюдаются изменения и в пародонте [2,22,24,25]. Н.Н.Гаража 1965 у больных с хроническими формами гепатита выделил три степени тяжести гингивита: легкую, среднюю и тяжелую.

Ю.В. Бархатов в 1967 выявил кровоточивость десен у 15 из 33 больных с остаточными явлениями болезни Боткина. Однако, по данным З.А. Флис, Т.Ф. Подвальниковой в 1978, этот симптом проявляется у 83,2% больных гепатитами. По мере восстановления нарушенных функций печени кровоточивость десен уменьшалась [15,21,22,24,25].

Согласно данным Я.И. Горенштейна в 1972, динамика изменений СОПР при гепатите А соответствует клиническому течению болезни. В продромальном периоде отмечается сухость слизистой оболочки,

нередко ее отечность, появляются очаги разлитой гиперемии в области вестибулярной поверхности губ. В периоде нарастания желтухи отмечается интенсивное окрашивание различных участков слизистой оболочки, геморрагические явления. В период разгара болезни на слизистой оболочке полости рта появляются участки десквамации эпителия дорсальной поверхности языка, сопровождающиеся атрофией нитевидных сосочков.

В настоящее время все чаще и чаще прибегают к использованию лингводиagnostики как одного из существующих диагностических методов индикации патологии при заболеваниях внутренних органов [2,4,5].

По данным Е.В. Удовицкой и Л.В. Грохольской в 1995 в педиатрической и стоматологической клинике значительная роль отводится характеристике верхней поверхности языка, издавна оцениваемой как зеркало состояния организма.

Изменениям в языке при хронических диффузных заболеваниях печени клиницисты придают большое диагностическое и прогностическое значение [15,16,18]. Немаловажной задачей врачей является уточнение нормальной и патологической анатомии сосочкового покрова языка для более точной диагностики хронических диффузных заболеваний печени [11,13,16,25].

Патологические проявления на языке могут быть в виде изменений окраски слизистой оболочки его, появления участков десквамации [3,13,14], разрастания отдельных участков эпителия языка, появления борозд на спинке языка [15,16,26].

Проявления заболеваний внутренних органов на тыльной поверхности языка обусловлены нарушениями микроциркуляции [21,22,25] при этом усиливаются процессы ороговения эпителия и скорость его слущивания [21,24].

Красная кайма губ и слизистая оболочка полости рта у больных гепатитами сухие, истончены. Могут появляться трещины на губах с замедленной эпителизацией и склонные к инфицированию, могут наблюдаться явления кандидомикоза. У ослабленных больных микотическое поражение слизистой оболочки носит хронический характер [13,15,18].

Интересно отметить, что при гепатите могут наблюдаться афтоподобные высыпания на слизистой оболочке полости рта, что подтвердилось и в экспериментальных исследованиях [13,17,20].

При заболеваниях органов полости рта выявлены функциональные нарушения печени. Наблюдения С.А. Хачатряна в 1959 и Я.И. Горенштейна в 1972 свидетельствуют

о наличии связи между вирусным гепатитом и очагами одонтогенной инфекции. Последние могут оказывать влияние на течение гепатита в остром и периоде реконвалесценции. Авторы считают, что стоматологическое обследование и лечение одонтогенных инфекционных очагов в период диспансеризации больных ВГ является важным фактором с точки зрения профилактики остаточных явлений гепатита.

В последнее время появились зарубежные статьи, в которых говорится о предполагаемой связи красного плоского лишая СОПР с гепатитом С [15,17,20].

Характерными особенностями стоматологического статуса данных пациентов является высокая распространенность кариозного процесса (95–100%). [15,11,17].

Среди некариозных поражений преобладают клиновидные дефекты и эрозии твердых тканей зубов, которые сопровождаются выраженной гиперчувствительностью [1,2,3,13,14,20].

У лиц с хроническими диффузными заболеваниями печени преобладают заболевания пародонта, среди которых пародонтиты средней и тяжелой степени тяжести, сопровождающиеся повышенной кровоточивостью и цианозом слизистой альвеолярного отростка [2,15,23,25].

Нередко среди заболеваний слизистой оболочки полости рта доминируют такие предраки, лейкоплакия и дисплазия [23,24].

Структура стоматологической заболеваемости зависит от этапа лечения, продолжительности основного заболевания, возраста пациентов и гендерных признаков [22,25].

Профилактика стоматологических заболеваний пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени подразумевает обязательную санацию полости рта, лечение хронических очагов одонтогенной инфекции, профессиональная гигиена полости рта, диспансерное наблюдение у врача стоматолога с кратностью посещений 2 раза в 6 месяцев [22,24].

Стоматологический статус пациентов с хроническими диффузными заболеваниями печени характеризуется высокой интенсивностью кариозного процесса, [23,25.] наличием воспалительных явлений в тканях пародонта [2,23,24] низким уровнем гигиены полости рта, появлением очагов поражения на СОПР [23,25].

Согласно результатам многочисленных наблюдений, только одновременная коррекция состояния внутренних органов и полости рта является единственной основой эффективного оздоровления таких больных. Это обуславливает необходимость корпоративного участия врачей разных специаль-

ностей в решении проблем полиморбидного больного с сочетанными заболеваниями внутренних органов и органов полости рта [23,24,25].

При сопоставлении анализируемых групп интенсивность и распространенность стоматологической заболеваемости в группе сравнения намного ниже, чем у лиц с хроническими диффузными заболеваниями печени [20,22,23].

Таким образом, при гепатитах в полости рта развиваются самые различные изменения. Однако в доступной нам литературе мы не встретили работ, где бы целенаправленно, последовательно и углубленно были изучены и систематизированы изменения СОПР у больных, нуждающихся в трансплантации печени.

#### Список литературы

1. Белов Б.С. Профилактика инфекционного эндокардита: современные аспекты // Consilium Medicum Ukraina. – 2011. – 7 (5). – С. 22–27.
2. Гажва С.И., Иголкина Н.А. Взаимосвязь заболеваний внутренних органов и состояния полости рта // Терапевтический архив. – 2013; 85:10 – С. 116–118.
3. Гажва С.И., Шкаредная О.В., Пятова Е.Д. Комплексный подход к лечению заболеваний слизистой оболочки полости рта у пациентов с хроническими гастритами // Стоматология. – 2013; 92:6. – С. 16–19.
4. Горбачева И.А., Кирсанов А.И., Орехова Л.Ю. Единство системных патогенетических механизмов при заболеваниях внутренних органов, ассоциированных с генерализованным пародонтитом. Стоматология 2014; 3: 25–27.
5. Горбачева И.А., Орехова Л.Ю., Шестакова Л.А., Михайлова О.В. Связь заболеваний внутренних органов с воспалительными поражениями полости рта // Пародонтология. – 2014; 3: 3–7.
6. Горбачева И.А., Шестакова Л.А. Патогенетическая коморбидность заболеваний внутренних органов и полости рта // Пародонтология. – 2011; 3: 3–5.
7. Кетлинский С.А., Калинин Н.М. Иммунология для врача. – СПб., 2010.
8. Климов А.Н., Никульчева Н.Г. Обмен липидов и липопротеинов и его нарушения. – СПб.: Питерком, 2009.
9. Фрейдлин И.С. Иммунная система и ее дефекты: Руководство для врачей. – СПб.: НТФФ Полисан, 2008.
10. Цимбалитов А.В., Робакидзе Н.С. Патофизиологические аспекты развития сочетанной патологии полости рта и желудочно-кишечного тракта // Стоматология для всех. – 2012; 1: 28–34.
11. Bahrani-Mougeot F.K., Paster B.J. Diverse and novel oral bacterial species in blood following dental procedures // J Clin Microbiol. – 2014; 46 (6): 2129–2132.
12. Canadian Dental Association. CDA position on association between periodontal disease and systemic disease [on-line]. – Ottawa: CDA; 2015. – Available from: www.cda-adc.ca.
13. Crasta K., Daly C.G., Mitchell D. et al. Bacteraemia due to dental flossing. J Clin Periodontol 2014; 36: 323–332.
14. Crawford J.J., Sconyers J.R. Bacteremia after tooth extractions studied with the aid of prerduced anaerobically sterilized culture media // Applied Microbiol 2014; 27 (5): 927–932.
15. Gürel H.G., Basciftci F.A., Arslan U. Transient bacteremia after removal of a bonded maxillary expansion

- 
- appliance. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2015; 135: 190–193.25. Tomas I., Alvarez.
16. Heimdahl A., Hall L.G., Hedberg M. et al. Detection and quantitation by lysis-filtration of bacteremia after different oral surgical procedures // *J Clin Microbiol.* – 2013; 28 (10): 2205–2209.
17. Kinane D.F., Riggio M.P., Walker K.F. et al. Bacteraemia following periodontal procedures // *J Clin Periodontol.* – 2015; 32 (7): 708–713.
18. Lux J., Lavigne S. Your mouth – portal to your body. *Probe* 2013; 38 (4): 155–171.
19. M., Limeres J. et al. Prevalence, duration and aetiology of bacteraemia following dental extractions // *Oral Dis.* – 2014; 13 (1): 56–62.
20. Mobdell M., Petersen P.E. Global goals for oral health, 2014. *Int Dent J* 2003; 53 (5): 258–288.
21. Parahitiyawa N.B., Jin L.J., Leung W.K. et al. Microbiology of odontogenic bacteremia: beyond endocarditis // *Clin Microbiol Rev* 2013; 22 (1): 46–64.
22. Piñeiro A., Tomás I., Blanco J. et al. Bacteraemia following dental implants' placement // *Clin Oral Implants Res.* – 2010; 21: 913–918.
23. Takai S., Kuriyama T., Yanagisawa M. et al. Incidence and bacteriology of bacteremia associated with various oral and maxillofacial surgical procedures // *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* – 2015; 99 (3): 292–298.
24. Tenenbaum H., Matthews D., Sándor G., McCulloch C. Oral health systemic health: what is the true connection? Interviews by Sean McNamara *JCDA* 2014; 73 (3): 211–216.
25. Thoden van Velzen S.K., Abraham-Inpijn L., Moorer W.R. Plaque and systemic disease: a reappraisal of the focal infection concept // *J Clin Periodontol.* – 2014; 11: 209–220.

УДК 616.718-002.44:615.281

## ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОФИЧЕСКИМИ ЯЗВАМИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

<sup>1</sup>Глухов А.А., <sup>2</sup>Аралова М.В., <sup>2</sup>Денисова О.И.

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко, Воронеж, e-mail: antonostroushko@yandex.ru;

<sup>2</sup>БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница №1», Воронеж, e-mail: Mashaaralova@mail.ru

Нарушение трофики кожи снижает ее барьерную функцию, в результате незначительное инфицирование приводит к быстрому распространению инфекции с развитием гнойно-некротических осложнений. На этом фоне площадь и глубина язвы увеличиваются, раневое отделяемое приобретает гнойный характер, развивается системная воспалительная реакция. Практически у всех пациентов с длительно существующими трофическими язвами имеет место перифокальный дерматит, пиодермия, экзема, иногда развивается рожистое воспаление. При проникновении стафилококковой инфекции глубоко в кожу развивается диффузная пиодермия, сопровождающаяся появлением гнойных фолликулов, импетиго и эрозий. Вторичное микробное поражение окружающей кожи приводит к увеличению размеров язвы и является показанием к применению антибиотиков. Проанализированы данные микробиологических исследований: определены видовой состав и динамика спектра микроорганизмов, выделенных из раневого отделяемого хронических ран, в том числе и трофических язв нижних конечностей, изучена чувствительность к антибиотикам выделенных штаммов микроорганизмов. На основании данных различных авторов, национальных рекомендаций по антибиотикотерапии приведены возможные схемы антибактериальной терапии в отношении различных микроорганизмов с учетом тяжести состояния и степени риска резистентных возбудителей.

**Ключевые слова:** трофические язвы, микроорганизмы, антибактериальная терапия

## FEATURES OF APPLICATION OF ANTIBACTERIAL DRUGS IN PATIENTS WITH TROPHIC ULCERS OF THE LOWER EXTREMITIES

<sup>1</sup>Gluhov A.A., <sup>2</sup>Aralova M.V., <sup>2</sup>Denisova O.I.

<sup>1</sup>Voronezh State Medical University n.a. N.N. Burdenko, Voronezh, e-mail: antonostroushko@yandex.ru;

<sup>2</sup>Voronezh State Regional Clinical Hospital, Voronezh, e-mail: Mashaaralova@mail.ru

Violation of trophism of the skin reduces its barrier function, due to a minor infection leads to rapid spread of infection with the development of purulent-necrotic complications. Against this background, the size and depth of ulcers increasing wound discharge becomes purulent in character, develops a systemic inflammatory response. Almost all patients with long-existing trophic ulcers is perifocal dermatitis, pyoderma, eczema, sometimes developing erysipelas. When the penetration of staph infection deep into the skin develops a diffuse pyoderma, accompanied by the appearance of purulent follicles and impetigo erosions. Secondary microbial lesions of the surrounding skin leads to an increase in the size of the ulcer and is an indication for use of antibiotics. We analyzed data microbiological studies: species composition and dynamics of the spectrum of microorganisms isolated from the wound chronic wounds, including venous ulcers of the lower limbs, we studied the antibiotic susceptibility of the isolated strains of microorganisms. Based on the data of various authors, national recommendations on antibiotic therapy are the possible schemes of antibacterial therapy against a variety of microorganisms based on the severity of the condition and the risk of resistant pathogens.

**Keywords:** trophic ulcers, microorganisms, antibacterial therapy

Трофические язвы являются частым осложнением различных заболеваний. В основе патогенеза язвенного дефекта лежит глубокое нарушение трофики тканей кожных покровов, приводящее к образованию зоны некроза с перифокальным воспалением, отеком, нарушением микроциркуляции и иннервации [1].

В связи с множественными патологическими изменениями лечение трофических язв представляет собой сложную задачу, включающую в первую очередь коррекцию основного заболевания и комплексное воздействие на дефект кожи [2]. Часто у лечащих врачей возникает закономерный вопрос: «Показана ли больным с трофиче-

скими язвами антибактериальная терапия?». Убедительных данных об участии патогенных микроорганизмов в формировании или рецидивах трофических язв нет, и сроки заживления язв при назначении антибиотиков не уменьшаются [1,4]. Однако при прогрессировании трофических расстройств кожи нарушаются нормальные симбиотические отношения с сапрофитной микрофлорой кожных покровов, снижается местная колонизационная резистентность – «местный иммунитет», что приводит к развитию локальной, а иногда и системной воспалительной реакции [1].

Кожа является средой обитания различных микроорганизмов. Она представ-

лена коагулазонегативными стафилококками (эпидермальным, сапрофитическим), липофильными и нелипофильными коринобактериями, анаэробными пропионобактериями. Реже встречаются коагулазопозитивные стафилококки (золотистый стафилококк), грамотрицательные бактерии (энтеробактерии). При сохраненной структуре и функции кожи нормальная микрофлора не проявляет патологического воздействия. С нарушением трофики кожи снижается ее барьерная функция и меняется микропейзаж, что ведет к гнойно-некротическим осложнениям [6,10].

У больных с нарушением венозного или артериального кровотока, на фоне отека и выраженных метаболических нарушений, образованию язвы может предшествовать механическое повреждение кожного покрова: укусы насекомых, расчесы, трещины, царапины, бытовые и производственные травмы. Механические травмы при этом являются лишь пусковым моментом, с последующим развитием воспалительной реакции мягких тканей. В условиях венозного и лимфатического стоаза незначительное инфицирование приводит к быстрому распространению инфекции с развитием острого индуративного целлюлита. На этом фоне площадь и глубина язвы увеличиваются, раневое отделяемое приобретает гнойный характер. Нередко отмечаются симптомы гнойно-резорбтивной лихорадки (гипертермия, лейкоцитоз, рост СОЭ и др.), свидетельствующие о наличии системной воспалительной реакции. В результате бактериальной агрессии расширяется площадь некробиотического процесса, развивается фиброз кожи и подкожной клетчатки, еще более ухудшаются лимфатический отток и микроциркуляция [1,6,10].

Антибактериальная терапия в комплексном лечении трофических язв показана при системной и/или выраженной местной воспалительной реакции. Практически у всех пациентов с длительно существующими трофическими язвами вследствие раздражения кожи обильным раневым отделяемым и различными мазевыми повязками имеет место перифокальный дерматит, пиодермия, экзема, иногда развивается рожистое воспаление. При проникновении стафилококковой инфекции глубоко в кожу развивается диффузная пиодермия, сопровождающаяся появлением гнойных фолликулов, импетиго и эрозий. Вторичное микробное поражение окружающей кожи приводит к увеличению размеров язвы и является показанием к применению антибиотиков. Обычно назначаются пенициллины, фторхинолоны, цефалоспорины и дополнительно – препараты имидазолового ряда (метронидазол).

Местно используют антибактериальные мази [1,10,12]. Стандартная длительность антибактериальной терапии при венозных трофических язвах составляет 7-10 дней.

В амбулаторных условиях, как правило, не производятся микробиологические исследования раневого отделяемого трофических язв, тогда как от вида микроорганизма-возбудителя зависит характер раневого процесса и выбор антибактериальной терапии.

Возбудителями большего числа гнойно-септических заболеваний по-прежнему являются стафилококки. Обычно они чувствительны к бета-лактамам антибиотикам, макролидам, рифампицину, котримоксазолу, фузидину, фосфомицину, клиндамицину. Некоторые штаммы стафилококков несут ген резистентности к бета-лактамам [16]. Маркером данного типа резистентности является резистентность к оксациллину. По данным многоцентрового исследования CERBERUS, в котором исследовались метициллинрезистентные стафилококки в 36 крупных городах России, удельный вес золотистого стафилококка резистентного к оксациллину (метициллину) варьировал от 13 до 75%. Уровень метициллинорезистентности эпидермального стафилококка (*S. Epidermidis*) – от 11 до 91%. Чаще всего эпидермальный стафилококк не является возбудителем инфекции, а лишь контаминирует биоматериал, но его выделение у иммунокомпрометированных больных может иметь клиническое значение и требовать назначения соответствующей антибактериальной терапии [9,11,19].

«Проблемными» микроорганизмами так же являются энтеробактерии, продуцирующие бета-лактамазы расширенного спектра (ESBL) и полирезистентные псевдомонады. Данные возбудители сохраняют высокую чувствительность лишь к ингибитор-защищенным антисинегнойным бета-лактамам: пиперациллин/тазобактаму, цефоперазон/сульбактаму. Растет процент штаммов грамм-отрицательных микроорганизмов резистентных к карбапенемам (меропенему, имипенему) [10,13,14,17].

Раневая инфекция трофических язв оказывает непосредственное токсическое действие на окружающие ткани, снижает местный и общий иммунитет, вызывая специфическую микробную сенсibilизацию организма, усугубляя трофические расстройства. Учитывая все перечисленное, в первой фазе раневого процесса трофических язв результаты бактериологического исследования играют основное значение, определяющее тактику лечения и, в первую очередь, выбор антибактериального препарата [2,6].

Обычно применяемые методы определения вида микроорганизма и его антибиотикорезистентности (культуральный и диско-диффузионный соответственно) позволяют получить результат лишь на 3 сутки, поэтому для обоснованного эмпирического выбора антибактериального препарата необходимы данные локального микробиологического мониторинга видового состава и антибиотикорезистентности возбудителей.

Важно также стратифицировать пациентов по тяжести состояния и степени риска резистентных возбудителей и применять деэскалационную тактику антибактериальной терапии. При отсутствии факторов риска резистентной флоры для эмпирической антибактериальной терапии можно выбрать: внутрь – цефуроксим, амоксициллин/клавуланат; парентерально – цефазолин +/-цефтазидим; амоксициллин/клавуланат +/- цефтазидим. При тяжелом состоянии, наличии факторов риска резистентных возбудителей (предшествующие приемы антибиотиков, контакты с медицинскими учреждениями, иммуносупрессивная терапия и др.) препараты выбора должны перекрывать всех потенциальных возбудителей с учетом их вероятной резистентности: парентерально – карбапенемы (эртапенем, меропенем, имипенем, дорипенем) или ингибитор-защищенные антисинегнойные бета лактамы (пиперациллин/тазобактам, цефоперазон/сульбактам) + антибиотик с анти-MRSA активностью (цефтаролин, даптомицин, линезолид или ванкомицин). В монотерапии возможно применение тигециклина у больных средней степени тяжести, если нет риска псевдомонадной (в том числе синегнойной) инфекции. При легкой и средней степени тяжести состояния возможно проведение антибактериальной терапии пероральными препаратами, в тяжелых случаях показано внутривенное введение антибиотиков [7,8,11,18].

После идентификации возбудителя и получения антибиотикограммы необходимо провести оценку проводимой антибактериальной терапии. При выделении из раневого отделяемого оксациллин-чувствительных стафилококков препаратами выбора могут быть бета-лактамы антибиотиков. В арсенале врача имеется достаточно препаратов как перорального, так и парентерального пути введения: цефалексин, цефуроксим, оксациллин, цефазолин, амоксициллин/клавуланат, ампициллин/сульбактам. Цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтриаксон, цефоперазон, цефтазидим, цефокситин) обладают недостаточной противостафилококковой активностью [7,8,9].

При резистентности стафилококков к оксациллину все бета-лактамы антибиотиков

(пенициллины, цефалоспорины, карбапенемы, монобактамы) неэффективны [3]. Часто отмечается сочетанная резистентность метициллинрезистентных стафилококков к макролидам, тетрациклинам, фторхинолонам, линкозамидам, рифампицину. Препаратами выбора в таких случаях являются: ванкомицин, линезолид, цефтаролин, даптомицин, тигециклин, телаванцин. [3,7,11]. Антибиотики других групп – фторхинолоны, фосфомицин, фузидин, рифампицин, макролиды, сульфаниламиды – могут назначаться лишь при подтвержденной чувствительности возбудителя. Таким образом, выбор адекватной антибактериальной терапии в случаях оксациллин/метициллин-резистентности существенно затруднен. Задача осложняется и тем, что линезолид и тигециклин обладают лишь бактериостатическим действием. В условиях нарушенной микроциркуляции страдает доставка лекарственных препаратов к очагу поражения и бактериостатические антибиотики могут оказаться неэффективными. Препаратов с бактерицидным действием, одобренных для применения при инфекции кожи и мягких тканей, немного: ванкомицин, даптомицин, цефтаролин и телаванцин. Однако, в последние годы в РФ и за рубежом большинство штаммов MRSA имеют сниженную чувствительность к ванкомицину, что ведет к его клинической неэффективности при использовании стандартного режима дозирования препарата. Детекция данного вида резистентности проводится с помощью E-теста, позволяющего определять минимальную подавляющую концентрацию (МПК) ванкомицина. В случаях выделения штаммов со сниженной чувствительностью к ванкомицину возможно его назначение в дозе 3-4 г/сут. Исследований эффективности и безопасности при трофических язвах различной этиологии не проводилось. Возможны токсические, прежде всего нефротоксические, осложнения при данном режиме дозирования ванкомицина у больных с факторами риска. Кроме того, необходимо учитывать, что ванкомицин не активен в отношении обычных, чувствительных к оксациллину, штаммов стафилококков, что не позволяет включать его в схемы эмпирической антибактериальной терапии как универсальный антистафилококковый препарат. В отличие от ванкомицина, новые препараты с анти-MRSA активностью (даптомицин, цефтаролин, телаванцин) одинаково хорошо работают как в отношении MRSA, так и в отношении чувствительных к оксациллину штаммов стафилококков (MSSA) [3,7,15].

Резистентность к цефтазидиму – маркер выработки бета-лактамаз расширенного спектра. При выявлении у энтеробактерий

резистентности к цефтазидиму не следует использовать цефалоспорины (I-IV поколения), даже в случаях их лабораторно подтвержденной чувствительности [15]. Препаратами выбора могут быть пиперациллин/тазобактам, цефоперазон/сульбактам. При детекции резистентности к карбапенемам целесообразно использовать высокие дозы антисинегнойных карбапенемов (имипенема, меропенема, дорипенема) путем продленных инфузий с дополнительным назначением ингибиторов бета-лактамаз (или препаратов их содержащих). При выделении из трофических язв псевдомонад так же необходимо учитывать данные антибиотикограммы [3,5,7,11,18]. Препаратами альтернативного выбора при выделении полирезистентных грамм-отрицательных возбудителей (энтеробактерий, псевдомогад) могут быть препараты полимиксина-Б для парентерального и местного применения [5, 7,11].

В связи с нарушением микроциркуляции, предпочтительно назначение максимальных доз антибиотиков и использование внутривенного пути введения, поэтому пациенты с трофическими язвами нижних конечностей для купирования инфекционного процесса должны проходить курс стационарного лечения [20].

В качестве местной терапии в дополнение к системной антибактериальной терапии, могут использоваться препараты бактериофагов, антисептики. Целесообразно определять чувствительность возбудителей и к бактериофагам, так как часть возбудителей к ним могут быть нечувствительны. Местное использование большинства антибиотиков в виде обкалывания, присыпания поверхности раны нецелесообразно: под действием кислой среды раневого отделяемого трофических язв они быстро расщепляются и инактивируются [3,7].

Таким образом, в I фазе раневого процесса результаты бактериологического исследования трофических язв играют основное значение при определении тактики лечения и, в первую очередь, выбора антибактериального препарата.

Возросший уровень резистентности микроорганизмов требует стратификации групп пациентов и дифференцированного выбора схемы антибактериальной терапии.

Антибактериальную терапию гнойных осложнений трофических язв предпочтительно осуществлять в условиях стационара в комплексе с интенсивной терапией основного заболевания, с парентеральным введением препаратов.

#### Список литературы

1. Амбулаторная ангиология / под ред. А.И. Кириенко, В.М. Кошкина, В.Ю. Богачева. – М.: Литтера, 2007. – 328 с.
2. Андреев А.А., Карпунин А.Г., Фролов Р.Н. [и др.] Применение гидролизата коллагена и гидроимпульсной санации в лечении экспериментальных гнойных ран // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2014. – Т. 7. – № 4. – С. 378-387.
3. Белоусов Ю.Б., Страчунский Л.С., Козлов С.Н. Практическое руководство по антиинфекционной терапии. Смоленск. – 2007. – 464 с.
4. Глухов А.А., Зуйкова А.А., Петрова Т.Н. и др. Клинико-патогенетическое обоснование применения антимикотических средств в комплексном лечении пациентов с синдромом диабетической стопы // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. – 2012. – Т. V. – № 4. – С. 639-643.
5. Лазарева А.В., Чеботарь И.В., Крыжановская О.А. и др. *Pseudomonas aeruginosa*: патогенность, патогенез и патология // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2015. – 17(3). – С.170-186.
6. Липницкий Е.М. Лечение трофических язв нижних конечностей. – М.: Медицина, 2001, – 160 с.
7. Стратегия и тактика применения антимикробных средств в амбулаторной практике: Российские практические рекомендации / Под ред. С.Я. Яковлева, С.В. Сидоренко, В.В. Рафальского, Т.В. Спичак. – М.: Изд-во «Престо», 2014. – 121 с.
8. Стратегия и тактика применения антимикробных средств в лечебных учреждениях России: Российские национальные рекомендации / Под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда, С.Я. Яковлева. – М.: ООО «Компания БОРГЕС», 2012. – 92 с.
9. Сухорукова М.В., Скленова Е.Ю., Иванчик Н.В. [и др.] Антибиотикорезистентность нозокомиальных штаммов *Staphylococcus aureus* в стационарах России: результаты многоцентрового эпидемиологического исследования МАРА-ФОН в 2011–2012 гг. // Клиническая Микробиология и Антимикробная Химиотерапия. – 2014. – 16(4). – С. 280-286.
10. Терехова Р.П., Пасхалова Ю.С., Складан Г.Е. и др. Изменения в структуре возбудителей хирургической инфекции у больных сахарным диабетом в зависимости от стратегии их лечения // Раны и раневые инфекции. – 2015. 2. – №3. – С.22-29.
11. Bush K., Fisher J.F. Epidemiological expansion, structural studies, and clinical challenges of new beta-lactamases from gram-negative bacteria // Annu Rev Microbiol. – 2011. – № 65. – P.455-478.
12. Chakraborti C., Le C., Yanofsky A. Sensitivity of superficial cultures in lower extremity wounds // J Hosp Med. – 2010. – № 5. – P.415-420.
13. Cornaglia G., Rossolini G.M. The emerging threat of acquired carbapenemases in Gram-negative bacteria // Clin. Microbiol Infect. 2010. № 16(2). P. 99-101.
14. Drieux L., Bourgeois-Nicolaos N., Cremniter J., et al. Accumulation of carbapenemase-producing Gram-negative bacteria in a single patient linked to the acquisition of multiple carbapenemase producers and to the in vivo transfer of a plasmid encoding VIM-1 // Int J Antimicrob Agents. – 2011. – № 38(2). – P. 179-80.
15. File T.M., Wilcox M.H., Stein G.E. Summary of ceftaroline fosamil clinical trial studies and clinical safety // Clin Infect Dis. 2012. № 55 (Suppl. 3). P.173-80.
16. Leclercq R., Canton R., Brown D. F. J., et al. EUCAST expert rules in antimicrobial susceptibility testing // Clin. Microbiol Infect. – 2013. – №1 9(2). – P.141-60.
17. Nemeč A., Krizova L., Maixnerova M., Musilek M. Multidrug-resistant epidemic clones among bloodstream isolates of *Pseudomonas aeruginosa* in the Czech Republic // Res Microbiol. – 2010. – №161(3). – P. 234-42.
18. Nordmann P., Poirel L., Walsh T.R., Livermore D.M. The emerging NDM carbapenemases // Trends Microbiol. – 2011. – № 19(12). – P.588-595.
19. Otto M. Coagulase-negative staphylococci as reservoirs of genes facilitating MRSA infection: Staphylococcal commensal species such as *Staphylococcus epidermidis* are being recognized as important sources of genes promoting MRSA colonization and virulence // BioEssays: news and reviews in molecular, cellular and developmental biology. – 2013. – № 35. – P. 4-11.
20. Shah P.M. Parenteral carbapenems // Clin Microbiol Infect. 2008. № 14 (Suppl 1). P.174-180.

УДК 616.009

**ИЗУЧЕНИЕ УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ И ПСИХОПАТИЗАЦИИ  
УСЛОВНО ЗДОРОВЫХ ГРАЖДАН****Дмитриева К.П.***ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России», Иваново*

В статье представлены результаты пилотного обследования условно здоровых людей методом экспресс-диагностики уровня невротизации и психопатизации. Данное обследование проведено в рамках программы психопрофилактики с использованием компьютерной методики, что проверено общей теорией и методологией проведения психологического обследования и многолетней клинической практикой. В исследовании приняло участие 535 человек, которое проходило в рамках психиатрического обследования для решения вопроса о годности к управлению транспортными средствами. Были выявлены целевые группы лиц, имеющих предпосылки или ранние признаки психического неблагополучия. Все эти граждане после психиатрического освидетельствования были признаны психически здоровыми, однако нуждаются в психологической коррекции и могут быть отнесены в «группе риска». Данная психологическая работа планируется на следующих этапах программы психопрофилактики среди здорового населения Ивановской области.

**Ключевые слова:** невротизация, психопатизация, ранняя диагностика психических расстройств, программа психопрофилактики

**STUDYING OF THE NEVROTIZATION LEVEL AND PSIKHOPATIZATION OF  
CONDITIONALLY HEALTHY CITIZENS****Dmitrieva K.P.***Ivanovo state medical Academy, Ivanovo*

Results of pilot inspection of conditionally healthy people by method of express diagnostics of level of a nevrotization and a psikhopatization are presented in article. This examination is conducted within the program of psychoprevention with use of a computer technique that is checked by the general theory and methodology of carrying out psychological inspection and long-term clinical practice. 535 people which passed within psychiatric inspection for the solution of a question of the validity to control of vehicles took part in research. Target groups of persons, having prerequisites or early signs of mental trouble were revealed. All these citizens after psychiatric survey were recognized mentally healthy, however need psychological correction and can be carried in «group of risk». This psychological work is planned at the following stages of the program of psychoprevention among the healthy population of the Ivanovo region.

**Keywords:** nevropatization, psikhopatization, early diagnosis of mental disorders, program of psychoprevention

Тенденции жизни (урбанизация, ускорение темпа жизни, информационные перегрузки) в совокупности со стрессом способствуют нарастанию нервно-психического напряжения и возникновению пограничных форм нервно-психической патологии [2,4,6]. Ввиду этого в актуальным становятся мероприятия психопрофилактики психических нарушений, наиболее эффективными из которых являются вопросы организации первичной профилактики [5].

В рамках программы психопрофилактики мы провели пробное скрининговое обследование условно здоровых людей методом экспресс-диагностики уровня невротизации и психопатизации. Использование данной компьютерной методики проверено общей теорией и методологией проведения психологического обследования и многолетней клинической практикой [1].

В исследовании приняло участие 535 человек. Все они проходили тестирование методикой УНП в рамках психиатрического обследования для решения вопроса о год-

ности к управлению транспортными средствами.

Методика определения уровня невротизации и психопатизации (УНП) предназначена для экспресс-диагностики, практической и исследовательской работы в области психогигиены и психопрофилактики заболеваний, связанных с определенной спецификой условий жизни и некоторыми особенностями труда, в частности невротических состояний и психопатических декомпенсаций. Эта методика, будучи при достаточной простоте обоснованным и чувствительным, инструментом, оказалась удобной для обследования крупных контингентов на предмет выявления «группы риска» при профотборе и профосмотре лиц, работающих в особо сложных условиях.

Тест представляет собой сборник утверждений, относящихся к двум шкалам. Анализ шкал УНП показал, что в шкалу невротизации входят утверждения, имеющие характерные проявления невротических состояний: быстрая утомляемость,

нарушения сна, ипохондрическая фиксация на неприятных соматических ощущениях, снижение настроения, повышенная раздражительность, возбудимость, наличие страхов, тревоги. В результате проведенного исследования были получены данные, что невротизация формируется под влиянием трех классов психических явлений: эмоционально-мотивационных особенностей личности; психосоматической симптоматики; собственного состояния человека.

Утверждения шкалы психопатизации охватывают лишь некоторые из черт, характерных для психопатических личностей: равнодушие к принципам долга и морали, безразличие к мнению окружающих, стремление выделиться среди окружающих, лицемерие, вспыльчивость, подозрительность, повышенное самолюбие и самоуверенность.

**Результаты.** Среди участников исследования были 391 мужчина (73 %) и 142 женщины (27 %).

Мы провели оценку частоты встречаемости повышенного уровня невротизации и психопатизации у испытуемых в зависимости от пола, возраста, образования и характера труда.

Среди мужчин повышение показателей невротизации и/или психопатизации было отмечено у 155 обследованных (39,5 %).

Из них у 23 человек (15 %) отмечались симптомы невротизации, среди которых можно выделить тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность. У 123 человек (79,5 %) имело место повышение уровня психопатизации, проявлениями которого являются беспечность, легкомыслие, холодное отношение к людям, упрямство в межличностных отношениях. Лишь у 9 человек (5,5 %) было выявлено повышение уровня и невротизации, и психопатизации.

Повышение уровня невротизации и/или психопатизации было выявлено у 55 женщин (38,5 %). Структура отклонений: симптомы невротизации были выявлены у 12 участниц исследования (22 %), симптомы психопатизации у 41 женщины, что составило 74,5 %. Совместное повышение показателей невротизации и психопатизации было выявлено у 2 женщин и составило 3,5 %.

При сравнении показателей среди мужчин и женщин можно сделать следующие выводы: Частота встречаемости отклонений в общих показателях невротизации и психопатизации у женщин и мужчин примерно одинакова. В структуре можно сделать выводы, что невротические расстройства чаще встречаются у женщин, что может проявляться в виде эмоциональной возбу-

димости, продуцирующей различные негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность). В совокупности эти проявления могут стать причиной нарушения адаптации человека в обществе. Более высокий уровень невротизации у женщин может свидетельствовать о том, что женщины более восприимчивы к средовым факторам. Частота встречаемости повышенного уровня психопатизации незначительно выше у мужчин, что может быть следствием врожденных аномалий характера.

Далее мы провели сравнение частоты встречаемости повышенного уровня невротизации и психопатизации в зависимости от возраста обследуемых. Для этого всех участников разделили на категории: студенты, трудоспособные и пенсионеры. Самой большой оказалась группа населения трудоспособного возраста, их было 449 человек. Далее была 7 группа студентов – 54 человека, самой маленькой оказалась группа пенсионеров – 31 человек.

Среди трудоспособного населения повышение показателей невротизации и психопатизации было выявлено у 167 человек (37 %). Из них проявляющих признаки невротизации – 29 человек (17,5 %), с признаками психопатизации – 130 человек (78 %). Совместное повышение невротизации и психопатизации встречается у 8 человек (4,5 %) трудоспособного населения.

При оценке частоты встречаемости повышенного уровня невротизации и психопатизации среди студентов было обследовано 54 студента, из которых повышены показатели у 24 студентов (44,5 %). В отличие от показателей группы трудоспособного населения повышенный уровень невротизации выявлен всего у 1 студента (4 %), повышение уровня психопатизации было у 21 студента (88 %), что превышает показатели трудоспособного населения. Повышение уровня невротизации и психопатизации выявлено у 2 студентов (8 %).

Оценивая частоту встречаемости повышенного уровня невротизации и психопатизации у пенсионеров, было выявлено, что отклонения встретились у 8 пенсионеров (26 %) из 31. Из них повышен уровень невротизации у 3 пенсионеров (37,5 %), что превышает частоту встречаемости повышенного уровня невротизации трудоспособного населения и значительно превышает частоту встречаемости среди студентов. Повышенный уровень психопатизации выявлен у 4 пенсионеров (50 %), что ниже частоты встречаемости повышенного уровня психопатизации у трудоспособного населения и студентов. Совместное повышение

частоты встречаемости повышенного уровня невротизации и психопатизации выявлено у 1 пенсионера (12,5%).

Сравнивая результаты исследования между трудоспособными, студентами и пенсионерами, можно сделать следующие выводы:

Самая большая частота встречаемости повышенного уровня невротизации и психопатизации была выявлена у студентов. Что говорит о том, что студенты подвержены стрессам и аномалии характера в их возрасте еще не достигли компенсации. Повышенный уровень невротизации чаще встречается у пенсионеров, по сравнению со студентами и трудоспособным населением. Повышенная астенизация у пенсионера может быть связана с сопутствующей патологией. При оценке частоты встречаемости повышенного уровня психопатизации выявлено, что самая большая частота встречаемости у студентов, а самая маленькая у пенсионеров. Высокая частота встречаемости повышенного уровня психопатизации у студентов подтверждает, что аномалии характера не корректируются к студенческому возрасту, но у большинства при благоприятных условиях сглаживается, что подтверждается более низкой частотой среди пенсионеров.

Далее мы рассматривали частоту встречаемости повышенного уровня невротизации и психопатизации между жителями областного центра (г. Иваново), жителями других городов области и жителями районов.

В исследовании приняло участие 418 жителей г. Иваново. Повышение показателей отмечалось у 146 человек (35%). При этом высокие показатели невротизации отмечаются у 26 человек (18%), в отличие от повышенных показателей психопатизации, которые выявлены у 111 человек (76%), совместное повышение показателей невротизации и психопатизации у 9 человек (6%).

При оценке частоты встречаемости отклонений показателей невротизации и психопатизации в других городах области было проанализировано 59 результатов теста УНП. Среди них было выявлено 24 случая повышения уровня невротизации и психопатизации (40,5%). Из них изолированно повышен уровень невротизации у 1 человека (4%), а уровень психопатизации повышен у 23 человек (96%). Совместного повышения уровня невротизации и психопатизации выявлено не было.

В своей работе мы рассматривали частоту встречаемости повышенного УНП жителей районов. В исследовании приняло участие 57 человек. Повышение показателей было выявлено у 24 человек (42%). Уровень невротизации был повышен у 2 человек (8%),

уровень психопатизации высокий у 20 человек (83,5%), повышение и невротизации, и психопатизации повышен у 2 человек (8,5%).

При сравнении показателей самая высокая частота встречаемости сочетанного высокого уровня невротизации-психопатизации отмечалась у жителей районов, что возможно связано с более неблагоприятной социальной ситуацией, что выражается в большей стрессогенности и напряженности, что сказывается на психическом состоянии жителей. Самая низкая частота встречаемости отмечалась у жителей областного центра, что может быть связано с тем, что жители больших городов, имея более напряженный жизненный ритм, более устойчивы к стрессу, невротизация выше, но меньше связана с проявлением психопатических реакций.

Это подтверждается и тем, что уровень невротизации значительно выше у жителей областного центра, а самый низкий показатель у жителей других городов области. Уровень психопатизации, наоборот, значительно выше у жителей других городов области, нежели у жителей Иванова или районов, то есть несмотря на более низкую невротизацию, срыв адаптации и психопатические черты встречаются чаще.

В исследовании приняли участие люди с разным уровнем образования. Мы сравнили частоту встречаемости повышенного уровня невротизации и психопатизации между людьми, имеющими высшее образование, и людьми, имеющими среднее образование.

Участников, имеющих высшее образование, было 216, из них отклонения были выявлены у 71 человека (33%). Структура отклонений среди показателей невротизации и психопатизации такова: повышение уровня невротизации выявлено у 9 человек (12,5%), при этом отклонение показателей психопатизации было выявлено у 60 человек (84,5%). Также было выявлено совместное повышение показателей невротизации и психопатизации у 2 человек (3%).

Участников, имеющих средним образованием, было обследовано 318 человек. Повышение показателей выявлено у 128 человек (40%). Из них повышен показатель невротизации у 25 человек (20%), отклонения психопатизации выявлены у 94 человек (73,5%). А повышение обоих этих показателей в группе людей, имеющих среднее образование, было выявлено у 9 человек (6,5%).

Также участники исследования делились по квалификации своего труда: высококвалифицированный, среднеквалифицированный, низкоквалифицированный, а также неработающие.

Высокую квалификацию имели 160 исследуемых. Отклонения были выявлены у 48 человек (30%). Повышенный уровень невротизации был выявлен у 8 человек (16,5%), повышение показателей психопатизации у 39 человек (81,25%), совместное повышение у 1 человека (2,25%).

Среднюю квалификацию имели 143 человека. Среди них также имелось повышение показателей невротизации и психопатизации. Общее повышение выявлено у 58 человек (40,5%). Повышение показателей невротизации было выявлено у 11 человек (19%), а повышение показателей психопатизации у 43 человек (74%), совместное повышение показателей имели 4 человека (7%).

Низкоквалифицированным трудом занимается 69 человек. В основном это водители. Отклонения показателей выявлено у 28 человек (40,5%). Повышение показателей невротизации обнаружено у 7 человек (25%). А показатели психопатизации повышены у 18 человек (64%). Повышение показателей и невротизации, и психопатизации отмечалось у 3 человек (11%).

У людей, не имеющих работы, отклонения были выявлены у 65 (40%) человек из 162. Повышение невротизации выявлено у 6 человек (9%), а повышение показателей психопатизации у 56 человек (86%), при этом имело место одновременное повышение показателей невротизации и психопатизации, оно выявлено у 3 человек (5%).

Исходя из вышесказанного, можно сделать следующие выводы:

Реже повышение уровня невротизации и психопатизации встречается у исследуемых, имеющих высокую квалификацию. У остальных категорий примерно одинаковая частота встречаемости повышенного уровня невротизации и психопатизации.

Чаще повышение уровня невротизации отмечается у людей, имеющих низкую квалификацию. Самая часто встречаемая профессия среди людей этой категории – водители. Возможно, люди этой профессии больше подвержены действию стресса, утомления.

Повышенный уровень психопатизации чаще встречается у людей, не имеющих ра-

боты. Вероятно, повышенный уровень психопатизации явился причиной отсутствия постоянного места работы, в связи с особенностями психопатизированной личности: беспечность, легкомыслие, холодное отношение к людям, упрямство в межличностных отношениях.

Таким образом, результаты пилотного исследования уровня невротизации и психопатизации среди условно здоровых лиц выявили целевые группы лиц, имеющих предпосылки или ранние признаки психического неблагополучия. Все эти граждане после психиатрического освидетельствования были признаны психически здоровыми, однако нуждаются в психологической коррекции и могут быть отнесены в «группе риска». Данная психологическая работа планируется в рамках программы психопрофилактики среди здорового населения Ивановской области.

#### Список литературы

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Червинская К.Р. Компьютерная психодиагностика в теории и практике медицинской психологии: этапы и перспективы развития // Сибирский психологический журнал. – 2010. – № 35. – С. 20-24
2. Вертячих Н.Н. Нарушения психической адаптации среди трудоспособного населения // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2010. – Т. 16. № 4. – С. 153-157.
3. Иванова А.А., Рудницкий В.А., Костин А.К., Аксенов М.М., Епанчинцева Е.М., Стоянова И.Я., Цыбульская Е.В., Гарганеева Н.П. Направления психологической помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 2 (87). – С. 92-97.
4. Лебедев М.А., Палатов С.Ю. Распространенность, структура и динамика предболезненных пограничных состояний у лиц подросткового и молодого возраста // Психическое здоровье. – 2010. – Т. 8. № 6 (49). – С. 68-83.
5. Психопрофилактика, современное понимание: Сборник научных трудов / Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Департамент здравоохранения Ивановской обл., ГУЗ «Обл. клиническая психиатрическая больница «Богородское», Ивановская обл. общественная орг. «О-во психиатров, психотерапевтов и наркологов»; [редкол.: А.М. Футерман (гл. ред.), Е.В. Руженская (отв. ред.)]. – Иваново, 2010.
6. Руженская Е.В., Руженская О.В. Показатели невротизации и психопатизации пожилых граждан // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 6; URL: [www.eduherald.ru/135-14263](http://www.eduherald.ru/135-14263) (дата обращения: 24.12.2015).

УДК 616-053.4 – 615.37: 616.523

## **ВИФЕРОН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗВАННЫХ ВИРУСОМ ПРОСТОГО ГЕРПЕСА 1-ГО ТИПА У ДЕТЕЙ**

**Касохов Т.Б., Цораева З.А., Касохова В.В., Мазур А.И.**

*ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России, Владикавказ, e-mail: kasohov@mail.ru;  
ФБГУН «Институт биомедицинских исследований» ВНИЦ РАН и правительства РСО-Алания,  
Владикавказ*

В данной статье представлены сведения об опыте применения нового иммуномодулирующего препарата. Цель работы: изучить терапевтические возможности использования у детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями, вызванными вирусом простого герпеса 1-го типа, виферона, содержащего рекомбинантный человеческий интерферон 2 $\alpha$ , лизоцим и липоид. Под наблюдением находилось 74 больных детей в возрасте от 3 до 18 лет с инфекцией, вызванной вирусом простого герпеса 1-го типа. Дети были разделены на 2 группы: 1 группа – дети, получавшие виферон в виде суппозиторий и базисную терапию, дети 2 группы получали только комплексное базисное лечение, включающее в себя противовирусную и иммуномодулирующую терапию. Суппозитории вводились 2 раза в сутки с 12-часовым интервалом. Курс лечения составил 10-12 дней. В результате введения в комплексную терапию нового препарата получен статистически достоверный клинико-лабораторный эффект: положительная динамика иммунологических показателей, уменьшение длительности пребывания на койке и в дальнейшем – снижение частоты рецидивов.

**Ключевые слова:** интерферон, лизоцим, иммуномодулятор, герпетическая инфекция, дети

## **VIFERON IN THE TREATMENT OF INFECTIOUS – INFLAMMATORY DISEASES CAUSED BY THE HERPES SIMPLEX VIRUS 1-TYPE IN CHILDREN**

**Kasohov T.B., Tsoraeva Z.A., Kasohova V.V., Mazur A.I.**

*North Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz, e-mail: kasohov@mail.ru;  
Institut of Biomedical Research of RAS VSC and Government of RNO-Alania, Vladikavkaz*

Details of the experience of the new immunomodulating drug presented in this article. Objective: To explore the therapeutic potential use in children with infectious and inflammatory diseases caused by herpes simplex virus type 1, a new immunomodulator containing recombinant human interferon  $\alpha 2$ , lysozyme and lipoid. We observed 74 patients with children aged 3 to 18 years with an infection caused by the herpes simplex virus type 1. The children were divided into 2 groups: Group 1 – children who received viferon in the form of suppositories and basic therapy, children 2 group received only basic treatment complex, which includes antiviral and immunomodulatory therapy. The suppositories were administered two times a day with a 12-hour intervals. The course of treatment was 10-12 days. As a result of the introduction of a new drug combined therapy produced a statistically significant clinical and laboratory effect: positive dynamics of immunological parameters, reducing the length of stay on the bed and in the future – reducing the frequency of relapses.

**Keywords:** interferon, lysozyme, an immunomodulator, herpes infection, children

Герпетическая инфекция – одно из наиболее распространенных инфекционных заболеваний с неуправляемым эпидемическим процессом. Из известных в настоящее время более 100 типов герпесвирусов, наибольшую распространенность и клиническое значение имеют вирусы простого герпеса 1 и 2 типов (ВПГ1 и ВПГ2). Согласно данным экспертов ВОЗ, в человеческой популяции вирус простого герпеса 1-го типа регистрируется у 98–99% населения, а заболевания, вызываемые герпесвирусами, занимают второе место после гриппа среди причин смерти от вирусных инфекций [1].

Особенностью герпетической инфекции является способность вирусов герпеса к выработке специфических белков, подавляющих клеточный иммунитет, функцию цитотоксических лимфоцитов, макрофагов, естественных киллеров. Так же характерна

тропность вирусов к клеткам иммунной системы, что сопровождается персистенцией вирусов в этих клетках на протяжении всей жизни [2]. Возможность длительного бессимптомного носительства вирусов герпеса создает предпосылки для неконтролируемого постоянного действия вируса на иммунные клетки, обуславливая развитие вторичных иммунодефицитных состояний [3]. Это, в свою очередь, создает предпосылки для распространения вируса и развития генерализованных форм заболевания, а также для активации другой вирусной или бактериальной инфекции.

Таким образом, вирусы герпеса могут являться как причиной хронической персистирующей инфекции, таким фактором, способствующим формированию иммунных нарушений. Поэтому целью современной фармакотерапии инфекционно-воспа-

лительных заболеваний, вызванных ВПГ1, должна являться не только этиотропная терапия, но и потенцирование защитных сил организма [4]. То есть, современные возможности лечения этих инфекций должны включать две стратегии – этиотропную и иммуотропную [5,6]. Поскольку течение герпетической инфекции часто имеет рецидивирующий характер, важной задачей лечения является удлинение межрецидивных промежутков. Несмотря на кажущуюся простоту задачи на практике уменьшить число рецидивов в течение года зачастую оказывается затруднительно.

Цель настоящего исследования: изучить терапевтические возможности использования у детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями, вызванными вирусом простого герпеса 1-го типа, нового иммуномодулирующего препарата, содержащего рекомбинантный человеческий интерферон 2 $\alpha$ , лизоцим и ликопид [7].

#### Материалы и методы исследования

Мы использовали лекарственный препарат и способ лечения для детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями, вызванными вирусом простого герпеса 1-го типа, в форме суппозиториев. Исследования проводились на базе инфекционного отделения Республиканской детской клинической больницы г. Владикавказа.

Под наблюдением находилось 74 больных ребенка в возрасте от 3 до 18 лет с инфекцией, вызванной вирусом простого герпеса 1-го типа.

Дети были разделены на 2 группы: 1 группа – дети, получавшие только виферон, дети 2 группы получали только комплексное базисное лечение, включающее в себя противовирусную (ацикловир) и иммуномодулирующую (виферон) терапию. Оптимальная доза препарата составила: детям до 7 лет – состав «1» (см. табл. 1), после 7 лет – состав «2» и детям 14–18 лет – состав «3». Суппозитории вводились 2 раза в сутки с 12-часовым интервалом. Курс лечения составил 10–12 дней.

При поступлении в стационар и после окончания лечения пациенты проходили клиническое и клинико-иммунологическое обследование.

При клиническом обследовании детей выявлялись: температура тела 37,1–38,8 $^{\circ}$ C; герпетические высыпания, локализующиеся на коже лица, туловища, полости рта; увеличение регионарных лимфатических узлов; увеличение печени; у детей с генерализованными формами инфекции общемозговая и очаговая неврологическая симптоматика.

Клинико-иммунологическое обследование включало в себя определение CD3+, CD4+, CD8+, CD19+ лимфоцитов,  $\alpha$ - и  $\gamma$ -интерферонов, иммуноглобулинов (IgG, IgA, IgM), уровней продукции ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-8, активности лизоцима в периферической крови, процента фагоцитоза, фагоцитарного индекса, индекса завершенности фагоцитоза, циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК). Все результаты были обработаны статистически с применением критерия «t» Стьюдента на ПЭВМ Pentium-3 с использованием программы Prizma 2.2.

#### Результаты исследования и их обсуждение

Клинически после проведения курса лечения: общее состояние детей удовлетворительное, улучшение аппетита и общего эмоционального фона у всех пациентов, температура тела 36,6 $^{\circ}$ C, кожные покровы и видимые слизистые чистые (исчезновение высыпаний отмечалось на 7 день лечения), уменьшение размеров печени и лимфатических узлов, отсутствие или значительное уменьшение выраженности неврологической симптоматики.

Таблица 1

Составы суппозиториев для разных возрастных групп

	Состав «1» 3-7 лет	Состав «2» 7-14 лет	Состав «3» 14-18 лет
Рекомбинантный человеческий интерферон 2 $\alpha$	150000 МЕ	500000МЕ	1000000МЕ
Лизоцим	0,05	0,1	0,15
Ликопид	0,001	0.0015	0.0015
Левокарнитин 20%	15 кап	25 кап	50 кап
Витамин Е	0,05	0,05	0,05
Жировая основа: масло какао	1,0	1,5	2,0

Как видно из табл. 2, включение в комплексную терапию инфекционных заболеваний, вызванных ВПГ1, предлагаемого препарата у детей I группы привело к достоверному повышению уровня CD3 ( $p < 0,05$ ), отмечалась тенденция к повышению уровня CD4, и показателях CD8 и CD19 достоверной разницы не выявлено ( $p > 0,005$ ). Отмечалось достоверное повышение уровня продукции  $\gamma$ -интерферонов ( $p < 0,05$ ). В показателях иммуноглобулинов класса А, М, G также отмечалось достоверное повышение ( $p < 0,05$ ).

Кроме того, у детей I группы после лечения отмечалось статистически достоверное повышение уровней цитоки-

нов ИЛ-1, ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-8 ( $p < 0,05$ ) (см. табл. 3). Исследование местного иммунитета показало достоверное повышение уровня активности лизоцима ( $p < 0,005$ ). Было выявлено достоверное повышение активности фагоцитоза ( $p < 0,05$ ). Отмечалась тенденция к повышению фагоцитарного индекса и индекса завершенности (фагоцитоза ( $p > 0,005$ )). При сравнении групп детей до лечения и детей II группы на базисной терапии в исследуемых показателях достоверной разницы не было выявлено ( $p > 0,005$ ) (см. табл. 2, 3). В динамике наблюдения за больным в течение четырех месяцев рецидива герпетической инфекции не отмечалось.

Таблица 2

Показатели иммунного статуса у детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями, вызванными вирусом простого герпеса 1-го типа

Показатели	До лечения (N=74)	I группа интерферон+лизоцим +ликопид+левокарнитин+витамин Е (N=39)	II группа Базисная терапия (N=35)
CD-3 (%)	38,2±2,05	58,8±2,3*	42,1±1,2 ***
CD-4 (%)	26,3±1,38	32,2±3,24**	28,2±1,24 ***
CD-8 (%)	24,2±3,24	22,2±4,8***	29,2±4,2 ***
CD-19 (%)	12,2±1,4	11,2±1,5***	12,2±1,4 ***
-ИНФ (МЕ)	12,8±3,33	20,2±6,4***	11,2±2,5***
-ИНФ (МЕ)	12,5±3,24	22,2±2,4*	11,4±2,4***
IgA (г/л)	1,2±0,14	2,2±0,1*	1,4±0,1 ***
IgM (г/л)	1,8±0,1	2,2±0,1*	1,2±0,24 ***
IgG (г/л)	12,8±0,8	14,2±0,12*	7,0±0,44 *

Примечание. \*  $p < 0,005$  достоверная разница в группах сравнения, \*\*  $p > 0,005$  близко к достоверному, \*\*\*  $p > 0,005$  не достоверная разница в группах сравнения.

Таблица 3

Показатели иммунного статуса у детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями, вызванными вирусом простого герпеса 1-го типа

Показатели	До лечения (N=74)	I группа интерферон+лизоцим +ликопид +левокарнитин+витамин Е (N=39)	II группа. Базисная терапия (N=35)
ИЛ-1 пг/мл	10,2±2,4	9,5±6,8*	10,2±5,6 ***
ИЛ-4 пг/мл	4,2±3,2	10,5±2,2*	3,28±4,4 ***
ИЛ-5 пг/мл	14,4±2,2	28,2±2,44*	14,5±3,2 ***
ИЛ-8 пг/мл	21,4±7,2	42,4±5,4*	20,4±6,4 ***
Активность лизоцима (%)	10,4±1,4	32,2±1,4 *	10,8±1,2 ***
Активность фагоцитоза(%)	31,3±2,4	40,7±2,4*	22,4±4,1***
Фагоцитарный индекс	3,8±0,15	4,2±0,5 **	2,5±0,24 ***
Индекс завершенности фагоцитоза	1,0±0,25	2,2±0,15 **	1,4±0,22***
ЦИК (ед.)	34,2±1,8	64,5±2,48*	34,1±1,42 ***

Примечание. \*  $p < 0,005$  достоверная разница в группах сравнения, \*\*  $p > 0,005$  близко к достоверному, \*\*\*  $p > 0,005$  не достоверная разница в группах сравнения.

### Заключение

В результате введения в комплексную терапию нового препарата, обладающего более выраженными иммуномодулирующими свойствами, а также нейропротекторным действием, получен статистически достоверный клинико-лабораторный эффект. Предложенная методика лечения больных детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями, вызванными вирусом простого герпеса 1-го типа, привела к статистически достоверному уменьшению выраженности нейротоксикоза, длительности пребывания на койке, активации собственной резистентности организма, что позволило сократить длительность противовирусной терапии, ограничить применение антибиотиков для профилактики бактериальных осложнений и в дальнейшем привело к снижению частоты рецидивов.

Предлагаемая лекарственная форма препарата в различных дозировках удобна особенно для использования в педиатрической практике. Побочные действия при использовании предлагаемого лекарственного препарата в суппозиториях не отмечены. Использование Виферона и способа лечения позволят повысить эффективность лечения и профилактики у детей инспекционных за-

болеваний, вызванных ВПГ 1-го типа, что делает препарат физиологичным, безопасным лекарственным средством, обладающим выраженным полифункциональным действием: иммунокорректирующим, антимикробным, нейропротекторным, антиоксидантным.

### Список литературы

1. Лобзин Ю.В. Проблемы детских инфекций на современном этапе // Инфекционные болезни. – 2009; 2: 7-12.
2. Рябчук Ф.Н., Александрова В.Л., Пирогова З.И. Персистирующие инфекции у детей младшего и старшего возраста. – СПб.: Спецлит, 2009; 102.
3. Лавров В.Ф., Ковальчук Л.В., Ганковская Л.В., Баркевич О.А., Кузин С.Н. Естественный иммунитет и герпетическая инфекция // Вопросы вирусологии. – 2006; 3: 4-9.
4. Кравченко Л.В. Оптимизация терапии герпетической инфекции 1-го и 2-го типов у грудных детей // Педиатрия 2012; 91: 1: 57-62.
5. Дидковский Н.А., Зуйков И.А., Малашенкова И.К., Танасова А.Н., Щепеткова И.Н. Герпесвирусная инфекция: клиническое значение и принципы терапии // РМЖ. – 2004; 12: 7: 459-465.
6. Касохов Т.Б., Дзгоева И.С., Плиева О.А. и др. Лизоцим в новой лекарственной форме в суппозиториях в комплексном лечении новорожденных доношенных детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями // Владикавказский медико-биологический вестник. – 2012; 146: 54-57.
7. Патент РФ №2521272, МПК 7 А61К 9/02, А61К 38/21, А61К 38/46, А61К 38/05, А61К 31/355, А61К 31/205, А61К 47/44, А61Р 31/22, опубл. 27.06.2014 г.

УДК 616.248: 616-053.4

## ИММУННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

**Касохова В.В.**

*ГБОУ ВПО СОГМА Минздрава России, Владикавказ, e-mail: kasohov@mail.ru*

В обзоре освещены актуальные вопросы патогенеза бронхиальной астмы у детей, роли неблагоприятных факторов окружающей среды в возникновении и течении этой нозологии. Изложены результаты исследований по изучению иммунных механизмов, имеющих решающую роль в патогенезе. Обзор содержит современные сведения о роли цитокинов в патогенезе бронхиальной астмы с акцентом на практическое использование параметров цитокинового статуса для обоснования тактики терапии. Приведены данные о практическом опыте применения иммуномодуляторов различных групп в терапии бронхиальной астмы у детей.

**Ключевые слова:** бронхиальная астма, дети, иммунный статус, цитокины, иммунотерапия, деринат

## IMMUNE DEFICIENCY OF CHILDREN WHICH ARE LIVING IN AREAS OF ECOLOGICAL TROUBLE AND TREATMENTS

**Kasohova V.V.**

*North-Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz, e-mail: kasohov@mail.ru*

Actual questions of pathogenesis of bronchial asthma in children, the role of adverse environmental factors in the occurrence and progression of this disease were presented in the review. The results of researches on studying of the immune mechanisms, have a crucial role in the pathogenesis are stated. The review contains current information about the role of cytokines in the pathogenesis of bronchial asthma with an emphasis on the practical use of the parameters of the cytokine status to justify tactics of therapy. Presents data on the practical experience of application of immunomodulators of various groups in the therapy of bronchial asthma in children.

**Keywords:** bronchial asthma, children, immune status, cytokines, immunotherapy, derinat

Бронхиальная астма (БА) является серьезной глобальной проблемой. Люди всех возрастов во всем мире страдают этим хроническим заболеванием дыхательных путей, которое при недостаточном эффективном лечении может значительно ограничивать повседневную жизнь пациентов и даже приводить к смерти [7].

В большинстве стран распространенность БА возрастает, особенно среди детей. На сегодняшний день в России ею страдает от 2% до 18% обследованных детей [8]. Причиной роста заболеваемости БА является изменение образа жизни: рост числа матерей, которые курят во время беременности, изменение характера питания женщин, искусственное сохранение беременности, наличие микроэлементозов и дефицит витаминов и др. [9].

Кроме того, сочетанное воздействие на организм человека разнообразных факторов загрязнения окружающей среды (отходы промышленного производства, неблагоприятные социальные условия, рост потребления различных лекарственных препаратов, интенсивное использование средств дезинфекции в быту и на производстве) создает условия для высоких аллергенных нагрузок. Доказано, что в экологически неблагоприятных регионах распространенность бронхиальной астмы среди детского населения

в 1,8 раза превышает таковую у детей, проживающих в сравнительно благополучных в экологическом отношении районах [8].

В основе развития БА лежат иммунологические механизмы, среди которых доминирует немедленный, реактинзависимый тип аллергических реакций. При этом антигенные детерминанты различных аллергенов потенцируют развитие пролиферативного ответа с выработкой специфических реактинов, что приводит к запуску каскада реакций гиперчувствительности I типа по классификации Gell и Coombs. Необходимо отметить, что наряду с IgE-антителами в аллергических реакциях I типа могут участвовать IgG4-антитела. При этом варианте иммунного ответа отмечается преимущественное поражение альвеолярного отдела легких.

Множество отечественных и зарубежных работ в последнее время посвящено изучению различных аспектов патогенеза БА. Наиболее актуальным на сегодняшний день является изучение цитокинового профиля у пациентов с бронхиальной астмой.

Цитокины – секретируемые гликозилированные полипептиды, регулирующие и определяющие природу иммунных ответов. Чрезвычайно важной функцией цитокинов, благодаря которой они играют важную роль в патогенезе БА у детей, является регуляция воспаления [9].

Согласно мнению ряда авторов, при воздействии специфических антигенов в тканях происходит дифференцировка Т хелперов на 2 субпопуляции – Т хелперы I и II типов (Th-1 и Th-2 соответственно), различающихся по антигенам главного комплекса гистосовместимости и продуцируемым цитокинам. Th-1 секретируют преимущественно интерлейкин-1 (ИЛ-1), интерлейкин-2 (ИЛ-2),  $\gamma$ -интерферон (ИФН- $\gamma$ ), факторы некроза опухоли  $\alpha$  и  $\beta$  (TNF- $\alpha$ , TNF- $\beta$ ), принимающие участие в росте и дифференцировке Т и В лимфоцитов, естественных киллеров, противовирусной и антибактериальной защите. Th-2 синтезируют ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-10, вызывающие преимущественно гуморальные реакции. Th1 клетки, продуцирующие в основном ИЛ-2 и ИФН- $\gamma$ , определяются у здоровых людей, тогда как Th2 тип хелперов, продуцирующие ИЛ-4 и ИЛ-5, выявляются у больных atopическими заболеваниями [10].

Иммунная система больных бронхиальной астмой характеризуется снижением количества Т-лимфоцитов, обладающих супрессорной активностью, Th2 типом иммунного ответа, дисрегуляцией цитокинового каскада, активацией эозинофилов и нарушением нейрогенной и эндокринной регуляции. Первичное воспаление БА состоит в аккумуляции CD4+ хелперов 2 типа и эозинофилов в слизистой верхних дыхательных путей. Th2-клетки управляют астматическим воспалением через секрецию серии цитокинов, особенно ИЛ-4, ИЛ-5, ИЛ-9, ИЛ-13. У детей с бронхиальной астмой обычно отмечается функциональная несостоятельность Th1-клеточной системы, сниженный синтез ИФН- $\gamma$  на фоне гиперпродукции ИЛ-4 и ИЛ-10 [13].

Таким образом, в изложенном материале прослеживается важная роль цитокинов в патогенезе бронхиальной астмы у детей. Однако, данные об участии отдельных цитокинов в развитии БА весьма противоречивы.

Несмотря на значительный прогресс в медикаментозной терапии, число пациентов с тяжелым течением БА неуклонно растет, что диктует необходимость разработки и предложения к применению новых методов диагностики и лечения болезни [1,2].

Исходя из цели настоящего исследования, нами были проанализированы сведения, касающиеся использования иммуномодуляторов для лечения БА у детей.

С учетом иммунологических нарушений при БА, одним из направлений в терапии является применение препаратов, снижающих активность Th2 – и повышающих активность Th1-системы. К сожалению, в настоящее время не разработаны иммуно-

модуляторы с доказанной селективной способностью изменять баланс Th1/Th2-клеток в указанном направлении [11].

Тем не менее, иммуномодулирующие средства нашли свою нишу в терапии бронхиальной астмы у детей. Для лечения БА используются различные иммуномодуляторы. Так, в исследованиях, проведенных Балаболкиным И.И. и соавт. (2012) на фоне терапии ИРС-19 было выявлено снижение в 2 раза частоты и длительности интеркуррентных острых респираторных вирусных инфекций, а обострений бронхиальной астмы – в 1,3 раза. Применение Бронхомунала способствовало клиническому улучшению в 68% наблюдений. Иммуномодулирующий эффект бронхомунала проявлялся в увеличении уровня ИФН- $\gamma$ , снижении содержания IgE и циркулирующих иммунных комплексов в крови.

К лекарственным средствам, обладающим выраженными иммуномодулирующими свойствами, относятся препараты ИФН и индукторов ИФН (амиксин). В терапевтических дозах ИФН стимулируют иммунный ответ путем повышения активности естественных киллеров, макрофагов, Т-лимфоцитов [12].

Перспективным лекарственным средством из подгруппы низкомолекулярных иммуномодуляторов является галавит. Его основные эффекты обусловлены способностью воздействовать на функционально-метаболическую активность макрофагов. При терапии галавитом детей с бронхиальной астмой у 80% больных снижались частота обострений бронхиальной астмы в 1,4 раза [1].

Полиоксидоний обладает широким спектром фармакологического действия (иммуномодулирующий, антиоксидантный, детоксицирующий и мембранопротективный эффекты) [6]. При применении полиоксидония у детей с бронхиальной астмой отмечалось снижение частоты ОРВИ и обострений основного заболевания.

Таким образом, применение иммуномодуляторов у детей в комплексной терапии позволяет уменьшить количество обострений бронхиальной астмы, удлиняет период ее ремиссии, сокращает частоту ОРВИ, позитивно влияет на иммунный ответ [1,2]. Однако, в отсутствие иммуномодуляторов с доказанной селективной способностью и неуклонный рост число больных страдающих бронхиальной астмой, диктуют необходимость продолжить изучение эффективности применения иммуномодуляторов в комплексном лечении бронхиальной астмы у детей.

В связи с этим представляют интерес данные о применении иммуномодулятора Деринат.

Деринат – лекарственное средство, относящееся к группе полимерных иммуномодуляторов природного происхождения, полученное из молок осетровых рыб. Деринат обладает антиоксидантным и мембрано-стабилизирующим свойствами. Иммуномодулирующие действия дерината проявляются в увеличении количества лимфоцитов Т-лимфоцитов; в восстановлении бактерицидной активности лейкоцитов; в воздействии на гуморальные факторы (активация комплимента, увеличение количества общих и активированных В-лимфоцитов); в воздействии на фагоцитоз.

На сегодняшний день Деринат уже нашел свое применение в различных областях современной медицины: в гематологии, гастроэнтерологии, кардиологии, в ЛОР-практике, пульмонологии (при лечении туберкулеза, хронических obstructивных бронхитов, в группе часто болеющих детей) [4, 6].

По данным Каплиной Э.Н. (2009), при аллергических заболеваниях Деринат повышает активность Th-1 клеток и понижает активность Th-2 клеток – ответственных за гуморальный иммунитет. На этом основании можно предположить высокую эффективность применения отечественного иммуномодулирующего препарата «Деринат» в комплексной терапии бронхиальной астмы у детей.

В заключение необходимо отметить, что, несмотря на огромное внимание медиков к проблеме бронхиальной астмы у детей, это заболевание до сих пор остается одним из наиболее распространенных аллергических заболеваний в детском возрасте. Для разработки методов адекватной терапии необходимо продолжить детальное изучение патогенеза бронхиальной астмы, включая исследование системы цитокинов. Понимание патогенетических основ бронхиальной астмы позволяет расширить комплекс современных методов терапии, неотъемлемым компонентом которого является иммунотерапия. Применение отечественного препарата «Деринат», зарекомендовавшего себя в различных областях медицины как эффективное иммуномодулирующее средство, позволяет предположить

эффективность его использования в составе комплексной терапии бронхиальной астмы у детей на современном этапе.

#### Список литературы

1. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации // Педиатрия. – 2012. – № 3. – С.9-14.
2. Геппе Н. А. Ингаляционная небулайзерная терапия заболеваний респираторной системы у детей: Практическое руководство для врачей. – М., 2008. – 82 с.
3. Дыбунова Е.Л., Модестов А.А. Влияние экологических факторов на распространенность и течение аллергических заболеваний у детей // Новые технологии в современном здравоохранении. – М., 2007. Т. 1. – С.191-194.
4. Каплина Э.Н. Иммунитет. Точка приложения Дерината // Новая аптека. – 2009. – № 1. – С.56-57.
5. Лусс Л.В. Иммунологические аспекты в комплексном лечении и профилактике гриппа и ОРВИ // Поликлиника. – 2012. – № 5. – С.54-57.
6. Касохов Т.Б., Кайтмазова Н.К. Применение дерината в лечении рецидивирующего бронхита у детей // Аллергология и иммунология. – М., 2007. – С. 245-246.
7. Касохов Т.Б., Албегова Ж.К., Цораева З.А. Показатели чувствительности интерферонного статуса различных возрастных групп детей к хлориду никеля и молибдату аммония // Вестник новых медицинских технологий. – 2010. – Т XVII; №1. – С.187-188.
8. Касохов Т.Б., Цаболова З.Т. Показатели иммунного статуса у населения республики, проживающих в условиях экологического неблагополучия // Вестник МАНЭБ. – Владикавказ, 2010. – С.140-143.
9. Касохов Т.Б., Цораева З.А., Фидарова А.М., Шляйхер А.Н. Влияние неблагоприятных факторов окружающей среды на состояние иммунной системы у детей с бронхиальной астмой и методы совершенствования тактики лечения // Владикавказский медико-биологический вестник. – 2013. – Т 16, вып. 24. – С. 93-97.
10. Никонова М.Ф., Донецкова А.Д., Сидорович О.И., Лусс Л.В., Ярилин А.А. Особенности экспрессии генов транскрипционных факторов, контролирующих дифференцировку адаптивных субпопуляций CD4<sup>+</sup>-Т-лимфоцитов при аллергии // Иммунология. – 2011. – № 4. – С.189-191.
11. Хаитов М.Р., Крючков Н.А., Башкатова Ю.Н. Биологические модели IgE-зависимой бронхиальной астмы: методологические особенности и перспективы применения // Вестник Российской Академии медицинских наук. – 2010. – № 7. – С.22-28.
12. Цой А.Н., Архипов В.В. Бронхиальная астма: новые решения. – М.: Мед. информ. агентство, 2007. – 320 с.
13. Akbari O., Faul J.L., Hoyte E.G., Berry E.J., Wahlstrom J., Kronenberg M., DeKruyff R.H., Umetsu D.T. CD4<sup>+</sup> Invariant T-Cell-Receptor<sup>+</sup> Natural Killer T Cells in Bronchial Asthma // N Engl J Med 2006; 354:1117-29.
14. Sorkness C.A., Lemanske R.F.Jr., Mauger D.T. et al. Long-term comparison of 3 controller regimens for mild-moderate persistent childhood asthma: the Pediatric Asthma Controller Trial // J. Allergy Clin. Immunol. – 2007. – V. 119. – P. 64–72.

УДК 159.931

**ВИЗУАЛЬНЫЕ ЭРОГЕННЫЕ СТИМУЛЫ****Кочарян Г.С.***Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины, Харьков,  
e-mail: kochargs@rambler.ru*

Представлены данные о воздействии различных визуальных эрогенных стимулов на мужчин и женщин, а также разрабатываемая автором концепция эрогенных сенсорных систем человека и ее терминологический аппарат.

**Ключевые слова:** человек, эрогенные визуальные стимулы, воздействие, эрогенные сенсорные системы, концепция

**EROGENOUS VISUAL STIMULI****Kocharyan G.S.***Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of Ukraine, Kharkiv,  
e-mail: kochargs@rambler.ru*

Data about influences of various visual erogenous stimuli on men and women are submitted. The author's concept of human sensory erogenous systems and its terminological apparatus are presented.

**Keywords:** human, visual erogenous stimuli, impact, erogenous sensory system, concept

В литературе обсуждается влияние стимулов различной модальности на сексуальную сферу человека. Чаще всего обсуждаются влияния, возникающие при воздействии на эрогенные зоны. Однако существуют и стимулы других модальностей, которые оказывают стимулирующее воздействие на сексуальность. Известно, что эрогенное воздействие может быть оказано не только воздействием на кожу или слизистую оболочку, но также через орган зрения, слуха, обоняния и вомероназальный орган, воспринимающий воздействие феромонов. Поэтому мы предлагаем термин «эрогенная сенсорная система» (ЭСС), а также разрабатываемую нами концепцию ЭСС, которая учитывает все вышеизложенные возможности эрогенных воздействий. По нашему мнению, в рамках этой концепции следует говорить о визуальной, аудиальной, ольфакторной, вомероназальной и тактильной ЭСС. Однако этим перечень ЭСС не исчерпывается. Как известно, эрогенным действием обладают эротические/сексуальные представления, фантазии, воспоминания, сновидения. В связи с этим можно говорить и о существовании интрацеребральной ЭСС. Из вышеизложенного следует, что эрогенные зоны являются лишь частью тактильной ЭСС. К понятийному аппарату концепции ЭСС также следует отнести такие термины, как «внутрисистемное взаимодействие» и «межсистемное взаимодействие». Эффекты влияния отдельных эротических стимулов взаимодействуют в пределах одной ЭСС, усиливая или, наоборот, ослабляя суммарный эрогенный эффект. Кроме того, различные ЭСС взаимодействуют между

собой. Поэтому возникает необходимость в использовании еще одного термина – «системно-структурный анализ общего эрогенного эффекта».

Каждая из ЭСС состоит из следующих компонентов: эрогенных стимулов соответствующей модальности, органа, воспринимающего эти стимулы, афферентных проводящих сенсорных путей, передающих стимулы в структуры головного мозга, где происходит обработка полученной информации. В случае интрацеребральной ЭСС имеет место определенная специфика. В данном обзоре мы хотим представить различные данные, свидетельствующие об огромном влиянии зрительных стимулов на сексуальную сферу человека.

Зрительные стимулы способны оказывать выраженное эротизирующее воздействие. В иерархии стимулов они стоят на втором месте после тактильных. Считалось, что визуальные стимулы возбуждают мужчин больше, чем женщин. Это, в частности, подтверждалось исследованиями Kinsey et al. [32, 33], а также данными, приводимыми В. И. Здравомысловым [1], согласно которым 77 женщин из 400 (почти 20%) никогда не видели мужских половых органов. 144 женщины были равнодушны к виду обнаженных мужей, только у 64 это вызывало возбуждение, которое у 16 женщин было сильным. Более того, 66 женщинам вид обнаженного мужа был неприятен, а двум даже противен.

А.М. Свядоц [8, с. 20-21] также отмечает большую реакцию на визуальные эротические стимулы мужчин по сравнению с женщинами. Он сообщает: «Вид привле-

кательных женщин вызывает у мужчин половое возбуждение в 2 раза чаще, чем вид интересных мужчин у женщин. Эротические открытки или рисунки вызывают реакцию у большинства мужчин и лишь у немногих женщин. Вид обнаженных женских половых органов обычно возбуждает мужчину, и наоборот, вид обнаженных мужских половых органов не вызывает эротической реакции у половины женщин, многим из них он даже неприятен и тормозит половое возбуждение».

Обсуждая данные Kinsey et al. [32, 33] по этой проблеме, Р. Крукс и К. Бауэр [5] отмечают, что они отражают несколько социальных влияний: большую культурно-социальную запретность такого поведения для женщин в тот период времени, когда проводилось это исследование, большую возможность мужчин в те времена «войти во вкус» к такого рода стимулам. К этому еще добавляют тот факт, что «многие женщины находят старые порнофильмы и видео, специально сделанные в угоду мужчинам, оскорбительными по духу и жестокими, и поэтому не могут считать их для себя источником сексуального возбуждения» (Striar & Bartlik, 2000)».

Исследования с использованием аппаратов для записи физиологического функционирования, продолжают Р. Крукс и К. Бауэр [5], выявили большое сходство физиологической реакции мужчин и женщин на визуальную эротику (Murnen & Stokton, 1997; Rubinsky et al., 1987). Данные исследований 90-х гг. прошлого столетия свидетельствуют о том, что когда сексуальное возбуждение определяется в результате самоотчетов, а не физиологических устройств, женщины, в отличие от мужчин, менее склонны сообщать о своем сексуальном возбуждении в ответ на визуальную эротику (Koukounas & MacCabe, 1997; Mosher & Maclan, 1994). Объяснить данные результаты, вероятно, можно тем, что они отражают устойчивость культурных влияний. Так, женщины неохотно признают сексуальное возбуждение при просмотре эротических фильмов. Помимо этого, это может быть результатом гораздо более сложного определения женщинами сексуального возбуждения в своем теле по сравнению с мужчинами. Можно говорить и о возможности сочетания этих двух факторов [5].

Г.Д. Уилсон [11], ссылаясь на обзор R.C. Rosen и J.G. Beck [43], также информирует, что при лабораторных исследованиях между мужчинами и женщинами (самоотчеты о возбуждении, изучение физиологических ответов на различные варианты эротических стимулов) были выявлены не-

значительные различия. Несомненно, что если уговорить женщин рассматривать подобные материалы, то они способны возбуждаться изображениями откровенной сексуальной активности, а романтические любовные истории не являются обязательной предпосылкой возбуждения.

В связи с дискуссией вокруг данной проблемы, приведем некоторые данные, которые говорят о некоторых различиях и сходствах в реакции женщин и мужчин на сексуальные зрительные стимульные материалы. Так, отмечается, что внешность мужчины не имеет для женщины первостепенного значения. Однако представление, будто женщины вообще не реагируют на визуальные стимулы, не соответствует истине. Правда, женские реакции слабее мужских: вид обнаженного человека противоположного пола вызывает сексуальное возбуждение у 80% мужчин и лишь у 25% женщин. Но это различие скорее качественное, чем количественное: возбуждение женщин отчасти зависит от наличия у них сексуального опыта, а также от характера стимульных материалов: грубая, примитивная порнография, которая импонирует мужчинам, у многих женщин вызывает нравственный и эстетический протест. Это касается и реакции на обнаженные гениталии: мужчину чаще всего возбуждает вид женских гениталий, а женщину вид мужских – не всегда, особенно если она девушка [2].

Также отмечается, что мужчины больше реагируют на визуальные стимулы и/или порнографию, хотя в настоящее время все меняется. Некоторые женщины теперь чувствуют себя достаточно свободными, чтобы интересоваться сексуально возбуждающими объектами. Двадцать лет назад мог появиться случайный мужчина-стриптизер, но это сочли бы шуткой, рассчитанной на девиц легкого поведения. Сейчас программы, подобные Чиппендэйлзу, собирают огромные аудитории, и многие женщины с удовольствием отмечают, что физически привлекательные мужчины приводят их в восторг [4].

В литературе приводятся и другие данные, свидетельствующие о том, что сексуально откровенные материалы оказывают неоднозначное воздействие на мужчин и женщин. В этой связи Г.Д. Уилсон [11, с. 27–28] сообщает следующее.

1. Мужчины больше, чем женщины, заинтересованы в выискивании и рассмотрении недвусмысленных изображений секса. Женщины обычно отклоняют возможности посмотреть порнографию, за исключением случаев, когда они чувствуют

себя в исключительной безопасности (особенно в компании любимого мужчины).

2. Мужчин больше, чем женщин, привлекает изображение анонимного, механического, анатомического, похотливого и группового секса, особенно сцены, где женщины молоды и подвергаются насилию, унижительному обращению или другим образом используются как чисто сексуальный объект. Для женщин более интересны сцены, ориентированные на романтику, любовные переживания и личные отношения.

3. Визуальная порнография явно интереснее мужчинам; женщин обычно в большей степени привлекает звуковая или письменная информация (особенно детальные описания участников и их взаимоотношений). Вероятно, это отражает обычно большую зрительно-пространственную ориентацию мужчин по сравнению с предпочтительно вербально-семантическим восприятием женщин [27].

Как считает D. Symons [50], основное различие между полами заключается в степени заинтересованности порнографией, готовности смотреть ее и в отношении к ней. Подчеркивается, что данные лабораторных исследований с участием волонтеров интерпретировать трудно, так как добровольцы-женщины обычно сами ищут эту возможность и поэтому меньше, чем мужчины, характеризуют свой пол в целом. Выражается уверенность, что большинство женщин предпочтет чтение любовной романтики просмотру порнографии. При этом отмечается, что они испытывают отвращение к определенным типам порнографии, даже если последние имеют свойство возбуждать их при просмотре. В качестве примера называют изображение насильственного секса, приводящего к оргазму.

Также отмечается, что существуют серьезные различия при выборе сексуального партнера между лесбиянками и гетеросексуальными женщинами. В частности, визуальные сексуальные стимулы гораздо важнее для «розовых», в отличие от женщин-гетеросексуалов, «которые по старинке «любят ушами». Некоторые исследования также свидетельствуют, что лесбиянки придают меньше значения некоторым особенностям внешности, например, они меньше разделяют стандарты худобы, бытующие в обществе, и чаще отдают предпочтение людям с более полной фигурой [2].

Мы всегда с осторожностью относимся к резким изменениям в оценках того или иного явления. Поэтому сейчас мы лишь приводим взгляды различных авторов по этой проблеме. Даже если меньшая реакция на эротические визуальные стимулы

женщин по сравнению с мужчинами объясняется сугубо культуральными факторами, то этим ни в коем случае нельзя пренебрегать. Более того, возникает вопрос «Если женщины также реагируют на зрительные стимулы, как и мужчины, то почему, в отличие от них, в большинстве случаев даже женщины, длительно состоящие в браке, для достижения готовности к половому акту нуждаются в проведении предварительного периода?». Последний фактор, кстати, имеет отношение к физиологии (биологии). По нашему мнению, попытки полностью отрицать биологическое влияние пола человека на его реакции на эротические/сексуальные стимулы являются малоперспективными и в конечном счете бесплодными.

Интерес представляют и сведения, которые свидетельствуют о том, как на мужчин и женщин эротически воздействуют части тела партнера противоположного пола.

Профессор психологии из Северной Каролины R.M. Montoya (Р.М. Монтойя) [40] изучил значимость различных частей тела (и не только) для физической привлекательности партнера. В частности, он хотел определить, какие части тела являются наиболее важными для мужчин и женщин при выборе партнера противоположного пола. Он составил список из 21 пунктов как для мужчин, так и для женщин (см. ниже). Только один из указанных признаков не относился к зрительной системе восприятия (голос).

Автор отмечает, что эмпирические и кросс-культурные исследования показывают, что некоторые части тела особенно важны для прогнозирования здоровья. В серии знаковых этнографических исследований, направленных на понимание сексуального поведения человека, он называет исследования Ford и Beach (Форд и Бич) [22], которые утверждали, что в разных культурах люди во всем мире отдают предпочтение здоровому виду глаз, губ, кожи и лица. При этом речь идет о полных губах. Авторы утверждают, что эти ориентиры позволяют предсказывать здоровье человека.

C.S. Ford, F.A. Beach, [22] не одиноки в своем мнении, что глаза, губы и кожа – критические предикторы (прогностические факторы) состояния здоровья. Исследования флюктуаций лицевой асимметрии также свидетельствуют о связи между здоровьем и состоянием глаз, губ и кожи. A.P. Moller et al. [39] выявили, что у разных видов более выраженная лицевая асимметрия связана с уменьшением выживаемости и числа потомков.

R.M. Montoya [40], ссылаясь на литературные данные, сообщает, что некоторые проблемы со здоровьем оказывают негатив-

ное воздействие на лицевую симметрию, а также на глаза, губы и кожу [38, 52]. Так, паразитарные инвазии влияют на качество кожи и цвет лица. [25], а экстремальные температуры и загрязняющие вещества влияют на внешний вид и функции глаз, губ и кожи [41].

Опираясь на данные других авторов, R.M. Montoya [40] также отмечает, что проблемы, с которыми сталкиваются женщины в процессе эволюции, – необходимость найти партнера, который бы смог защитить ее и ее детей от хищников и обеспечить их ресурсами [16, 18].

Предполагалось, что разные части тела могут способствовать решению этих задач. Предикторами способности мужчины обеспечить свою партнершу и ее потомство является рост и телосложение [28]. Согласно A. Mazur et al. [37], рост обеспечивает физическое преимущество в физической конфронтации с противниками. Рост также связан с двумя другими факторами, важными для успеха при физических конфронтациях, а именно, мышечной массой и силой [29]. Как и следовало ожидать, американские женщины предпочитают высоких, физически крепких, спортивных мужчин [17, 31].

Другой фактор, продолжает R.M. Montoya [40], который положительно влияет на способность мужчины обеспечить свою партнершу и ее потомство – прочность/крепость верхней части тела. Женщины демонстрируют явное предпочтение «V-форме» телосложения у мужчин [34, 54].

S.M. Renzetter, D.J. Curran [42] предполагают, что крепость верхней части тела является адаптивной при противостоянии и защите от крупной добычи. Они утверждают, что части тела, которые лучше всего прогнозируют способность защищаться от хищников – руки, грудная клетка и плечи.

Продолжая обсуждение данной проблемы, R.M. Montoya [40] отмечает, что мужчины придают большое значение трех предикторам женского тела – молодости, здоровью и фертильности (плодовитости) [51]. Так как физические сигналы предоставляют важные наблюдаемые доказательства репродуктивной способности женщин, мужчины-предки развили предпочтение по отношению к тем из них, которые «сообщают» эти сигналы. Мужчины, которые не проявляли предпочтения этим атрибутам, оставляли бы меньше потомства, чем те, кто это делал. В результате мужчины предпочитают те части тела женщины, которые лучше всего отражают ее репродуктивные способности [15, 26, 36, 50].

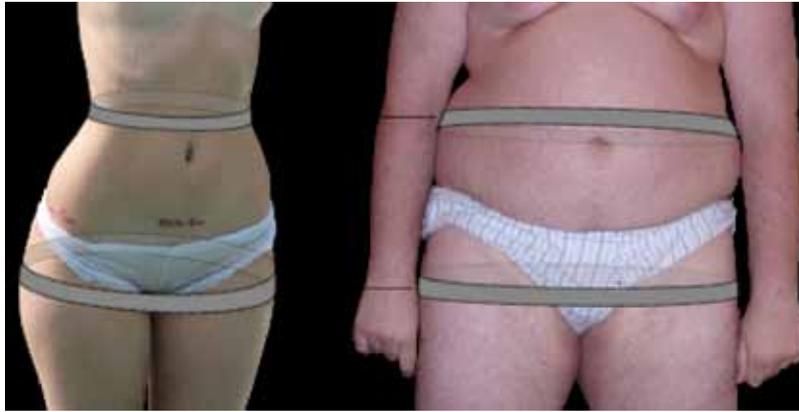
Эмпирические данные свидетельствуют о том, что некоторые конкретные части тела

являются прогностическими признаками репродуктивного потенциала. R.M. Montoya [40] сообщает, что D. Singh и R.K. Young [48] утверждали о наличии прямой связи между фертильностью женщины и ее ягодицами и бедрами. На первом этапе они обследовали студентов мужского пола, которые определяли рейтинг женских фигур (по восприятию их возраста, привлекательности, состоянию здоровья и желательности для краткосрочных и долгосрочных отношений), отличающихся по массе тела, соотношению талии к бедрам (a waist-to-hip ratio; WHR) и размеру груди. (WHR является частным от деления окружности талии на окружность бедер. – Примечание автора.) Женские фигуры со стройными телами, низкими показателями WHR и большой грудью были оценены как наиболее привлекательные и женственные, здоровые и желательные для случайных и долгосрочных романтических отношений. На втором этапе ранжировались женские фигуры с аналогичными массами тела и отношениями талии к бедрам, но отличающиеся шириной бедер и размерами груди. В результате женские фигуры с большой грудью и узкими бедрами были оценены как наиболее молодые, привлекательные и желательные для случайных и долгосрочных романтических отношений. Кажется, что большие размеры тела, высокое значение WHR и широкие бедра обуславливают восприятие женской фигуры как выглядящей старше, непривлекательнее и являющейся менее желательной для романтических отношений. Авторы сообщают, что предположение, согласно которому только физические особенности, сигнализирующие о фертильности женщин, воспринимаются мужчинами как привлекательные и предпочитаемые, побудило многих исследователей к изучению роли груди, ягодиц, ширины таза (бедер), общего количества жира и его распределения по телу, а также WHR в определении привлекательности женщин, а также к рассуждениям на эту тему. Определять WHR рекомендуют следующим образом (см. рис. 1).

Эволюционный психолог Девендра Сингх (D. Singh) [44], профессор психологии университета штата Техас, сообщил, что у мужчин, также как и у самцов других видов, в ходе эволюции должно было закрепиться предпочтение женщин с такими внешними данными, которые ассоциируются с высокой плодовитостью. Один из весьма надежных показателей женского здоровья и фертильности – это WHR. Биометрические исследования показали, что данный показатель достоверно свидетельствует о репродуктивном статусе и репродуктив-

ных возможностях женщины, а также о состоянии ее здоровья. Типичные показатели WHR колеблются у женщин от 0,67 до 0,80, а у мужчин – от 0,80 до 0,95 [46]

Такие результаты были справедливы не только для мужчин студенческого возраста, но и для представителей мужского пола в возрасте от 25 до 63 лет, представителей



*Рис. 1. Определение WHR. У худого человека (левая часть рисунка) талия может быть измерена в самом узком месте, в то время как у человека с полной талией (правая часть рисунка) она может быть измерена приблизительно на один дюйм [14] выше пупка. Окружность бедер измеряется на уровне самой широкой части ягодиц (левая часть рисунка), и на уровне больших troхантеров (правая часть рисунка)*

Также отмечается, что при определении WHR талию измеряют в самой узкой части между ребрами и подвздошным гребнем, бедра – на уровне максимального выступа ягодиц. WHR представляет собой именно соотношение этих размеров [по 7].

То, что WHR является хорошим показателем здоровья и фертильности женщины, также объясняет такое сильное различие между WHR у мужчин и женщин. В серии наблюдений D. Singh нашел очевидные доказательства того, что мужчины стабильно отдают предпочтение женщинам, чье WHR лежит в определенных пределах. Победительницы конкурса «Мисс Америка» в 1923-1987 гг. имели WHR, равный 0,72-0,69 [44]. У девушек с обложек «Playboy» в 1955-1965 гг. и в 1976-1990 гг. значения WHR в течение всех этих лет находились в пределах 0,68-0,71. Как среди девушек с обложек, так и среди победительниц конкурсов красоты с годами отмечалась тенденция к большей стройности, но WHR оставалось примерно на том же уровне. Даже у знаменитой модели Твигги, чье имя стало синонимом тонкой фигуры, WHR было равно 0,73. В исследованиях, где мужчин просили оценить привлекательность серии схематических рисунков женских фигур, они, как правило, называли лучшей фигуру, соответствующую нормальному весу с WHR=0,70 [44].

разных профессий, мужчин с различным уровнем дохода и жизненным опытом. Афроамериканцы и индонезийцы, которым предъявляли подобные рисунки, имели сходные предпочтения [45, 47]. Хотя практически во всех исследованиях средним предпочитаемым выбором была фигура с нормальным весом и WHR=0,70, в ряде случаев фигуры с таким значением WHR выбирались из категорий женщин с повышенным или пониженным весом (см. рис. 2).

О том, что WHR является важным атрибутом женской привлекательности свидетельствуют и результаты исследований других авторов [24, 30].

До начала пубертатного периода у мальчиков и девочек WHR имеет очень сходные значения. После наступления пубертата половые гормоны обуславливают различия в местах преимущественного отложения жира у мужчин и женщин [44, 47]. Действие тестостерона у мужчин вызывает накопление жира в области живота и подавляет его накопление в области бедер и ягодиц. У женщин за счет действия эстрогена накопление жира в области живота подавляется, а в области бедер и ягодиц – стимулируется. Мужской тип жира, называемый «андроидным», легко мобилизуется на покрытие затрат и исчезает при регулярных физических нагрузках.

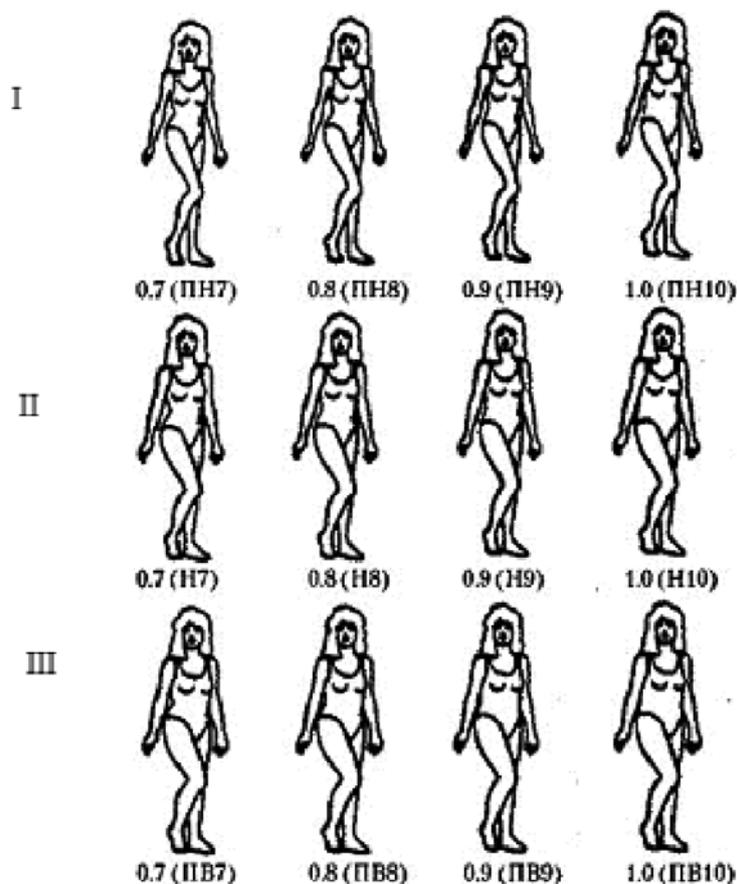


Рис. 2. Схематические фигуры, изображающие три весовые категории: пониженный вес (I), нормальный вес (II) и повышенный вес (III). Под каждой фигурой указан WHR и буквы «пн», «н» или «пв», обозначающие весовую категорию. (Перепечатано из «The adaptive significance of female physical attractiveness: Role of waist-to-hip ratio» by D. Singh, из *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, Fig. 2, p. 298. (c) 1993 by American Psychological Association; используется с разрешения Американской психологической ассоциации по [7])

Женский тип жира, получивший название «гиноидный жир», резистентен к мобилизации, что «подогревает» бурное развитие диет и комплексов упражнений для женщин. Гиноидный жир возник как энергетический резерв для беременности и года последующей лактации. Поскольку ребенок должен постоянно получать питательные вещества, а для наших предков типичным было чередование голодных и сытых периодов, запасы гиноидного жира стали «аварийным» источником энергии, что помогало справляться с данной проблемой. Оказывается, женщины не могут достичь полового созревания, пока не накопят около 14 кг гиноидного жира. Более того, если запасы этого жира у взрослой женщины снизятся и станут меньше 14 кг, у нее прекратятся овуляции.

Существуют изолированные культурные группы, в которых источники питания скудны или в лучшем случае непостоянны. Здесь предпочитают массивных женщин и в целом игнорируют WHR. Это справедливо для бедного земледельческого племени Матсигенка в Перу (Yu & Shepard, 1998) и народа хадза, живущего в Танзании и промысляющего собирательством (Wetsman & Marlowe, 1999). Эти находки подтверждают версию, что предпочтения фигур, подобно другим врожденным предрасположенностям, модифицируются у определенных групп людей. В условиях голода показатель WHR=0,7 также свидетельствует о большей фертильности, чем WHR=0,9, но вес в данном случае важнее. Если голод является постоянной угрозой, предпочтение всегда будет отдаваться самым полным женщинам

репродуктивного возраста. Когда умеренное количество еды доступно постоянно и нет угрозы голода, при оценке женской фигуры, наряду с весом тела, начинает учитываться WHR. Достоверность оценки женской фигуры при помощи WHR, продемонстрированная на примере подавляющего большинства прошедших тест мужчин, может указывать на достаточное в целом количество еды. Если нет проблем с едой, то наиболее надежным внешним признаком фертильности является WHR. Безусловно, для проверки этой гипотезы необходимо провести еще больше кросс-культурных исследований и разделить возникшие в ходе эволюции предпосылки, онтогенетические факторы и индивидуальный/культурный опыт [7].

Д. Сингх (D. Singh, 1995) определял и WHR, предпочитаемое женщинами. Он выявил, что женщины обычно предпочитают мужчин с WHR = 0,90, имеющих вес, находящийся в пределах нормы. Чтобы сравнить относительную важность дохода и физической привлекательности при выборе женщиной полового партнера, рисунки мужских фигур сопровождалась информацией о доходе и социальном положении (D. Singh, 1995). При изучении взаимного влияния физической привлекательности и финансового статуса выяснилось, что эти два фактора практически равны по значимости. Женщины могут предпочитать мужчин с WHR между 0,90 и 1,00, так как это – показатель хорошего здоровья. Женщины хотят иметь полового партнера, который был бы не только обеспеченным, но и обладал бы признаками хорошего здоровья, потому что они желают врожденной предрасположенности своих детей к хорошему здоровью, а кроме того, хотят иметь добытчика, который останется таковым, а не заболевает и не умрет [7].

Приведем соотношение объемов талии и бедер у некоторых реальных и идеальных женщин по [3] (см. табл. 1).

В мае 2007 г. R.M. Montoya [40] собрал группу из 138 чел. – студентов Университета Северной Каролины (56 лиц мужского пола и 82 – женского), которые приняли участие в исследовании. Все участники были гетеросексуальны, а их возраст находился в диапазоне от 18 до 28 лет ( $M = 19,40$ ,  $SD = 2,43$ ). Каждый из участников получил список, содержащий названия частей тела. В список также были включены масса тела, мышечный тонус, мышечная масса и голос. Каждый из 21 признака оценивался в соответствии со следующей 5-ти бальной шкалой: 1 – нет мнения (no opinion), 2-3 – слегка соблазнительный (slightly desirable), 3-4 – отчасти соблазнительный (somewhat desirable), 5 – очень соблазнительный (very desirable). Перед оценкой названных признаков давалась следующая инструкция: «Пожалуйста, обратите внимание на каждый пункт следующего списка очень тщательно. Насколько желательно для вас иметь идеальную версию частей тела, перечисленных ниже, присутствующих у вашего идеального партнера?».

Список состоял из следующих элементов: руки, ягодицы, грудная клетка (грудь), подбородок, состояние (цвет) кожи лица, глаза, ноги, мышечная масса, мышечный тонус, кисти рук, рост, бедра, стопы, губы, плечи, живот, кожа, зубы, голос и масса тела.

Рейтинг указанных элементов по пятибалльной системе, имеющим отношение к женщинам, для мужчин оказался следующим (указан в порядке уменьшения):

1. Груды (Breasts) – 4,13
2. Ягодицы (Buttocks) – 4,09
3. Ноги (Legs) – 4,04
4. Вес (Weight) – 4,00
5. Бедра (Hips) – 3,98
6. Зубы (Teeth) – 3,87
7. Глаза (Eyes) – 3,77
8. Состояние (цвет) кожи лица – 3,68
9. Кожа (Skin) – 3,64

**Таблица 1**

Соотношение талии и бедер у некоторых реальных и идеальных женщин по [3]

Реальные и идеальные женщины	WHR
Венера Милосская	0,7
«Обнаженная» Рубенса	0,7
Кукла Барби	0,7
Леди Диана	0,7 (61/87)
Джейн Рассел	0,68 (63/92)
Деми Мур	0,72 (66/91)
Урсула Лидере	0,68 (60/87,5)
Синди Кроуфорд	0,69 (58/84)
Клаудиа Шиффер	0,67 (62/92)
Мерилин Монро	0,61 (56/91,5)
Брижит Бардо	0,66 (58,5/89)

10. Живот (Stomach) – 3,62
11. Голос (Voice) – 3,61
12. Губы (Lips) – 3,60
13. Рост (Height) – 3,54
14. Мышечный тонус (Muscle tone) – 3,53
15. Кисти (Hands) – 3,32
16. Мышечная масса (Muscle size) – 3,29
17. Стопы (Feet) – 3,02
18. Шея (Neck) – 2,95
19. Руки (Arms\*) – 2,95
20. Плечи (Shoulders) – 2,82
21. Лодыжки (Ankles) – 2,70

\*Примечание. arms (англ.) – часть руки от плеча до запястья, не включая кисть руки.

Рейтинг указанных элементов по пяти-балльной системе, имеющим отношение к мужчинам, для женщин оказался следующим (указан в порядке уменьшения):

1. Мышечный тонус (Muscle Tone) – 3,87
2. Зубы (Teeth) – 3,84
3. Грудная клетка (Chest) – 3,84

4. Кожа (Skin) – 3,79
5. Рост (Height) – 3,78
6. Глаза (Eyes) – 3,78
7. Вес (Weight) – 3,78
8. Мышечная масса (Muscle size) – 3,73
9. Ягодицы (Buttocks) – 3,68
10. Состояние (цвет) кожи лица – 3,60
11. Губы (Lips) – 3,44
12. Живот (Abdomen) – 3,46
13. Руки (Arms) – 3,43
14. Голос (Voice) – 3,37
15. Кисти рук (Hands) – 3,34
16. Ноги (Legs) – 3,27
17. Плечи (Shoulders) – 3,23
18. Бедра (Hips) – 2,76
19. Шея (Neck) – 2,71
20. Стопы (Feet) – 2,65
21. Лодыжки (Ankles) – 2,28

Сводная таблица сексуальной привлекательности мужчин и женщин друг для друга представлена ниже.

Таблица 2

Preferences for Body Parts by Sex  
(Предпочтения частей тела в зависимости от пола) [40]

Body Part	Male Rank	Male participants		Female Rank	Female participants		Gender r(136)	Difference P
		M	SD		M	SD		
Chest	1	4.13	1.01	3	3.84	0.83	1.79	.07
Buttocks	2	4.09	0.95	9	3.68	0.95	2.45	<.05*
Legs	3	4.04	1.00	16	3.27	1.03	4.33	<.05*
Weight	4	4.00	0.95	7	3.78	0.84	1.42	.15
Hips	5	3.98	0.90	18	2.76	1.24	6.32	<.05*
Teeth	6	3.87	0.88	2	3.84	0.96	0.19	.84
Eyes	7	3.77	1.22	6	3.78	1.24	-0.05	.95
Facial	8	3.68	1.06	10	3.60	0.98	0.46	.64
Complexion								
Skin	9	3.64	1.12	4	3.79	0.84	-0.92	.35
Abdomen	10	3.62	1.14	12	3.46	1.06	0.80	.42
Voice	11	3.61	1.03	14	3.37	1.00	1.33	.18
Lips	12	3.60	0.97	11	3.44	1.06	0.89	.37
Height	13	3.54	1.00	5	3.78	0.93	-1.45	.14
Muscle tone	14	3.53	1.05	1	3.87	0.79	-2.14	<.05*
Hands	15	3.32	1.20	15	3.34	1.09	-0.10	.91
Muscle development	16	3.29	1.06	8	3.73	0.84	-2.68	<.05*
Feet	17	3.02	1.02	20	2.65	1.21	1.87	.06
Neck	18	2.95	1.11	19	2.71	1.10	1.23	.22
Arms	19	2.95	0.99	13	3.43	1.03	-2.73	<.05*
Shoulders	20	2.82	1.01	17	3.23	1.03	-2.25	<.05*
Ankles	21	2.70	1.09	21	2.28	1.24	2.02	<.05*

Note. Scores range from 1 (no opinion) to 5 (very desirable) \*p < 0.05. (Примечание. Результаты в диапазоне от 1 (мнение отсутствует) до 5 (очень соблазнительный/ая) \* p < 0,05.)

Примечание-перевод: chest – грудь/грудная клетка, buttocks – ягодицы, legs – ноги, weight – вес, hips – бедра, teeth – зубы, eyes – глаза, facial complexion – состояние (цвет) кожи лица, skin – кожа, abdomen – живот, voice – голос, lips – губы, height – рост, muscle tone – тонус мышц, hands – кисти, muscle development – развитие мышц, feet – стопы, neck – шея, arms – кисти рук, shoulders – плечи, ankles – лодыжки; rank – ранг.

Таким образом, наиболее предпочитаемыми частями тела были: грудь/грудная клетка, вес, зубы, ягодицы и глаза; в то время как наименее предпочитаемыми частями тела были лодыжки, стопы, шея, подбородок и плечи. При определении предпочтений в зависимости от пола, для мужчин более предпочтительными были ноги, бедра, ягодицы и лодыжки (больше, чем для женщин). Женщины чаще, чем мужчины, отдавали предпочтение общему мышечному тону, общему развитию мышц, рукам и плечам.

Также проводился факторный анализ. Первый фактор (признаки фертильности) содержит шесть пунктов и относится к тем частям тела, которые ассоциируются с женской фертильностью (например, бедра, ноги, ягодицы и талия). Второй фактор – генеральный фитнес (*general fitness*) (общая физическая подготовленность организма человека) связан с теми факторами, которые указывают на общий уровень фитнеса индивида. Третий фактор (черты, свидетельствующие о силе) объединяет части тела, связанные с силой верхней части тела и физической подготовкой. Четвертый фактор (признаки здоровья) относится к тем частям тела, которые связаны с общим состоянием здоровья. Пятый фактор (признаки, не указывающие на состояние здоровья) ассоциируется с теми частями тела, которые не имеют четких медицинских или фитнес-ассоциаций. Было выявлено, что в то время как мужчины предпочитали фертильность и черты, не связанные со здоровьем, женщины предпочитали общую физическую подготовленность организма и признаки, указывающие на силу, больше, чем мужчины. Как и ожидалось, половые различия по отношению к восприятию признаков здоровья не были значительными. Проведенные дополнительные статистические исследования все же показали, что и мужчины и женщины выразили большее предпочтение чертам, которые свидетельствуют о здоровье по сравнению с теми чертами, которые о нем не свидетельствуют.

Обсуждая результаты проведенного им исследования, R.M. Montoya [40] отмечает, что оно поддерживает утверждение, согласно которому мужчины и женщины имеют как сходства, так и различия в предпочтениях идеального партнера. Это исследование показало, что (а) существует универсальный интерес к частям тела, которые являются прогностическими для здоровья, (б) женщины предпочитают части тела, связанные со здоровьем и общей физической подготовленностью организма (*overall fitness*), (в) мужчины предпочитают части тела, связанные со здоровьем и фертильностью

женщин, (г) мужчины и женщины выразили большее предпочтение частям тела, связанным со здоровьем по сравнению с теми частями тела, которые с ним не связаны.

Эти результаты, продолжает автор, согласуются с более ранними исследованиями гендерных предпочтений, согласно которым как мужчины, так и женщины выражают предпочтение частям тела, которые являются предикторами здоровья. Предполагается, что женщины предпочитают части тела, ассоциирующиеся с доминированием и силой, а мужчины – части тела, связанные с фертильностью и молодостью. Кроме того, полученные данные согласуются с данными S. Franzoi и M.E. Herzog [23], которые выявили, что мужчины и женщины отдавали предпочтение физическому состоянию, талии, грудной клетке / груди идеального партнера.

В заключение R.M. Montoya [40] сообщает, что, несмотря на влияние культуры на восприятие тех или иных частей тела (в том числе талии, бедер, грудной клетки/груди), вполне вероятно, что половые различия предпочитаемых частей тела соответствуют в разных культурах [22].

Интерес представляют собой следующие данные, касающиеся зрительного восприятия женщин мужчинами [13]. Отмечается, что интерес мужчин к пышным женским ягодицам связан не с объектом этой части тела, а с изгибом позвоночника. Исследователи выяснили, что мужчинам больше всего нравятся женщины, спина которых находится под углом в 45 градусов относительно ягодиц. Такой угол в первобытном обществе позволял представительницам женского пола работать даже на последних месяцах беременности, не рискуя повредить спину. Поэтому мужчинам было выгоднее выбирать их в качестве спутниц жизни. Результаты нового исследования представлены в журнале *Evolution and Human Behaviour*. Психолог Дэвид Льюис (David Lewis) и его коллеги [35] выяснили, что пышные ягодицы для мужчин скорее маскируют реальную причину привлекательности – изогнутый позвоночник. Ученые показали 300 мужчинам силуэты женщин с позвоночником различной степени искривленности и попросили оценить их привлекательность (рис. 3). Наибольшую симпатию у респондентов вызвали женщины с изгибом спины под углом в 45,5 градуса. Подробный анализ результатов опроса показал, что эти пристрастия не являются побочным продуктом привлекательности пышных ягодиц.

Ученые уверены в эволюционной природе таких пристрастий. «Дело в том, что такой изгиб позволял первобытным женщи-

нам сдвигать центр тяжести тела назад относительно бедер во время беременности, когда он существенно смещается вперед. Это крайне важное преимущество: без такого изгиба давление на бедра вырастает почти на 800 процентов, что практически обездвиживает беременную и повышает риск травм», – утверждает Льюис. Напротив, женщины с изогнутой спиной могли искать пищу даже в последние месяцы беременности и рожать многих детей без риска повредить спину. Со временем общественная польза от таких особенностей анатомии сделала их сексуально привлекательными для мужчин. Угол в 45 градусов является золотой серединой: он помогает двигаться и не подвергает женщин риску возникновения позвоночных грыж и хронических болей в спине. Поэтому была выдвинута гипотеза, что мужчины обладают обусловленным эволюцией предпочтением женщин с поясничным искривлением, потому что теоретически оптимальная степень данного искривления для женщин является такой, которая минимизирует угрозы здоровью, связанные с гиполордозом и гиперлордозом. Мы предположили, заявляют авторы исследования, что мужчины должны обладать развитым предпочтением женщин с углом поясничного искривления, максимально далеким от угроз возникновения декомпенсации. Ортопедические медицинские литературы указывает, что этот угол приблизительно составляет 45,5 градусов [21].

По словам Льюиса, любителей объемных женских ягодиц нередко на самом деле притягивает изогнутая спина. «Они направляют свое внимание на зад, но получают информацию о позвоночнике, не зная, что их мозг занимается именно этим. Впрочем, возможно и то, что мужчин привлекает одновременно изогнутая спина и пышная пятая точка. Чтобы это понять, необходимы дальнейшие исследования», – резюмирует ученый [13].

Другое исследование [10, 49, 53], которое было проведено в Университете Британской Колумбии в Ванкувере [Vancouver's University of British Columbia] (Канада) социологом Джессикой Трейси (Jessica Tracy) и аспирантом-психологом [graduate student] Алексом Беоллом [Alex Beall], изучало влияние выражение лица и поз мужчин и женщин на сексуальную привлекательность. Всего в исследовании участвовало 1041 чел.

Исследование проводилось в два этапа. На первом экспериментатор показал около 100 участникам исследования фотографии одного и того же представителя противоположного пола в четырех позах: 1. Счастье [Happiness] (улыбается). 2. Гордость [Pride] (с поднятыми руками над головой). 3. Стыд [Shame] (с опущенными глазами). 4. Нейтральный [Neutral] (смотрит прямо перед собой) (рис. 4).

Участникам было предложено оценить привлекательность по шкале от одного до девяти, где девять свидетельствовало

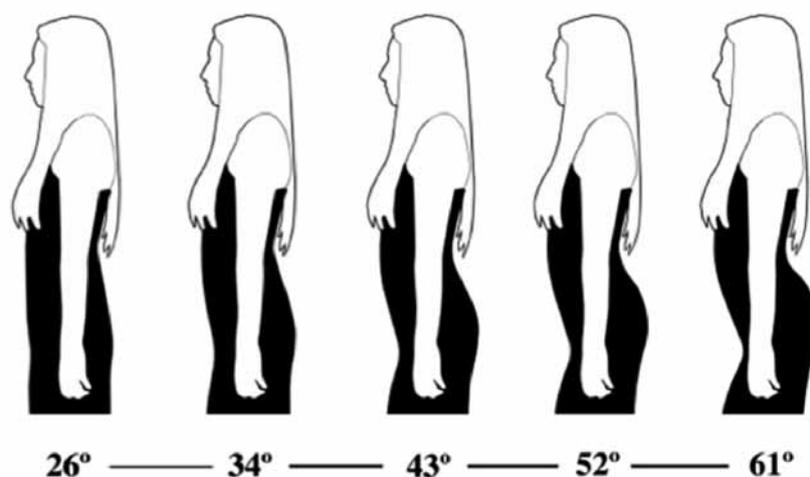


Рис. 3. Схема полной серии стимулов [35]

о наибольшей привлекательности. На втором этапе участникам эксперимента были показаны фотографии онлайн. Добровольцы были разделены на три категории. Первую группу составили 340 канадских студентов (средний возраст 20 лет), которым был показан набор из 40 фотографий лиц противоположного пола. Во вторую группу вошло 120 взрослых североамериканцев (средний возраст 39 лет), каждому из которых было показано 40 фотографий мужчин и 40 фотографий женщин. Третья группа состояла из 400 студентов, которым показали тот же набор фотографий, что и взрослым. Эти фотографии были разделены на те же четыре категории.

более молодые женщины оценивали «счастливых» мужчин ниже, в то время как старшие женщины, как правило, оценивали «счастливых» и «стыдящихся» (смущающихся) мужчин одинаково, а «нейтральных» мужчин – ниже. Исследователи предположили, что «стыд» воспринимается привлекательно представителями обоих полов, так как выражает уважение к социальным нормам.

Важно отметить, что в этом исследовании изучалось первое впечатление о сексуальной привлекательности противоположного пола. Участников не спрашивали, считают ли они, что представленные кандидаты могут стать хорошими партнерами или супругами, так как ученые хотели узнать



Рис. 4. Фотографии женщин и мужчин в четырех позах, выражающие разные эмоциональные состояния [по 49]

Участники исследования должны были оценить привлекательность людей на фотографиях. Во всех случаях мужчины оценивали «счастливых» женщин высоко – более 5 баллов по этой шкале. «Гордые» женщины были оценены в среднем на один-два пункта ниже и как самые низкие по рейтингу среди фотографий, представленных в интернете.

Женщины постоянно оценивали «гордых» мужчин наиболее высоко, давая им от четырех до пяти баллов. «Счастливых» мужчин они оценивали на один пункт ниже. Бо-

инстинктивную реакцию на плотскую сексуальную привлекательность. Исследователи объясняют, что согласно эволюционной теории женщин привлекает проявление гордости у мужчин, так как это предполагает статус, компетенцию и способность содержать партнера и детей. Гордость подчеркивают типично мужские физические черты, такие как размер верхней части тела и мускулатура, которые являются наиболее привлекательными для женщин физическими характеристиками мужчин.

Также результаты исследования можно объяснить социокультурными нормами. Предыдущие исследования показали, что улыбка ассоциируется с отсутствием влияния, что соответствует традиционным гендерным нормам «покорной и уязвимой женщины», но не соответствует образу «сильного молчаливого мужчины». Также в некоторых исследованиях утверждалось, что счастье характерно для женского выражения лица.

В целом, результаты исследования отражают традиционные гендерные нормы и культурные ценности, которые появились, развились и поддерживались на протяжении всей истории, по крайней мере, в западной культуре. Демонстрация стыда ассоциируется с осознанием социальных норм и умиротворенным поведением, что вызывает доверие у других. Это может объяснить привлекательность проявления стыда у обоих полов, так как и мужчины и женщины предпочитают партнера, которому можно доверять.

Ученые из университета Небраски-Линкольна (University of Nebraska-Lincoln) выяснили, что в первую очередь подавляющее большинство мужчин смотрят не на лицо, а на фигуру женщины. В ходе исследования 65 участникам эксперимента предложили просмотреть 30 фотографий 10 молодых женщин. При помощи специального устройства удалось проследить за движением глаз участников, в результате чего выяснилось, что мужчины задерживают взгляд на груди, талии и бедрах, а между тем на лице их внимание особо не заостряется. Интересно, что и женщины, принимавшие участие

в эксперименте, как правило, фиксировали свое внимание на фигурах соперниц, игнорируя при этом их лица. Большой интерес у мужчин вызывали фигуры классических пропорций, напоминающие песочные часы, а «плоские» фигуры популярностью не пользовались. Ведущий автор исследования Сара Джервис (Sarah Gervais) считает, что у мужчин просто вошло в привычку обращать внимание именно на эти части женского тела [12].

В связи с вышеизложенным, однако, следует обратить внимание на тот факт, что даже если фигура женщины будет идеальной, но затем выяснится, что у нее некрасивое лицо, то это может значительно снизить суммарное эрогенное воздействие.

Внимания также заслуживают следующие данные [6, 9, 20]. По словам палеонтологов, ключевую роль в определении привлекательности мужчины для противоположного пола играют размеры части лица, расположенной между ртом и бровями. Исследования, проведенные Музеем естественной истории, показали, что в подростковом возрасте часть лица от губ до бровей по-разному развивается у мужчин и женщин. У мужчин расстояние между бровями и верхней губой меньше, из-за чего рот у них смотрится крупнее, щеки – шире, а брови – отчетливее. Однако, в отличие от других черт лица, эту разницу невозможно объяснить тем, что мужчины крупнее женщин. Исследователи полагают, что данные черты у мужчин развились в результате эволюции, поскольку они выглядят более мужественно (рис. 5).

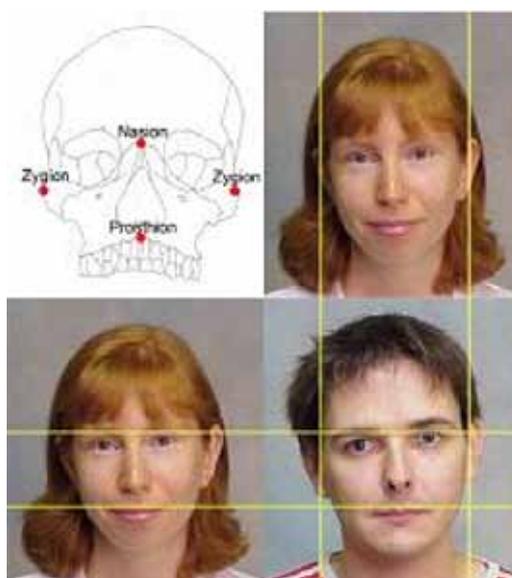


Рис. 5. Привлекательность мужского лица [по 20]

Доктор палеонтологии Элеанор Уэстон, сотрудница музея, изучила 68 мужских и 53 женских черепа, которые хранятся в Уитотерстрендском университете в ЮАР. Она рассказывает: «Мы делим расстояние между бровями и верхней губой на ширину лица. Чем меньше получившееся значение, тем более мужественным выглядит лицо». «Вряд ли можно объяснить чем-то иным, почему в ходе эволюции у мужчин лица оказались короче и шире. Вероятно, женщины просто находят их более привлекательными».

Одновременно с тем, что лица мужчин стали короче и шире, менее заметными стали клыки, и поэтому мужчины стали выглядеть менее устрашающе и более привлекательно для противоположного пола. По словам мисс Уэстон, необходимо продолжать исследования, однако, по данным первоначального анализа фотографий, список самых мужественных знаменитостей возглавляет актер Уилл Смит.

По результатам измерений десятка самых мужественных мужчин оказалась следующей:

1. Уилл Смит (Will Smith).
2. Питер Андре (Peter Andre).
3. Джастин Тимберлейк (Justin Timberlake).
4. Лайам из шоу «Большой брат» (Liam McGough).
5. Тьерри Анри (Thierry Anri).
6. Брэд Питт (Brad Pitt).
7. Дэвид Бекхэм (David Beckham).
8. Джонни Депп (Johnny Depp).
9. Кейн Уэст (Kanye West).
10. Зигги из шоу «Большой брат» (Ziggy Lichman).

В заключение следует отметить, что, как следует из приведенных выше данных, различные зрительные стимулы, связанные с представителями одного пола, могут по-разному эрогенно воздействовать на представителей другого пола.

#### Список литературы

1. Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. Функциональная женская сексопатология. – Алма-Ата, 1985. – С. 271.
2. Кочарян Г.С. Визуальные и феромонные стимулы и их влияние на сексуальную сферу человека: дискуссия // Здоровье мужчины. – 2012. – №1 (40). – С. 32–36.
3. Кочарян Г.С. Половые феромоны человека (новейшая сексология). – Х.: ХНУ им. В.Н. Каразина, 2005. – 270 с.
4. Коэн Дэвид. Язык тела во взаимоотношениях / Пер. с англ. – Киев: Изд-во «София», 1997. – 112 с.
5. Крукс Р. Баур К. (Crooks R., Baur K.) Сексуальность / Пер. с англ. – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. – 480 с.
6. Мужская привлекательность: верны ли расчеты? – URL: <http://salon.izum.ua/articles/muzhskaya-privlekatelnost-verny-li-raschety-10684> (дата обращения: 14.10.2015).
7. Палмер Джек, Палмер Линда. Эволюционная психология. Секреты поведения Homo sapiens. – URL: [http://evolution.powernet.ru/library/evolution\\_psychology.html](http://evolution.powernet.ru/library/evolution_psychology.html) (дата обращения: 29/09/2015).
8. Святош А. М. Женская сексопатология. 5 изд., перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
9. Сексуальная привлекательность мужчины зависит от формы лица. – URL: <http://www.medcentre.com.ua/articles/Seksualnaya-privlekatelnost-mujchiny-zavisit-38735> (дата обращения: 28.09.2015).
10. Счастливые мужчины менее привлекательны для женщин. 24.05.2011. – URL: <http://www.infoniac.ru/news/Schastlivye-muzhchiny-menee-privlekatelny-dlya-zhenshin.html> (дата обращения: 14.09.2015).
11. Уилсон Г.Д. (Wilson G.D.) Психология сексуального возбуждения мужчины // Импотенция: Интегрированный подход к клинической практике: Пер. с англ. / Под ред. А. Грегуара, Дж. П. Прайора. – М.: Медицина, 2000. – С. 24–37.
12. Ученые выяснили, куда в первую очередь смотрят мужчины. – URL: [http://censor.net.ua/news/258299/uchenye\\_vyuasnilo\\_kuda\\_v\\_pervuyu\\_ochered\\_smotryat\\_mujchiny](http://censor.net.ua/news/258299/uchenye_vyuasnilo_kuda_v_pervuyu_ochered_smotryat_mujchiny) (дата обращения: 14.09.2015).
13. Ученые по-новому объяснили привлекательность пышных женских ягодиц. 5 марта 2015. – URL: <http://lenta.ru/news/2015/03/04/spineandbutt/> (дата обращения: 14.09.2015).
14. Brown J.E., Potter J.D., Jacobs D.R., Kopher R.A., Rourke M.J., Barosso G.M., Hannan P.J., Schmid L.A. Maternal Waist-to-Hip Ratio as a Predictor of Newborn Size: Results of the Diana Project // *Epidemiology*. – 1996. – 7 (1). – P. 62–66.
15. Buss D. M. The evolution of desire: Strategies of human mating. – New York: Basic Books, 2004.
16. Buss D.M., Barnes M. Preferences in human mate selection // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1986. – 50. – P. 559–570.
17. Buss D.M., Schmitt D. P. Sexual strategies theory: A contextual evolutionary analysis of human mating // *Psychological Review*. – 1993. – 100 (2). – P. 204–232.
18. Ellis B. J. The evolution of sexual attraction: Evaluative mechanisms in women // J. Barkow, L. Cosmides, & J. Tooby (Eds.). *The adapted mind* New York: Oxford University Press, 1992. – P. 267–288.
19. Erogenous zone. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: [https://en.wikipedia.org/wiki/Erogenous\\_zone](https://en.wikipedia.org/wiki/Erogenous_zone) (дата обращения: 02.09.2015).
20. Facial attraction: how sexual choices shaped the face. – URL: [http://www.world-science.net/othernews/070813\\_face.htm](http://www.world-science.net/othernews/070813_face.htm) (дата обращения: 14.10.2015).
21. Fernand R., Fox, D.E. Evaluation of lumbar lordosis: A prospective and retrospective study // *Spine*. – 1985. – 10 (9). – P. 799–803.
22. Ford C.S., Beach F. A. Patterns of sexual behavior. – New York: Harper & Row, 1951.
23. Franzoi S.L., Herzog M.E. Judging physical attractiveness: What bodily aspects do we use? // *Personality and Social Psychology Bulletin*. – 1987. – 13. – P. 19–33.
24. Furnham A., McClelland A., Omer L. A cross-cultural comparison of ratings of perceived fecundity and sexual attractiveness as a function of body weight and waist-to-hip ratio // *Psychology, Health and Medicine*. – 2003. – 8. – P. 219–230.
25. Gangestad S.W., Thornhill R., Yeo R.A. Facial attractiveness, developmental stability, and fluctuating asymmetry // *Ethnology and Sociobiology*. – 1994. – 15. – P. 73–85.
26. Geary D.C., Vigil J., Byrd-Craven J. Evolution of human mate choice // *Journal of Sex Research*. – 2004. – 41 (1). – P. 27–42.
27. Gillian P., Frith C. Male-female differences in response to erotica // Cook M., Wilson G.D. (eds.). *Love and attraction: an international conference*. – Oxford: Pergamon Press, 1979.
28. Graziano W., Brothen T., Berscheid E. Height and attraction: Do men and women see eye-to-eye? // *Journal of Personality*. – 1978. – 46. – P. 128–145.
29. Haldene J. B. S. On being the right size. – New York: Oxford University Press, 1985.

30. Henss Ronald. Waist-to-hip ratio and female attractiveness. Evidence from photographic stimuli and methodological considerations // *Personality and Individual Differences*. – 2000. – 28. – P. 501–513.
31. Jackson L.A. Physical appearance and gender: Sociobiological and sociocultural perspectives. – Albany: State University of New York Press, 1992.
32. Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E., Gebhard P.H. Sexual behavior in the human female. – Philadelphia: Saunders, 1953. – 842 p.
33. Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E. Sexual behavior in the human male. – Philadelphia: Saunders, 1948. – 804 p.
34. Lavrakas P.J. Female preferences for male physique // *Journal of Research in Personality*. – 1975. – 9. – 324–334.
35. Lewis D.M.G., Russell E.M., Al-Shawaf L., Buss D.M. Lumbar curvature: a previously undiscovered standard of attractiveness // *Evolution and Human Behavior* – 2015. – 36 (5). – P. 345–350.
36. Li N.P., Bailey J.M., Kenrick D.T., Linsenmeier J.A. The necessities and luxuries of mate preferences: Testing the trade-offs // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 2002. – 82 (6). – 947–955.
37. Mazur A., Mazur J., Keating C. Military rank attainment of a West Point class: Effects of cadets' physical features // *American Journal of Sociology*. – 1984. – 90. – P. 125–150.
38. Mitton J.B., Grant M.C. Associations among protein heterozygosity, growth rate, and developmental homeostasis // *Annual Review of Ecological Systems*. – 1984. – N15. – P. 497–499.
39. Moller A.P., Soler M., Thornhill R. Breast asymmetry, sexual selection and human reproductive success // *Ethology and Sociobiology*. – 1995. – 16. – P. 207–219.
40. Montoya R.M. Gender similarities and differences in preferences for specific body parts // *current research in social psychology*. – 2007. – Volume 13, No. 11. – P. 133–144 (electronic journal). – URL: <http://www.uiowa.edu/~grpproc/crisp/crisp.html> (дата обращения: 15.09.2015).
41. Parson P.A. Fluctuating asymmetry: An epigenetic measure of stress // *Biological Review*. – 1990. – 65 (2). – P. 131–145.
42. Renzetter C.M., Curran D.J. Women, men and society: The sociology of gender. – Boston: Allyn and Bacon, 1989.
43. Rosen R.C., Beck J.G. Patterns of sexual arousal: psycho-physiological processes and clinical applications. – New York: Guilford Press, 1988.
44. Singh Devendra. Adaptive Significance of Female Physical Attractiveness: Role of Waist-to-Hip Ratio // *Journal of Personality and Social Psychology* 1993. – Vol. 65, No. 2. – P. 293–307.
45. Singh D. Ideal female body shape: Role of body weight and waist-to-hip ratio // *International Journal of Eating Disorders*. – 1994. – 16 (3). – P. 283–288.
46. Singh D. Female judgement of male attractiveness and desirability for relationships: Role of waist-to-hip ratio and financial status // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1995. – 69 (6). – P. 1089–1101.
47. Singh D., Luis S. Ethnic and gender consensus for the effect of waist-to-hip ratio on judgement of women's attractiveness // *Human Nature*. – 1995. – 6 (1). – 51–65.
48. Singh D., Young R. K. Body weight, waist-to-hip ratio, breasts, and hips: Role in judgments of female attractiveness and desirability for relationships // *Ethology and Sociobiology*. – 1995. – 16. – P. 483–507.
49. Smiling men less attractive to women: study. – URL: <http://www.cbc.ca/news/technology/smiling-men-less-attractive-to-women-study-1.1066058> (дата обращения: 27.09.2015).
50. Symons D. The evolution of human sexuality. – New York: Oxford University Press, 1979.
51. Thiessen D., Gregg B. Human assortative mating and genetic equilibrium: an evolutionary perspective // *Ethology and Sociobiology*. – 1980. – 1. – P. 111–140.
52. Thornhill K., Sauer K.P. Genetic size effects on the fighting ability of sons and daughters and mating success of sons in a scorpionfly // *Animal Behavior*. – 1992. – 43. – P. 255–264.
53. Tracy J.L., Beall A.T. Happy guys finish last: the impact of emotion expressions on sexual attraction // *Emotion*. – 2011. – 11 (6). – P. 1379–1387.
54. Wiggins J.S., Wiggins N., Conger J. Correlates of heterosexual somatic preference // *Journal of Personality and Social Psychology*. – 1968. – 10 (1). – P. 82–90.

УДК 616.009

**ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ НЕВРОТИЗАЦИИ И ПСИХОПАТИЗАЦИИ КАК СКРИНИНГОВОЙ ЭКСПРЕСС-МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ ПОГРАНИЧНЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ****Кочеров С.В., Дмитриева К.П.***ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России, Иваново»*

В работе приводится актуальность проблемы изучения невротизации и психопатизации граждан в современном обществе и методический инструментарий для их изучения. Основное исследование при решении таких задач может проводиться структурированными скрининговыми экспресс-методиками, которые позволяют быстро обследовать большие контингенты граждан. Одним из инструментов скринингового обследования является методика определения уровня невротизации и психопатизации. Созданная около сорока лет назад, методика до сих пор является актуальной. Она позволяет определить уровень невротизации, который формируется под влиянием трех классов психических явлений – эмоционально мотивационных особенностей личности, психосоматической симптоматики и собственного состояния человека. Оценки уровня психопатизации не коррелируют с различными оценками состояния человека, вследствие чего измеряемый методикой уровень психопатизации можно рассматривать как относительно устойчивое личностное свойство.

**Ключевые слова:** невротизация, психопатизация, диагностика пограничных расстройств**USE OF DETERMINATION OF THE NEVROTIZATION LEVEL AND PSIKHOPATIZATION AS SCREENING EXPRESS TECHNIQUE DIAGNOSIS OF BOUNDARY MENTAL DISORDERS****Kocherov S.V., Dmitrieva K.P.***Ivanovo state medical Academy, Ivanovo*

In work relevance of a problem of studying of a nevrotization and psikhopatization of citizens is given in modern society and methodical tools for their studying. The main research at the solution of such tasks can be conducted by the structured screening express techniques which allow to survey the big contingents of citizens quickly. One of instruments of screening inspection is the technique of determination of level of a nevrotization and a psikhopatization. Created about forty years ago, the technique still is actual. It allows to determine the nevrotization level which is formed under the influence of three classes of the mental phenomena – emotionally motivational features of the personality, of psikhosomatichesky symptomatology and own condition of the person. Estimates of level of a psikhopatization don't correlate with various estimates of a condition of the person owing to what the level of a psikhopatization measured by a technique can be considered as rather steady personal property.

**Keywords:** nevrotization, psikhopatization, diagnostics of boundary frustration

В современном мире в жизни человека присутствует множество стрессовых факторов. Это и профессиональная деятельность, и личные обстоятельства, и события окружающего мира. В обществе доминирует ситуация стремления у успешности, повышенная мотивация современного человека на достижения [5]. Это накладывает отпечаток на психическое функционирование человека. Тенденции жизни (урбанизация, ускорение темпа жизни, информационные перегрузки) в совокупности со стрессом способствуют нарастанию нервно-психического напряжения и возникновению пограничных форм нервно-психической патологии.

В настоящее время в современных программах оказания психиатрической помощи на первый план выходит именно первичная психопрофилактика, выявление пограничных форм расстройств, а также предпосылок, первых признаков ещё не сформированного психического расстройства [11]. Такого рода исследования прово-

дятся на разных контингентах – изучались нарушения психической адаптации среди трудоспособного населения [4], показатели невротизации и психопатизации пожилых граждан [12], а также распространенность, структура и динамика предболезненных пограничных состояний у лиц подросткового и молодого возраста [8].

Решение этих проблем связано с необходимостью ранней диагностики субклинических проявлений такого рода состояний, в частности, невротизации, психопатизации и предрасположенности к ним, что оказывается весьма затруднительным в связи с нечеткими границами клинической картины различных форм пограничных состояний, с одной стороны, и со сложностью организации тщательного психоневрологического исследования крупных контингентов.

Вопросы ранней диагностики всегда были актуальны (Бажин Е.В., Биликевич А., Блейхер В.М., 1989, [1]). Ещё Ю.П. Богомоллов, А.И. Воронкин и др. (1974, [2]) в своих работах приводил возможности

психометрического метода (тестирования), давал рекомендации по применению некоторых медико-психологических тестов.

Применительно к субклиническим формам пограничных психических расстройств около 40 лет назад был разработан и внедрен в практику тест на определение уровня невротизации и психопатизации. Основными разработчиками этих начинаний были отечественные ученые, в том числе Н.Б. Ласко (1978, [7]).

В институте им. В.М. Бехтерева были разработаны и опубликованы несколько брошюрных вариантов адаптированного полного текста ММРІ. Он апробировался на больных разных нозологических групп с целью проверки диагностических возможностей, проводилась его стандартизация на норму. Специальные исследования велись с целью усиления дифференцирующих возможностей отдельных шкал при помощи статистической оценки информативности каждого утверждения путем определения его диагностического веса по той или другой шкале. Для этой цели использовалась неоднородная последовательная статистическая процедура.

Таким образом, на базе утверждений ММРІ в Институте им. В.М. Бехтерева были созданы новые дифференциально-диагностические шкалы, такие как шкала параноидной шизофрении, шкалы определения уровня невротизации и психопатизации, а также шкалы для определения депрессивных состояний.

Методика определения уровня невротизации и психопатизации (УНП) предназначена для экспресс-диагностики, практической и исследовательской работы в области психогигиены и психопрофилактики заболеваний, связанных с определенной спецификой условий жизни и некоторыми особенностями труда, в частности невротических состояний и психопатических декомпенсаций. Эта методика, будучи при достаточной простоте обоснованным и чувствительным, инструментом, оказалась удобной для обследования крупных контингентов на предмет выявления «группы риска» при профотборе и профосмотре лиц, работающих в особо сложных условиях.

Тест представляет собой сборник утверждений, относящихся к двум шкалам. Анализ шкал УНП показал, что в шкалу невротизации входят утверждения, имеющие характерные проявления невротических состояний: быстрая утомляемость, нарушения сна, ипохондрическая фиксация на неприятных соматических ощущениях, снижение настроения, повышенная раздражительность, возбудимость, наличие стра-

хов, тревоги. В результате проведенного исследования были получены данные, что невротизация формируется под влиянием трех классов психических явлений:

- эмоционально мотивационных особенностей личности;
- психосоматической симптоматики;
- собственного состояния человека.

Эмоционально мотивационные особенности личности содержатся в факторах “С”, “Н”, “Q<sub>3</sub>”, “Q<sub>4</sub>”, опросника Кеттелла, которые на более высоком уровне обобщения интерпретируются как тревожность или направленность на себя, а также такой основной составляющей темперамента, как нейротизм (по Айзенку).

Вторая составляющая шкалы невротизации – психосоматическая симптоматика, определяется в 20 шкалах ММРІ, таких, как шкалы невротической триады, психастенических особенностей личности и дополнительных: тревоги, невротизма, общей плохой приспособленности.

Третий фактор, которым является собственное состояние человека, его самочувствие, основной тон его переживания. Поскольку уровень невротизации отражает как динамически изменяющиеся особенности человека (состояния), так и относительно более статичные (свойства личности), то невротизацию можно представить как вариативную личностную переменную. Типичный для конкретного человека уровень невротизации, в основном обусловленный его личностными особенностями, и определяет вероятный диапазон изменений ее уровня, вызываемых различными психо-, сомато- и социогенными факторами.

Важность этих показателей не вызывает сомнений. И в современных исследованиях других авторов эмоциональное благополучие рассматривается как интегральная характеристика эмоциональной сферы [10], а невротизация как фактор изменения системы эмоциональных отношений личности [9].

Утверждения шкалы психопатизации охватывают лишь некоторые из черт, характерных для психопатических личностей: равнодушие к принципам долга и морали, безразличие к мнению окружающих, стремление выделиться среди окружающих, лицемерие, вспыльчивость, подозрительность, повышенное самолюбие и самоуверенность.

Несколько иное место в психологической структуре индивида может занимать свойство, измеряемое шкалой психопатизации. Прежде всего обращает на себя внимание факт, что оценки по этой шкале значимо коррелируют с данными других методик,

характеризующих различные, казалось бы не связанные между собой, личностные свойства. Это факторы “А” и “О”, Кеттелла, гипертимная, и шизоидная акцентуация по А.Е. Личко, шкалы психопатических отношений и поведенческих девиаций ММРІ. Эти корреляции свидетельствуют о том, что частные особенности перечисленных свойств личности оказывают влияние на стиль интерперсональных взаимодействий или участвуют в его формировании. Поскольку оценки уровня психопатизации не коррелируют с различными оценками состояния человека, то измеряемую нашей шкалой психопатизацию можно рассматривать как относительно устойчивое личностное свойство.

Данные корреляционного анализа, а также контент-анализ образующих шкалы утверждений позволили составить психологические характеристики лицам, имеющим крайние оценки по разработанным шкалам.

Следует отметить, что чем дальше от полюса шкал будут располагаться индивидуальные оценки, тем в меньшей степени индивидам будут присущи приводимые характеристики.

При высоком уровне невротизации (высокая по абсолютной величине отрицательная оценка) может наблюдаться выраженная эмоциональная возбудимость, продуцирующая различные негативные переживания (тревожность, напряженность, беспокоество, растерянность, раздражительность). Безынициативность этих лиц формирует переживания, связанные с неудовлетворенностью желаний. Их эгоцентрическая личностная направленность проявляется как в склонности к ипохондрической фиксации на неприятных соматических ощущениях, так и в сосредоточенности на переживаниях своих личностных недостатков. Это, в свою очередь, формирует чувство собственной неполноценности, затрудненность в общении, социальную робость и зависимость.

При низком уровне невротизации (высокая по абсолютной величине положительная оценка) отмечается эмоциональная устойчивость и положительный фон основных переживаний (спокойствие, оптимизм). Оптимизм и инициативность, простота в реализации своих желаний формируют чувство собственного достоинства, социальную смелость, независимость, легкость в общении.

Высокий уровень психопатизации свидетельствует о беспечности и легкомыслии, холодном отношении к людям, напористости, упрямстве в межличностных взаимодействиях. Этим лицам присуща тенденция к выходу за рамки общепринятых норм и морали, что может приводить к непредсказуемости их поступков и созданию конфликтных ситуаций.

Низкий уровень психопатизации может говорить об осмотрительности, уступчивости, ориентированности на мнение окружающих, о приверженности к строгому соблюдению общепринятых правил и норм поведения.

В настоящее время методика определения уровня невротизации и психопатизации широко используется в психологической и медицинской практике в рамках помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами [3]. Разработанная методика является достаточно простым, валидным и чувствительным инструментом, который может быть использован как в целях первичной диагностики пограничных состояний, особенно в целях объективации динамики состояния в клинике невротозов, так и для выявления «группы риска» при профотборе и профосмотре лиц, работающих в особосложных условиях, то есть быть полезным для одного из направлений медицинской психологии – психопрофилактики.

#### Список литературы

1. Бажин Е.В., Биликевич А., Блейхер В.М. Ранняя диагностика психических заболеваний / Под общ. ред. В. Блейхера и др. – Киев: Здоровье, 1989. – 287 с.
2. Богомолов Ю.П., Воронкин А.И. и др. Краткие сведения по применению некоторых медико-психологических тестов // Вопросы психической адаптации. – Новосибирск, 1974.
3. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Червинская К.Р. Компьютерная психодиагностика в теории и практике медицинской психологии: этапы и перспективы развития // Сибирский психологический журнал. – 2010. – № 35. – С. 20-24.
4. Вертячих Н.Н. Нарушения психической адаптации среди трудоспособного населения // Вестник Костромского государственного университета им. Н.А. Некрасова. Серия: Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. – 2010. – Т. 16. № 4. – С. 153-157.
5. Гулько А.А. Мотивация достижения в контексте невротизации личности // Мир образования – образование в мире. – 2015. – № 2. – С. 87-96
6. Иванова А.А., Рудницкий В.А., Костин А.К., Аксенов М.М., Епанчинцева Е.М., Стоянова И.Я., Цыбульская Е.В., Гарганеева Н.П. Направления психологической помощи пациентам с непсихотическими психическими расстройствами // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2015. – № 2 (87). – С. 92-97.
7. Ласко Н.Б. Психологические методы в диагностике уровня невротизации и психопатизации: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. – Л., 1978.
8. Лебедев М.А., Палатов С.Ю. Распространенность, структура и динамика предболезненных пограничных состояний у лиц подросткового и молодого возраста // Психическое здоровье. – 2010. – Т. 8. № 6 (49). – С. 68-83.
9. Новикова Ю.Г. Невротизация как фактор изменения системы эмоциональных отношений личности // Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2007. – № 4. – С. 31.
10. Одинцова В.В., Горчакова Н.М. Эмоциональное благополучие как интегральная характеристика эмоциональной сферы // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. – 2014. – № 1. – С. 69-77.
11. Психопрофилактика, современное понимание. Сборник научных трудов / Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Департамент здравоохранения Ивановской обл., Гос. учреждение здравоохранения Обл. клиническая психиатрическая больница «Богородское», Ивановская обл. общественная орг. «О-во психиатров, психотерапевтов и наркологов»; [редкол.: А.М. Футерман (гл. ред.), Е.В. Руженская (отв. ред.)]. Иваново, 2010.
12. Руженская Е.В., Руженская О.В. Показатели невротизации и психопатизации пожилых граждан // Международный студенческий научный вестник. – 2015. – № 6; URL: www.eduherald.ru/135-14263 (дата обращения: 24.12.2015).

УДК 616.893–053.2.005

## ПОЗИЦИЯ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В КЛАССИФИКАЦИЯХ БОЛЕЗНЕЙ

**Кулешова Е.О., Строганов А.Е.**

*ГБОУ ВПО АГМУ Минздрава России, Барнаул, e-mail: emoryll@rambler.ru*

Данный обзор посвящен проблеме острых психотических расстройств и их положению в классификациях болезней. Острые психозы – это клинически неоднородная и гетерогенная группа психической патологии. Большинство работ, посвященных изучению острых психотических расстройств, проводились на основании казуистического материала. До настоящего времени отсутствует апробированная многоосевая классификация острых психотических расстройств. В данной статье основное внимание сфокусировано на положении острых преходящих расстройств в Диагностическом и статистическом Руководстве по психическим расстройствам Американской ассоциации психиатров и Международных классификациях болезней последних десятилетий. В обзоре показано, как менялось отношение к острым психотическим расстройствам в соответствии с принятием новых (последующих) классификаций болезней.

**Ключевые слова:** психиатрия, острые психотические расстройства, классификации болезней

## THE SITE OF ACUTE PSYCHOTIC DISTRODERS IN THE CLASSIFICATION OF DISEASES

**Kuleshova E.O., Stroganov A.E.**

*Altai State Medical University (ASMU), Barnaul, e-mail: emoryll@rambler.ru*

This review is devoted to the problem of acute psychotic disorders and their position in the classification of diseases. Acute psychosis is a clinically heterogeneous and heterogeneous group of mental pathology. The majority of works devoted to the study of acute psychotic disorders, were carried out on the basis of casuistic material. Up to the present there is no proven multi-axis classification of acute psychotic disorders. In this article the main attention is focused on the provision of acute transient disorders in the Diagnostic and statistical Manual of mental disorders of the American psychiatric Association and International classification of diseases of the last decades. In this review shows how changing attitudes to acute psychotic disorders in accordance with the adoption of new (subsequent) classification of diseases.

**Keywords:** psychiatry, acute psychotic disorders, classification of diseases

Несмотря на неослабевающий интерес медицинского сообщества, многие аспекты, связанные с острыми психотическими расстройствами (ОПР) в доступной нам литературе все же, на наш взгляд в доступной нам литературе освещены недостаточно полно. Можно предположить, что причиной тому является отсутствие систематизированных клинических исследований, которые помогли бы четко определить, описать и отграничить каждый из подразделов принятой сегодня Международной классификации болезней 10 пересмотра. Как следствие основы лечебной тактики, применительно к ОПР обозначены в известной степени невятно.

Анализ современных трактовок ОПР позволяет говорить о имеющих место в настоящее время серьезных диагностических разночтениях. Ряд авторов отрицают их клиническую самостоятельность, относя к шубообразной и рекуррентной шизофрении [10], острой шизофрении [4]. Другие исследователи, напротив, придают острым психотическим расстройствам особое значение, подчеркивая значимость и весьма оправданное их пребывание острых пси-

хотических расстройств во всевозможных классификациях [19, 24].

Разнообразие взглядов современных авторов на данную проблему отражает положение ОПР в классификациях психических заболеваний. Несмотря на то, что вся терминология, используемая в данных классификациях, является статистической аббревиатурой клинической информации и лишь приближается к клиническому диагнозу, само присутствие ОПР в них, а также выделение их диагностических критериев, кажется нам не маловажным

Первая попытка систематизировать психозы была сделана Феликсом Платером в 1614 году [цит. по 3], о них говорилось в третьем разделе его классификации душевных болезней – *mentis alienatio*, т.е. группа психозов в прямом смысле слова. Он писал, что «помешательство (или галлюцинация), называемое также *paraphrosyne*, состоит в том, что (люди) воображают вещи, которых нет, или же о тех вещах, которые имеются налицо, высказывают извращенные суждения и плохо помнят все вообще или отдельный какой-нибудь предмет, при чем описанные расстройства наблюдаются

у них в мыслях, или я речах, или в действиях». Указав на эндогенные и экзогенные причины психозов, он объединил под понятиями меланхолия и мания едва ли не все психозы.

Несколько позже Павел Заккиас в 1624 году [цит. по 3] предложил классификацию психических расстройств, в которой упоминания о психотических расстройствах можно встретить в разделе «Первичные душевные заболевания», где он описал меланхолию и меланхолию, указав на их отличительные особенности: симптомы меланхолии – тоска и неподвижность, симптомы мании – ажитация и возбуждение.

Состояния с характерными для психотических расстройств признаками встречаются в классификациях Буассье де Соважа, Жана-Этьена Доминика Эскироля, Филиппа Пинеля и других исследователей 18-н.19 веков, однако в них нет указания на их остроту или хроническое течение. По мере накопления данных о клинике и течения психозов к концу 19 века стали в классификациях психических болезней стали появляться состояния, которые имели острое начало – это работы Генриха Шюле, Рихарда вон Крафт-Эбинга [цит. по 3].

В данном обзоре мы подробно остановимся на описании острых психотических расстройств в Диагностическом и статистическом Руководстве по психическим расстройствам Американской ассоциации психиатров, а также в Международных классификациях болезней последних десятилетий (МКБ-9 и МКБ-10), как в основных, всеобщепринятых руководствах по диагностике психической патологии.

Произвести оценку перемен в отношении к ОПП позволит изучение позиции данной патологии в Диагностическом и статистическом Руководстве по психическим расстройствам Американской ассоциации психиатров (DSM-I, DSM-II, DSM-III, DSM-IV, DSM-V).

Первое издание DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders), вышедшее в 1952 году, не содержало отдельной рубрики для острых психотических расстройств. Кроме того, там не было указаний на длительность психозов при шизофрении, сроки возникновения и течения, наличие или отсутствие изменения личности в постпсихотическом периоде, а также количества психотических эпизодов. По нашему мнению, острое психотическое расстройство по данной классификации соответствует двум рубрикам раздела «Расстройства психогенного происхождения, либо без четко определенной структуры или изменений в головном мозге». Первая рубри-

ка – Шизофреническая реакция (000-x20), учитывая отсутствие указаний на длительность эпизода, острые психозы могут быть отнесены к рубрике шизофреническая реакция, острый недифференцированный тип (000-x25), для которой характерно острое начало, широкое разнообразие симптоматики, развивающейся в считанные недели. По данным ряда авторов [23] к этой рубрике относили также кроме ОПП ремитирующую шизофрению, шизоаффективный психоз, истерический психоз.

В DSM-II, вышедшей в 1968 году, острые психотические расстройства упоминаются в трех секциях III рубрики: «Психозы необъяснимые физическими воздействиями, пречисленными ранее». В разделе, посвященном шизофрении, как и в предыдущем издании DSM, не обозначены временные промежутки психотического периода. В данном разделе мы встретили понятие «острый шизофренический эпизод» (295.4), для которого характерно: острое начало, растерянность, недоумение, идеи величия, депрессивный аффект, страх, выздоровление наступает в течение нескольких недель. Однако имеется указание, на то, что если в психопатологической структуре заболевания преобладают кататоническая, гебефреническая, параноидная симптоматика, то диагноз должен быть изменен. Таким образом, острое психотическое расстройство с преобладанием кататонических, гебефренических и параноидных расстройств в соответствии с данной классификацией можно отнести к шизофрении, гебефренического типа (295.1), шизофрении, кататонического типа (295.3) и шизофрении параноидного типа (295.3). Также острые психозы, возникшие после психотравмирующей ситуации, упоминаются в разделе другие психозы (298): острая параноидная реакция (298.3).

Об острых психотических расстройствах в DSM-III, вышедшей в 1980 году, упоминается гораздо чаще, упоминание о них мы встретили их в двух рубриках, отсутствует раздел, посвященный конкретно данной нозологии. Однако в этом издании в отличие от DSM II имеется указание на длительность шизофренического процесса (продолжительностью в шесть месяцев, включая продромальный и остаточной фазы), способствующие его дифференциации. В DSM-III категории шизофрении (сам термин «шизофрения» здесь был заменен на «технически тождественный» – «шизофренические расстройства» [2] требует наличие характерных психотических симптомов в течение по крайней мере одной недели, а признаки расстройства должны непрерывно проявляться на протяжении по крайней

мере шести месяцев (сюда включены продромальная и резидуальная фазы).

Для рубрики «Параноидные расстройства» имеется указание, что эта группа психической патологии причиной персекуторного бреда не должны являться шизофрения или шизофреноформные, аффективные и органические расстройства, при этом границы этой группы расстройств и их дифференциации остаются неясными. В данном разделе острые психотические расстройства можно отнести к рубрике острые параноидные расстройства (297.30), возникающие чаще у лиц, подвергшихся изменению среды (военнопленные, беженцы, призывники и тд.), длительность их составляет менее 6 месяцев.

Вторая рубрика «Психические расстройства, не включенные в другие категории» включает в себя категории, которые могут быть классифицированы как шизофренические и параноидные, но не подходящие под условия других категорий. Шизофреноформные расстройства (295.40) имеют те же признаки, что и шизофрения, однако их продолжительность составляет от двух недель до 6 месяцев, для них свойственно острое начало и разрешение до преморбидного уровня. Кратковременный реактивный психоз (298.80) отличается от предыдущих расстройств длительностью: от нескольких часов до двух недель, возникает на фоне тяжелой психической травмы, для него характерно вычурное, агрессивное и суицидальное поведение.

Шизоаффективное расстройство (297.30) – весьма спорная категория, однако имеется указание, что сюда могут быть отнесены состояния между аффективным расстройством, шизофренией или шизофреноформным расстройством, при невозможной их дифференциации, стало быть, сюда возможно отнести острые психотические расстройства с полиморфной симптоматикой.

Атипичный психоз (298.90) – состояние, не отвечающее критерием других расстройств, это либо моносимптоматический бред, либо послеродовой психоз.

В DSM-IV (1994 год) для острых психозов имеется рубрика «Кратковременные психотические расстройства» (298.8) в разделе «Шизофрения и другие психотические расстройства». Основные критерии этой патологии являются: внезапное появление бреда, галлюцинаций, разорванности речи, либо грубые нарушения поведения, кататоническая симптоматика. Длительность психотического периода составляет от 1 дня до 1 месяца, с восстановлением до преморбидного состояния. Имеются указания на наличие или отсутствие стресса перед манифе-

стацией заболевания, либо на послеродовой период. В клинической картине не исключены шизофренические или аффективные симптомы, но психоз квалифицировать как шизофрению, шизоаффективное расстройство, либо аффективный психоз нельзя.

В последнем издании DSM-V, вышедшем в 2013 году, так же, как и в предыдущем, содержится рубрика «Кратковременные психотические расстройства» (298.8), критерии данной патологии остались прежними: бред, галлюцинации, разорванность речи, грубые нарушения поведения, кататоническая симптоматика, острое состояние длится от 1 дня до 1 месяца, с полным выздоровлением.

Рассмотрим также Международные классификации болезней последних десятилетий (МКБ-9 и МКБ-10).

В Международной классификации болезней 9-ого пересмотра (1975 года) психозы распределены по рубрикам по этиологическому принципу. Критерии, подходящие для острых психотических расстройств, мы встретили в двух диагностических рубриках: шизофренические психозы (острый шизофренический эпизод 295.4) и другие неорганические психозы (острое реактивное возбуждение 298.1 и острая параноидная реакция 298.3). Острый шизофренический эпизод характеризуется сновидным состоянием с помрачением сознания и потерянностью, могут иметь место идеи отношения и аффективные нарушения, длительность эпизода от нескольких недель до нескольких месяцев, ремиссия возможна без лечения. Острое реактивное возбуждение – аффективный психоз с преобладанием психомоторного возбуждения, явно вызванный эмоциональным стрессом. Острая параноидная реакция также имеет четкую связь с психотравмирующей ситуацией, которая чаще ошибочно истолкована, как нападение или угроза.

В Международной классификации болезней 10-ого пересмотра (1995 года) имеется отдельная рубрика Острые и транзиторные психотические расстройства (F23), однако имеется указание на отсутствие «систематических клинических данных». Критериями для включения является острое развитие разнообразной психотической симптоматики (бреда, галлюцинаций, бессвязной или разорванной речи) [10]. В данной рубрике объединены различные состояния: транзиторные психозы с благоприятным исходом и состояния шизофренического спектра, которые значительно отличаются между собой клинико-динамическими, прогностическими характеристиками [1].

Изучение клинической динамики острых психозов отвечает требованиям времени и в свете предстоящего перехода психиатрии на новый пересмотр классификации МКБ-11, которая в скором времени станет диагностической основой здравоохранения [7]. В связи с отсутствием лабораторных и инструментальных признаков, патогномичных для того или иного заболевания, клинические наблюдения в психиатрии по-прежнему являются главным источником диагностики психических и поведенческих расстройств [8]. Судя по всему, ситуация не изменится с переходом на МКБ-11, равно как и с введением DSM-V [6].

В настоящее время в связи с разработкой новой МКБ-11, ставится вопрос о реорганизации данной рубрики. В МКБ-11 острые психотические расстройства планируется поместить в группу 05В «Расстройства шизофренического спектра и другие первичные психотические состояния», при чем состояния, кодируемые в МКБ-10 как F23.0 («Острые полиморфные психотические расстройства без симптомов шизофрении»), F23.1 («Острые полиморфные психотические расстройства с симптомами шизофрении»), F23.3 («Другие острые, преимущественно бредовые расстройства») в МКБ-11 окажутся в разных подрубриках [11, 20, 22]. Таким образом, в МКБ-11 не предусмотрено выделение подтипов транзиторных психозов [9].

### Заключение

Несмотря на давнюю историю клинического изучения ОПР, самостоятельная рубрика для данной категории психических расстройств появилась всего лишь около 20 лет назад. Однако ее возникновение не прибавило структурной четкости данной проблеме. Неизменными остаются разночтения в трактовке клинических проявлений ОПР, терминологическая полифония, сохраняются пробелы в вопросе клинико-динамических характеристик, не теряет актуальности задача формирования апробированной многоосевой классификации ОПР. В связи с разнообразием взглядов, неопределенностью и дискуссионным характером проблемы ОПР дальнейшие исследования в данном направлении представляются нам чрезвычайно важными как в теоретической, так и практической плоскости.

### Список литературы

1. Барденштейн Л.М., Алешкина Г.А. О месте острых и преходящих психотических расстройств в классификация психических болезней // Психическое здоровье. – 2013. – Т. 11. – № 2. – С. 72–75.
2. Гаррабе Ж. История шизофрении. – М.; СПб., 2000.
3. Каннабих Ю. История психиатрии. – М.; ЦТР МГП ВОС, 1994.
4. Кербинов О. В. Острая шизофрения. – М.: Медицина, 1949. – 176 с.
5. Класс V (F). Психические расстройства и расстройства поведения. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Т. 1, Ч. 1. – Женева: ВОЗ, 1995. – С. 313–392.
6. Корнетова, Е.Г., Семке А.В. Современные вопросы и перспективы изучения шизофрении с ведущей негативной симптоматикой // Бюллетень сибирской медицины. – 2014. – № 1., Т. 13. – С. 5–13.
7. Котов В.П., Мальцева М.М., Голланд В.Б. Статистическая классификация психических расстройств и принципы клинической диагностики // Соц. и клинич. психиатрия. – 2010. – № 1, Т. 20. – С. 23–24.
8. Орлова В.А. К проблеме нейродегенерации при шизофрении: данные спектрально-динамического анализа // Соц. и клинич. психиатрия. – 2010. – № 2, Т. 20. – С. 67–79.
9. Павличенко А.В. Будущее классификации психотических расстройств (по материалам конгресса ВПА в Праге, октябрь 2012) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2013. – № 1., Т. 15. – С. 67–72.
10. Тиганов, А.С., Пантелеева Г.П., Цуцупковская М.Я. Эндогенные психические заболевания в адаптированной для использования в РФ версии МКБ-10 // Психиатрия. – 2003. – № 2. – С. 17–25.
11. Gaebel W. Development of the chapters on psychotic disorders in ICD-11 and DSM-V. In: WPA International Congress 2012 (Abstr.); p. 19.
12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) // American Psychiatric Association, 1994.
13. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). –Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.
14. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – Second Edition (DSM-II). Washington: American Psychiatric Association, 1968.
15. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – Third Edition (DSM-III). Washington: American Psychiatric Association, 1980.
16. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. – Third Edition – Revised (DSM-III-R). Washington: American Psychiatric Association, 1987.
17. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM). Washington: American Psychiatric Association, 1952.
18. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. (DSM-5). American Psychiatric Association. Washington DC, 2013.
19. Farooq S. Is acute and transient psychotic disorder (ATPD) mini schizophrenia? The evidence from phenomenology and epidemiology. Acute and transient psychotic disorders (ATPD) // Psychiatria Danubina. – 2012. – Vol. 24, № 3. – P. 311–315.
20. Galderisi S. Current issues in reclassifying schizophrenia in DSM-V and ICD-11. In: WPA International Congress 2012 (Abstr.); p. 19.
21. International Classification of Diseases. Tenth Revision (ICD-10). Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. – Geneva: WHO, 1992.
22. Jablensky A. Towards a revised classification of schizophrenia spectrum disorders in ICD-11. In: WPA International Congress 2012 (Abstr.); p. 20.
23. Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses // Am J. Psychiatry. – 1933. – Vol. 90. – P. 97–126.
24. Marneros A. Beyond the Kraepelinian dichotomy: acute and transient psychotic disorders and necessity for clinical differentiation // Br. J. of Psychiatry. – 2006. – Vol. 189. – P. 1–2.
25. Udomratn P. Acute and transient psychotic disorder: a propose for change in ICD-11. In: WPA International Congress 2012 (Abstr.); p. 20.

УДК 616.89

## ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МНЕСТИКО-ИНТЕЛЕКТУАЛЬНОГО ДЕФЕКТА ПРИ ЛЕГКОЙ УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВОЛЕВОГО ДЕФЕКТА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Лелевкина Е.С.

*Областная клиническая психиатрическая больница «Богородское», Иваново*

В статье приводится клинический пример дифференциальной диагностики мнестико-интеллектуального дефекта при легкой умственной отсталости и эмоционально-волевого дефекта при шизофрении. Анализ анамнестических данных, меддокументации и результаты клинического исследования пациента свидетельствуют о несоответствии ранее установленного пациенту диагноза «легкая умственная отсталость», диагностическим критериям данного психического расстройства. У пациента отсутствовало отставание в психомоторном развитии, а также отсутствует тотальность психического недоразвития, с возрастом психическое состояние пациента стало прогрессивно ухудшаться, при этом при патопсихологическом исследовании отмечалось усугубление интеллектуального дефекта с легкой до умеренной степени, без воздействия каких-либо экзогенных и эндогенных факторов, что привело к ошибочной диагностике у пациента «легкой умственной отсталости». В статье приведены критерии и доказательная база необходимости диагностирования эмоционально-волевого дефекта при шизофрении.

**Ключевые слова:** умственная отсталость, шизофрения, дифференциальный диагноз

## FEATURES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF MNESTIKO-INTELEKTUALNOGO OF DEFECT AT EASY INTELLECTUAL BACKWARDNESS AND EMOTIONAL AND STRONG-WILLED DEFECT AT SCHIZOPHRENIA ON THE EXAMPLE OF THE CLINICAL CASE

Lelevkina E.S.

*Regional clinical psychiatric hospital «Bogorodskoye», Ivanovo*

In article the clinical example of differential diagnostics of mnestiko-intellectual defect at easy intellectual backwardness is given and emotional and strong-willed defect at schizophrenia. The analysis the anamnestic data, medical documentation and results of clinical trial of the patient testify to discrepancy of the diagnosis which is earlier established to the patient «easy intellectual backwardness», to diagnostic criteria of this mental disorder. The patient had no lag in psychomotor development, and also there is no totality of a mental underdevelopment, with age the mental condition of the patient became progressive to worsen, thus at patopsichologicheskoy research aggravation of intellectual defect with easy to moderate degree, without influence of any exogenous and endogenous factors that led to wrong diagnostics at the patient of «easy intellectual backwardness» was noted. Criteria and evidential base of need of diagnosing of emotional and strong-willed defect at schizophrenia are given in article.

**Keywords:** intellectual backwardness, schizophrenia, differential diagnosis

Пациент «К» 21 год. По данным из меддокументации, наследственность пациента отягощена хроническим алкоголизмом отца. Родился он от 1 или 2-й беременности (неразборчивая запись), 1-х своевременных родов, в лобном предлежании. Беременность у матери протекала на фоне угрозы прерывания, нефропатии второй половины беременности, внутриутробной гипоксии плода. У матери диагностировалась «Водянка 1 степени». Роды были путем операции кесарево сечение, вес при рождении 3400 г, оценка по шкале Апгар 8/8 баллов». В 1 месяц осматривался неврологом с жалобами матери на беспокойство, срыгивание у ребенка, устанавливался диагноз: «Перинатальная энцефалопатия средней тяжести, гипертензивный синдром», назначалось лечение. В 1 год прошел осмотры специалистов (ЛОП, окулист, хирург, невропатолог),

всеми был признан здоровым ребенком. Болел редко. На 1-м году жизни однократно перенес ОРВИ, в 2 года болел очаговой пневмонией средней тяжести, в марте 1998 г. (2,5 года) устанавливался диагноз: «Энурез». Лишь после 3-х лет стал чаще болеть простудными заболеваниями, в 2006 г. перенес ветряную оспу. Отец умер в 2006 г., родители были в разводе с 1998 г., с этого момента воспитывался бабушкой и дедушкой в обстановке гиперопеки. По сведениям со слов матери в меддокументации, пациент начал ходить с 11 месяцев, не ползал, речь развивалась нормально, у него отмечалась «болезнь замкнутого пространства, включенной лампочки (вследствие резкого удара об нее)», с детьми общался мало, играл в основном один. До 4-х лет жил с отцом и матерью, с 4-х лет стал проживать с бабушкой и дедушкой. По сведениям из меддокумен-

тации, пациент детский сад посещал с 4-х лет, рос тихим, застенчивым. Навыки самообслуживания формировались медленно. По сведениям со слов матери в меддокументации, обучение начал с 7 лет в общеобразовательной средней школе, дублировал 1 класс. Успеваемость была низкая, интереса к учебе не проявлял. Домашние задания всегда выполнял с помощью бабушки. Там же указано, что волевые качества у пациента отсутствовали, преодолевать трудности не умел, был мало эмоциональный, замкнутый в себе, «держал эмоции внутри себя», невнимательный, «памяти не было, не запоминал поручения». Также мать отмечала, что потребность в общении у него была, но дети от него отворачивались. Любил смотреть телевизор, читать газеты, близких друзей не было. Со слов матери в меддокументации также указано, что в классе взаимоотношения у пациента были напряженные, в семье был замкнут, в основном молчал, ни о чем не рассказывал, с детства был тихий, замкнутый, очень медлительный в делах, интерес ни к чему не проявлял. На все отвечал: «Я не хочу» или молчал. По сведениям из меддокументации, пациент под амбулаторным наблюдением психиатра состоял с 2006 г. с диагнозом: «Органическое расстройство личности», дублировал 1 класс, в 4 классе впервые обследовался психологом амбулаторно, давалось заключение: «IQ 75-53-61». В коррекционную школу не его переводили. С 2006 г. по 2011 г. на прием пациент не обращался. По сведениям из меддокументации, пациент окончил 9 классов общеобразовательной школы. В характеристике на пациента, как ученика 9 класса общеобразовательной школы указано, что он обучался в данном учебном заведении с 1 класса. За время обучения он показал слабые знания по всем основным предметам. Невнимательность, медлительность при устном ответе и при письме плохо сказывались на его успеваемости. Во время уроков или занятий часто «уходил в свои мысли». Был особенный ребенок, для его обучения всегда требовался индивидуальный подход. Он не обидчивый, никогда не ничего не рассказывал. Класс, в котором он учится очень дружный. Поэтому очень часто одноклассники помогали, по данным характеристики, пациенту в учебе, навещали, когда он болел, звали с собой гулять. На замечания взрослых он реагировал адекватно. С удовольствием участвовал в классных и школьных мероприятиях. Ответственно относился к порученному ему заданию. Был замкнутый, трудный молодой человек. По сведениям из меддокументации, он участвовал в ведении домашнего хозяйства, выпол-

нял простую работу, активности не проявлял. Свободное время проводил с друзьями младше по возрасту. Вредных привычек не имел. Тяжелых соматических заболеваний не переносил, перенес ОРВИ, грипп, ветряную оспу, травму ноги. Реагирует на колебания атмосферного давления, плохо переносит транспорт. В 2011 г. лечился в неврологическом стационаре с диагнозом: «Лабильная артериальная гипертензия. СВД по смешанному типу, кризовое течение. МАРС (пролапс митрального клапана 1ст., дополнительная хорда в левом желудочке) Резидуальная энцефалопатия (перинатальная, сосудистая) Нестабильность ШОП. Цервикалгия. Миофасциальный синдром. Ипохондрический синдром. Деформация грудной клетки. Сколиотическая осанка. Множественные пигментные невусы». ЧМТ с потерей сознания, по сведениям из меддокументации, не было. По окончании школы не работал и не учился. Был направлен в 2011г. на обследование в психиатрический стационар с целью решения вопроса об обучении. В психическом статусе отмечалось, что пациент в отделение поступил в спокойном состоянии, с обследуемыми не общался, держался отстраненно, время провел в постели. Интересов нет. Книг не читал, в настольные игры не играл. При первичном осмотре врачом отделения, контакту был доступен, сидел, опустив голову, избегал зрительного контакта, на вопросы отвечал односложно, тихим голосом. Эпизодически на лице появлялась выраженная вегетативная реакция в виде гиперемии кожи. Ориентирован был верно. Сознание не помрачено. Расстройств восприятия не выявлялось. Бредовых идей не высказывал. Мышление оценивалось конкретным, его темп был невысок. Абстрагирование оценивалось на низком уровне. Смысл пословиц и поговорок объяснял конкретно, слабо пользовался подсказками. Операции на сравнение и исключение проводил конкретно, испытывал затруднение, не мог выделить 4 лишнее, считал с ошибками, которые не исправлял, слабо пользовался подсказками. Общий уровень знаний оценивался малым, словарный запас также оценивался малым. Познавательный интерес отсутствовал. Суждения были не зрелы, инфантильны. Память оценивалась сниженной на текущие события. Интеллект оценивался низким. Фон настроения был неустойчив. Эмоционально лабилен. Критические способности снижены. Цель направления не понимал, объяснить не мог. Планов не строил. К обследованию относился формально, заинтересованности не было. Внимание оценивалось неустойчивым. При этом, как указано в меддокумен-

тации, давал подробные анамнестические сведения. Неврологом давалось заключение: «Резидуальная перинатальная энцефалопатия». Психологом давалось заключение: «Выявлены признаки легкого снижения уровня формального интеллекта». Посещал психореабилитационное отделение, заключение психиатра психореабилитационного отделения: «Может работать только в специально созданных условиях». В меддокументации отмечалось, что в течение всего периода обследования проявил низкие интеллектуальные способности, познавательного интереса не проявлял, книг не читал, телевизор не смотрел, время бесцельно проводил в палате, в общении был не замечен, держался обособлено, замкнуто. Был выписан в связи с окончанием обследования с диагнозом: «Легкая умственная отсталость без нарушения поведения вследствие перинатальной энцефалопатии». После выписки из отделения, поступил учиться в профессиональное училище – интернат на обучение по профессии «портной», в характеристике из данного учебного заведения указывалось, что интереса к учёбе не проявлял, любимых предметов не было. За время обучения показал слабые способности. Память была плохая, при устном ответе кроме медлительности, очень заметно нарушение мыслительных процессов, не мог формулировать и четко выражать свои мысли, с трудом делал логические обобщения. Словарный запас был ограничен. На вопросы отвечал односложно. Мог повторять действия за другими или делал что-либо с подачи, подсказки других. С программой производственного обучения не справлялся. У него была плохо развита мелкая моторика и плохая координация движений, поэтому он с трудом выполнял даже самые простые задания. При выполнении заданий допускал много ошибок, их не осознавал, не мог самостоятельно проверить и оценить результат своей работы. Темп работы был очень медленный, мог отказываться от работы, не объясняя причины. С учащимися в группе не общался. Характер у него был замкнутый, застенчивый, испытывал трудности при общении. В поведении могли проявляться упрямство, лень. Свои чувства выражать не любил. Устойчивых интересов не имел. С трудовыми поручениями и обязанностями дежурного в группе и училище не справлялся. Общение с педагогами носило ровный, спокойный характер. Санитарно-гигиенические навыки были не развиты. Не мог следить за собой, и за помещением, в котором проживал. В дальнейшем проживал с бабушкой и дедушкой. Немного участвовал в ведении домашнего хозяйства, под

контролем выполнял простую работу, самостоятельной активности не проявлял. Свободное время проводил бесцельно. Друзей не было. Вредных привычек не было. Со слов родных было известно, что пациент задавал странные вопросы, жаловался на головную боль, слабость, головокружение, отмечалось повышение уровня артериального давления, болезненные ощущения в области шейных позвонков, стал кивать головой вверх-вниз, в стороны, что-то переживал, нервничал, был «как забитый, загнанный в угол звереныш». В 2012 г. вновь стационарно обследовался и лечился в психиатрическом стационаре в связи с очередным переосвидетельствованием в МСЭ. В психическом состоянии отмечалось, что в отделение поступил в спокойном состоянии, с обследуемыми не общался, держался отстраненно. Интересов не выявлялось. Контакту был доступен, сидел, опустив голову, избегал взорового контакта, на вопросы отвечал односложно, тихим голосом. Эпизодически на лице появлялась выраженная вегетативная реакция в виде гиперемии кожи. Ориентирован был верно. Сознание не помрачено. Расстройств восприятия не выявлялось. Бредовых идей не высказывал. Мышление оценивалось конкретным, темп его невысок. Абстрагирование оценивалось на низком уровне. Смысл пословиц и поговорок объяснял конкретно, слабо пользовался подсказками. Операции на сравнение и исключение проводил конкретно, испытывал затруднение, не мог выделить 4 лишнее, считал с ошибками, которые не исправлял, слабо пользовался подсказками. Общий уровень знаний оценивался малым, словарный запас также был мал. Познавательный интерес отсутствовал. Суждения были не зрелы, инфантильны. Память оценивалась сниженной на текущие события. Интеллект оценивался низким. Фон настроения был неустойчив. Эмоционально лабилен. Критические способности были снижены. Цель направления не понимал, объяснить не мог. Планов не строил. К обследованию относился формально, заинтересованности не проявлял. Внимание было неустойчивое. Неврологом давалось заключение: «Резидуальная перинатальная энцефалопатия, стабильное течение». ЭХО-ЭГ – без особенностей. На ЭЭГ выявлялись признаки невыраженной дезорганизации биоэлектрической активности головного мозга. Психологом давалось заключение: «Признаки легкого снижения уровня формального интеллекта». По данным НС-психотеста были выявлены признаки значительного снижения функции памяти, внимания на фоне выраженной истощаемости, общего

снижения работоспособности, вегетативных нарушений. При психологическом тестировании – достоверность данных по тесту ММИЛ была сомнительна. В отделении в течение всего периода обследования и лечения в поведении был незаметен, ничем себя не проявлял, интерес к чему-либо отсутствовал. В общих разговорах не участвовал. За собой ухаживал плохо, личные вещи содержал в беспорядке, на замечания не реагировал, раздражался. Отличался моторной неловкостью, некоординированностью движений. На вопросы отвечал односложно, тихим голосом, после длительных пауз. Свои мысли выразить не мог. В помощи по отделению не участвовал. Цели обследования не понимал, пребыванием тяготился. Был выписан с диагнозом: «Легкая умственная отсталость со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения, обусловленная перинатальной энцефалопатией». В дальнейшем пациенту была установлена 2 группа инвалидности по психическому заболеванию бессрочно. По сведениям из меддокументации, после выписки проживал с бабушкой, дома ничем не занимался. Не работал. Тяжелые заболевания, ЧМТ отрицал. Алкоголь не употреблял. Участкового психиатра не посещал, лекарств не принимал. Ухудшение в психическом состоянии отмечалось с декабря 2014г. когда стал непослушен, раздражителен, груб, злобен, проявлял агрессию в отношении бабушки, наносил ей побои, нападал на окружающих, угрожал расправой, пугался своего отражения в зеркале, периодически нарушался сон, выбегал на улицу раздетый. При осмотре врачами бригады скорой помощи был спокоен, контакт с ним был непродуктивный, предоставленный сам себе, начинал раскачиваться, периодически улыбался. Был госпитализирован в психиатрический стационар, где находился с января по апрель 2015г. В психическом статусе при первичном осмотре врачом отделения отмечалось, что сознание пациента было не помрачено. Понимал, где находится, путал дату, год назвал правильно. Был неряшлив. Моторно спокоен, сидел в одной позе, опустив голову, избегал взорового контакта. На вопросы отвечал скупой, односложно. Мышление было замедлено, конкретно, суждения примитивны, лексикон беден. Бредовых идей не высказывал, обманов восприятия не выявлялось. Память, интеллект оценивались низкими. Не был способен к абстрагированию, обобщению, выделению существенных признаков. Не отрицал, что дома обижал бабушку, но своего поведения не объяснял. Был без критики. Эмоционально лабилен. Неврологом давалось заключение:

«Резидуальная перинатальная энцефалопатия, стабильное течение». Психологом давалось заключение: «На момент обследования выявлены признаки умеренного снижения интеллектуальной деятельности. Мышление с признаками снижения аналитико-синтетических функций. Эмоциональная синтонность, критичность, волевой компонент снижены. Проявляются признаки трудностей социальной адаптации». На фоне лечения состояние пациента улучшилось, стал спокоен, настроение ровное, малообщителен, не заметен, режим не нарушал. Психических расстройств, антисоциальных и суицидальных тенденций не выявлялось. Был выписан домой под наблюдение диспансерного отделения с диагнозом: «Легкая умственная отсталость с нарушениями поведения». Вновь поступил в психиатрический стационар в мае 2015 г. в связи с ухудшением психического состояния в течение 1 недели перед госпитализацией, когда был раздражителен, агрессивен, пинал мебель, неоднократно пытался избить бабушку, в день госпитализации пытался душить бабушку, бил, говорил: «Убью», в связи с чем был госпитализирован в стационар. При поступлении сознание было не помрачено, контакту не доступен, на вопросы не отвечал. Обманов восприятия не выявлялось. Моторно спокоен, отмечалось, что интеллектуально снижен, раздражителен. В психическом состоянии отмечалось, что в отделение прошел без принуждения, режим не нарушал, в пределах наблюдательной палаты удерживался, ночи спал. Пищу принимал достаточно. При осмотре зав. отделением был моторно неловок, неряшлив. Рот приоткрыт. Выражение лица оценивалось как «пустое». Сознание не помрачено, в месте и собственной личности ориентирован верно, во времени дезориентирован. Профиль стационара не осмыслял. Цель госпитализации не формулировал. Катамнестические сведения давал скупой, отвечал односложно после значительных пауз, по навоящим вопросам. Речь оценивалась сохраненной, косноязычной, с обедненным словарем. Нуждался в стимуляции и побуждении, упрощении вопроса. Критика к поведению в быту и агрессии отсутствовала. Свое поведение дома объяснить не мог. Обманов восприятия и бредовых идей не вылось. Мышление оценивалось в замедленном темпе, конкретным, непродуктивным, указывалось, что абстрагирование недоступно, уровень обобщения мал. Интеллект констатировался сниженным по олигофреническому типу до уровня выраженной дебильности (без описания). К факту госпитализации был равнодушен. На лице отмечалась

периодически улыбка. Волевые задержки и самоконтроль снижены, фон настроения был приподнят с дурашливостью. Эмоционально лабилен, неадекватен. Устанавливался диагноз: «Легкая умственная отсталость со значительными нарушениями поведения, требующими ухода и лечения». На рентгенограмме черепа выявляется «картина ВЧГ» ЭХО было без патологии. Неврологом давалось заключение: «Резидуальная перинатальная энцефалопатия, стабильное состояние». В отделении первое время был внешне психически неустойчив, негативистичен, агрессивен, задирист. Эмоционально лабилен, «слабоумен» (без описания). Критики к поведению не было. В дальнейшем на фоне лечения агрессия редуцировалась, в дневниковых записях лечащих врачей отмечалось, что «слабоумен» (без описания), в личности месте ориентирован верно, дату не знал. Бреда и галлюцинаций за весь период пребывания в отделении не выявлялось. Мышление оценивалось замедленным, конкретным, память и интеллект сниженными до уровня дебильности по олигофреническому типу (без описания). Эмоционально оценивался примитивным, неадекватным. Отмечалось, что «настроение стало ровным. Режим не нарушает. Ночи спит». Мать пациента обратилась в суд с заявлением о признании сына недееспособным, в связи с чем ему в рамках гражданского дела в 2015 г. проводилась амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза, во время которой было отмечено, что он неуклюж, мелкая моторика рук не развита, неряшлив. При обследовании находился в непомраченном сознании, мимика его отличалась бедностью, выражение лица было однообразное, голос монотонный, без эмоциональной окраски. Контакт с ним был малопродуктивный из-за его психического состояния: периодически во время беседы он переставал отвечать на вопросы, опускал голову вниз, улыбался, смеялся, затем стал выглядывать в окно кабинета, свое поведение объяснял тем, что «Денис Феохин стоит за коном, меня ждет, анекдоты говорит, я его слышу, с улицы посылает он меня подальше и здесь разговаривает, я с ним в школе познакомился, он сейчас на улице, его привезли». На вопрос экспертов о том, учится он или работает, ответил так: «Я Богом работаю, Денис сказал, я его слышу, он говорит: Эх», затем сказал: «Дядя Саша Шабанов – Бог, он это сказал». Периодически были ответы не по существу, на вопросы экспертов отвечал: «Сосед Саша». О том, когда он впервые стал слышать «голос» Дениса, дяди Саши, не сказал; таким образом, у него были выявлены истинные слуховые галлюцина-

ции. Был пассивен, безынициативен, интереса к обследованию и судебной ситуации не проявлял. Периодически во время беседы стереотипно издавал хрипящие звуки, объяснял тем, что «Горло болит». Моторно был спокоен, сидел на стуле. Сам активности не проявлял, отвечал только на вопросы экспертов, которые требовалось формулировать в упрощенном виде, ответы носили односложный характер, словарный запас подэкспертного невелик. В месте, собственной личности ориентирован был полностью, во времени ориентирован неточно. Причину, по которой его госпитализировали, назвать отказался, свое неправильное поведение дома отрицал. О судебной ситуации не знал, цели и названия обследования не знал. Ему давались объяснения, после чего сказал, что он дееспособный, затем сказал, что он недееспособный и ему нужен опекун. Понятие опекуна определил как: «Который помогает». Бреда на момент осмотра не выявлялась. Мышление подэкспертного было непоследовательное, малопродуктивное. Настроение оценивалось ровным, патологически измененного фона настроения на момент обследования не выявлялось. Память оценивалась как «без грубой патологии», уровень интеллекта определялся невысоким с малым запасом знаний, в том числе бытовых вопросов. Критические способности оценивались выражено сниженными. В связи с тем, что ранее установленный ему диагноз: «Легкая умственная отсталость с нарушением поведения» вызывал у экспертов сомнение, предполагалось наличие у него эндогенного психического расстройства в форме шизофрении, рекомендовалось производство в отношении него стационарной судебно-психиатрической экспертизы, которая ему также проводилась в 2015 г., при этом терапевтом давалось заключение: «Патологии со стороны внутренних органов не выявлено. Себя рея лица». Неврологом давалось заключение: «Резидуальная перинатальная энцефалопатия». В психическом состоянии при первичном осмотре на экспертном отделении отмечалось, что пациент находился в непомраченном сознании. Ориентирован был правильно в месте нахождения и собственной личности (правильно назвал свои фамилию, имя, отчество, возраст, дату рождения). Понимал, что находился в больнице «Богородское», что больница «для психов», поступил на обследование. Цель направления на экспертизу не знал, хотя ранее были даны разъяснения. На вопросы о текущей дате не отвечал, молча улыбался. При беседе в целом был спокоен, сидел на стуле, зрительный контакт был непостоянный, часто

смотрел в сторону, оглядывал потолок, устремлял взгляд поверх голов экспертов в окно. Контакт с ним был непродуктивный, на лице часто появлялась неадекватная улыбка, иногда замирал и смотрел на свои руки. Почти всё время раскачивался туловищем взад-вперед. Словесный контакт с ним был затруднен, воспринимал только просто сформулированные вопросы, отвечал не на все вопросы, ответы, как правило, данные после повторно заданных вопросов, носили односложный характер или делал соответствующие движения головой («да-нет»). Мимика была бедная, однообразная, эмоции примитивные, неадекватные. Голос тихий, лишен голосовых интонаций. Во время беседы был пассивен, сам никакой активности и интереса не проявлял. После повторного разъяснения понял, что решался вопрос об установлении над ним опеки, определил, что «опекун – он помогает», на вопрос экспертов, нужен ли ему опекун, ответил утвердительно. Свое мнение не обосновал, молчал. Далее сообщил, что проживает с родителями и сестрой, правильно назвал их возраст. Сообщил, что закончил общеобразовательную школу, дублировал 1 класс, закончил 9 классов и училище «на Московской». На момент осмотра бредовых идей не выявлялось. Выявлялись слуховые обманы восприятия, о которых говорил скупко, по расспросам экспертов. Рассказал, что слышал голос «Владика Капустина», он доносится «оттуда» (кивает на окно). О содержании «голоса», кто такой Влад Капустин – не говорил, улыбался. Сказал, что «считал себя Богом», однако, что это значит, не пояснял, при этом засмеялся. Патологически измененного фона настроения на момент осмотра не обнаруживал. Мышление было замедленное по темпу, малопродуктивное. Память оценивалась грубого снижения. Интеллект оценивался невысоким, запас знаний малым, в бытовых и социальных вопросах не был ориентирован. Критические способности были выражено снижены. Психологом давалось заключение: «В данном исследовании выявлена заторможенность мыслительной деятельности. Мыслительная деятельность в настоящее время подчиняется не объективным критериям, а субъективным переживаниям, которыми он сейчас захвачен. Мышление нецеленаправленно. Снижены критические способности в целом». В дальнейшем в отделении во время производства стационарной судебно-психиатрической экспертизы требовал постоянного наблюдения и ухода персонала. Контакт с ним был непродуктивен, иногда односложно отвечал на вопросы, иногда не отвечал, сам к общению не стремился.

Простые инструкции выполнял иногда сразу, иногда после повторения. Ничем не был занят, постоянно погружен в свои переживания. Личную гигиену соблюдал только под контролем и при побуждении персонала. После еды одежду, рот, руки пачкал пищей, дискомфорта не ощущал, без вмешательства персонала мог лечь в койку, не приведя себя в порядок. Душ, ежедневные гигиенические процедуры, стрижка ногтей – только при побуждении, под контролем. Аппетит был повышен, ел много, не соблюдая установленного режима питания, требовал продукты из передачи. При отказе – был замечен в том, что берет конфеты, печенье у других обследуемых, на что поступали жалобы соседей по палате. Ночи спал. У него в течение всего периода пребывания в отделении имели место нарушения поведения, обусловленные наличием у него отрывочных слуховых и обонятельных галлюцинаций, расстройств двигательного-волевой сферы (кататонических расстройств): периодически озирался, улыбался или хмурился, потирал различные участки тела, после чего нюхал пальцы; длительными периодами, сидя на койке, раскачивался туловищем взад-вперед, иногда выкрикивал нечленораздельные звуки, иногда бормотал: «дили-дили-дили», особым образом пощелкивал пальцами. Критики к состоянию, поведению не было, считал, что у него «всё хорошо», пребыванием в больнице не тяготился, своей дальнейшей судьбой, сроком выписки не интересовался.

Исходя из всего вышеуказанного, в данном конкретном клиническом случае необходимо было провести дифференциальную диагностику между легкой умственной отсталостью и шизофренией.

#### **Диагностические критерии «Легкой умственной отсталости»**

В соответствии с критериями МКБ-10, легкая умственная отсталость – это состояние задержанного или неполного развития психики, которое в первую очередь характеризуется нарушением способностей, проявляющихся в период созревания и обеспечивающих общий уровень интеллектуальности, то есть когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей. Для достоверного диагноза должен устанавливаться пониженный уровень интеллектуального функционирования, приводящий к недостаточной способности адаптироваться к повседневным запросам нормального социального окружения. При использовании надлежащих стандартизованных тестов по определению коэффициента умственного развития на легкую умственную отсталость указывают показатели в диапазоне 50-69).

В отечественной психиатрии умственная отсталость – это сборная группа устойчивых, непрогредиентных патологических состояний, органической природы, характеризующихся врожденным или рано (до 3-х лет) приобретенным общим психическим недоразвитием с преимущественно интеллектуальной недостаточностью. Основными признаками умственной отсталости считаются:

– отсутствие прогрессивности, не-процессуальный характер, устойчивость и стабильность патологического состояния с интеллектуальным недоразвитием, которое характеризуется тем, что при данном патологическом состоянии не происходит выздоровления, а может при благоприятных условиях только наблюдаться относительная компенсация интеллектуального дефекта;

– тотальность общего психического недоразвития, при котором наряду с интеллектом страдают восприятие, внимание, речь и мышление, память, эмоционально-волевая и двигательная сферы человека.

– Ограниченный и низкий уровень адаптивного социального функционирования.

Исходя из диагностических критериев МКБ-10 необходимо дифференцировать психическое состояние пациента с диагнозом: «Гебефреническая шизофрения».

В соответствии с МКБ-10 F20.1 Гебефреническая (гебефреническая) шизофрения это форма шизофрении, при которой выражены эмоциональные изменения, отмечаются фрагментарность и нестойкость бреда и галлюцинаций, безответственное и непредсказуемое поведение, часто встречается манерность. Аффект неглубокий и неадекватный, часто сопровождается хихиканьем, самодовольством, самопоглощенной улыбкой, величественными манерами, гримасами, манерностью, проказами, ипохондрическими жалобами и повторяющимися выражениями. Мышление дезорганизовано, речь разорвана. Имеется тенденция к изоляции, поведение бесцельное и лишено эмоциональной окраски. Эта форма шизофрении обычно начинается в возрасте 15-25 лет и имеет плохой прогноз из-за быстрого развития «негативных» симптомов, особенно из-за уплощенного аффекта и утраты побуждений. К тому же, выражены нарушения эмоциональной сферы и побуждений, расстройство мышления. Могут присутствовать галлюцинации и бред, но они не являются ведущим симптомом. Влечение и решительность утрачены, цели потеряны и таким образом поведение больного становится бесцельным и бессмысленным. Поверхностное и манерное увлечение религией, философией и другими абстрактными

теориями создают трудности в том, чтобы следить за мыслью больного. Следует отметить: течение гебефренической шизофрении может быть эпизодическим (приступообразно-прогредиентным) (F20.11x) и хроническим непрерывным (F20.10x). Диагностические указания: Обычно гебефреника должна быть впервые диагностирована в подростковом или юношеском возрасте. Преморбидно такие больные чаще всего застенчивы и одиноки. Для достоверного диагноза гебефреники необходимо наблюдение за больным в течение 2-3-х месяцев, на протяжении которых сохраняется вышеописанное поведение.

Но при этом в психиатрии всегда уделялось большое внимание преморбидным особенностям личности, таким как: слабая потребность в контакте, избирательную общительность, уход в свой внутренний мир, одни дети отказываются от контактов со сверстниками, предпочитая общаться с взрослыми, другие дети, хотя и стремятся общаться со сверстниками, плохо с ними уживаются, либо в связи с застенчивостью и неумением постоять за себя либо наоборот в связи с драчливостью и эгоистичностью. В школьные годы такие дети часто, несмотря на достаточные способности, плохо учатся.

Клинические критерии при дебютировании шизофрении у детей и подростков:

1) заболевание часто начинается невротическими жалобами (головные боли, тянущие боли в шее, чувство перенапряжения и т.д.);

2) симптомы возникают исподволь и нередко являются обострением характерологических черт преморбидного периода;

3) происходит отчуждение от семьи и далее – безразличие к собственной судьбе;

4) постепенная аутизация.

Таким образом, исходя из всего вышеуказанного, можно сделать вывод о том, что анализ анамнестических данных, меддокументации и результаты клинического исследования пациента свидетельствуют о несоответствии ранее установленного пациенту диагноза «легкая умственная отсталость», диагностическим критериям данного психического расстройства. У пациента отсутствовало отставание в психомоторном развитии, а также отсутствует тотальность психического недоразвития, с возрастом психическое состояние пациента стало прогрессивно ухудшаться, при этом при патопсихологическом исследовании отмечалось усугубление интеллектуального дефекта с легкой до умеренной степени, без воздействия каких-либо экзогенных и эндогенных факторов, что привело к ошибочной диагно-

стике у пациента «легкой умственной отсталости».

Исходя из всего вышеуказанного можно сделать вывод о том, что у пациента «К» имеется психическое расстройство в форме шизофрении, что подтверждается наличием у него с детства преморбидных особенностях личности шизоидного типа (замкнутость, необщительность, трудности в установлении контактов с окружающими, снижение побуждения к общению, стремление находится в одиночестве, предпочтение занятиями теми видами труда не требующими длительного общения с людьми, невыразительные эмоциональные реакции), наличии нестойких, отвлеченных страхов (боязнь замкнутого пространства, лампочки), в связи с чем пациент слабо справлялся с программой общеобразовательной школы, не смог усвоить программу училища, с формированием у него в дальнейшем начиная с подросткового возраста специфических для шизофренического процесса негативных изменений психики в виде нарушений в эмоционально-волевой сфере (нарастание замкнутости, отгороженности от окружающих, эмоционального оскуднения, парадоксальности, неадекватности эмоциональных реакций, апатичности, неприязненного, до-

ходящего до жестокости, озлобленности отношения к близким, неряшливости, неопрятности); присоединением в дальнейшем к клинической картине заболевания характерных для шизофренического процесса симптомов в виде неприятных ощущений в теле, фрагментарных слуховых галлюцинаций, кататонических расстройств в виде двигательных и речевых стереотипий, которые сопровождались соответствующим данным переживаниям неправильным поведением, (возникновение эпизодов выраженного психомоторного возбуждения с аффективными расстройствами в виде злобы, гнева, раздражения, с агрессией по отношению к близким).

#### Список литературы

1. Дмитриева Т.Б., Ткаченко А.А., Харитонова Н.К., Шишков С.Н. Судебная психиатрия: Учебное пособие. – М., 2008.
2. Гурьева В.А., Дмитриева Т.Б., Макушкин Е.В., Гиндикин В.Я., Бадмаева В.Д. Клиническая и судебная подростковая психиатрия. – М., 2007.
3. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Раннее распознавание шизофрении. – М., 2002.
4. Калинина Е.В. Факторы, оказывающие влияние на первичную обращаемость пациентов к врачу-психиатру // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2014. – № 10. – С. 66-72.

УДК 616-01/-099

**АЛКОГОЛИЗМ И ШИЗОФРЕНИЯ, АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ****Мкртчян А.А.***ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России», Иваново*

Актуальность изучения сочетания шизофрении с алкоголизмом связана с широкой распространенностью этой патологии. При анализе литературы мы установили, что принятым мнением является утяжеление симптоматики шизофрении при её отягощении алкоголизмом, частое маскирование симптоматики за алкоголизациями, учащение их при нарастании изменений личности и большая вероятность быстрого распада личности при сочетании эндогенных и алкогольных составляющих изменений личности. Важным аспектом является приверженность здоровому образу жизни, её мотивация. Это важно как с точки зрения сохранения здоровья и его поддержания, так и с точки зрения своевременного «демаскирования» психических проявлений на ранних этапах развития психических расстройств. В связи с этим, необходим новый акцент в изучении данной проблемы, позволяющий проследить у больных шизофренией не только признаки склонности к алкоголизации и формирование алкоголизма, но и более широкое понятие приверженности к здоровому образу жизни. Это особенно важно на ранних этапах развития эндогенного процесса как один из элементов психопрофилактики.

**Ключевые слова:** алкоголизм, шизофрения, приверженность здоровому образу жизни**ALCOHOLISM AND SCHIZOPHRENIA, RELEVANCE OF THE PROBLEM****Mkrtchyan A.A.***Ivanovo state medical Academy, Ivanovo*

Relevance of studying of a combination of schizophrenia to alcoholism is connected with prevalence of this pathology. In the analysis of literature we established that the accepted opinion is weighting of symptomatology of schizophrenia at its burdening by alcoholism, frequent masking of symptomatology behind alkoholization, their increase at increase of changes of the personality and a high probability of fast disintegration of the personality at a combination of endogenous and alcoholic components of changes of the personality. An important aspect is commitment to a healthy lifestyle, her motivation. It is important as from the point of view of preservation of health and its maintenance, and from the point of view of timely «unmasking» of mental manifestations at early stages of development of mental disorders. In this regard, the new accent in studying of this problem allowing to track at patients with schizophrenia not only signs of tendency to alkoholization and formation of alcoholism, but also broader concept of commitment to a healthy lifestyle is necessary. It is especially important at early stages of development of endogenous process as one of psychoprevention elements.

**Keywords:** alcoholism, schizophrenia, commitment to a healthy lifestyle

Актуальность изучения сочетания шизофрении с алкоголизмом связана с широкой распространенностью этой патологии. Психические расстройства, сочетающиеся с алкогольной зависимостью, все чаще становятся объектами пристального изучения, поскольку существуют «на стыке» двух специальностей – наркологии и психиатрии, тем самым обуславливая трудности диспансеризации, профилактики и лечения пациентов.

Давно выяснено, что шизофрения может сочетаться с алкоголизмом, однако вопрос о том, как часто это происходит, и насколько одно заболевание провоцирует развитие другого, остается дискуссионным в течение многих десятилетий. В обзоре Ю.Б. Барыльник с соавторами отражено развитие представлений о влиянии хронической алкогольной интоксикации на клинику и течение шизофрении, а также особенностей клиники самого алкоголизма у больных шизофренией [1].

Достаточно высокой (1,1–1,5%) остается и распространенность шизофрении. Частота и злоупотребление алкоголем у боль-

ных шизофренией составляет около 45% [2]. По результатам исследований частота алкогольных психозов у больных шизофренией колеблется от 10,0 до 34% [4]. Истинная алкогольная зависимость достоверно чаще предшествовала развитию шизофрении и к моменту дебюта эндогенного заболевания зависимость достигала 2 степени. В исследовании Новикова С.А с соавторами [9] показано, что дебют шизофрении в 43,3% случаев истинной алкогольной зависимости был связан с алкогольным эксцессом и провоцировался им. Доказано, что истинная алкогольная зависимость, сочетающаяся с шизофренией, имеет выраженный наследственный компонент, высокую прогредиентность, превалирующий периодический тип злоупотребления алкоголем с более ранним формированием алкогольного абстинентного синдрома (ААС) с выраженными соматическим и психическим компонентами, возникающими на фоне ААС алкогольными психозами.

Сходные результаты приводятся в исследованиях других авторов (Шитов Е.А.,

Киселев Д.Н., Шустов Д.И., 2009, [11]. С.В. Назимова (2012 [8]) представила эволюцию взглядов на значение экзогенных факторов в этиопатогенезе эндогенных заболеваний, рассмотрела и проанализировала различные точки зрения на роль экзогенных факторов в формировании и течении эндогенных процессов, данные последних исследований, касающихся этого вопроса.

При изучении проблемы имеет место и противоречивость выводов в разных исследованиях. Так, в исследовании Колчева С.А., Литвинцева С.В. было показано, что употребление алкоголя у больных, страдающих параноидной шизофренией, приводит к снижению выраженности продуктивной симптоматики [7]. Однако Новиков С.А. с соавторами приводят результаты собственных исследований, где указывают, что «истинная алкогольная зависимость способствует в подавляющем большинстве случаев утяжелению течения шизофрении, повышению аутоагрессивности и агрессивности, проявлениям антисоциального поведения совершению общественно-опасных действий, что приводит к судимостям и активному диспансерному наблюдению... установлено, что симптоматическая алкогольная зависимость в структуре сочетанного заболевания утяжеляет проявления продуктивной симптоматики эндогенных и экзогенных психических расстройств, способствует патологической адаптации и социализации, что негативно сказывается на терапевтической мотивации» [9].

По изменениям в когнитивной сфере авторы сходятся на том, что у больных шизофренией с коморбидной патологией при наличии шизофренического дефекта показатели степени выраженности негативной симптоматики достоверно выше, чем у лиц, страдающих шизофренией без синдрома зависимости от алкоголя, что может свидетельствовать о неблагоприятном влиянии на состояние коры головного мозга такого сочетания. Наличие синдрома зависимости от алкоголя у лиц, страдающих параноидной шизофренией, приводит к нарастанию когнитивного дефицита [7].

Немаловажным является и наличие в симптоматике аффективных расстройств. В исследовании А.Г. Гофмана, И.В. Шлёмной, Е.С. Лошакова, К.Д. Малкова указано, что при сочетании шизотипического расстройства с алкоголизмом доминируют аффективные расстройства. Даже в тех случаях, когда эндогенное заболевание дебютирует появлением психопатоподобных или неврозоподобных нарушений, в дальнейшем начинают преобладать аффективные расстройства. Преобладают при сочетанном

течении двух заболеваний полиморфные и атипичные субдепрессивные расстройства, имеющие тенденцию к континуальному течению [3].

Детальный анализ сочетания алкогольной зависимости с психическими расстройствами: клинические варианты, организационные аспекты, провел в своем исследовании Д.Н. Киселев (2014, [6]), где вопросы сочетанного течения алкоголизма и шизофрении уделено значительное внимание.

Актуальны особенности течения сочетанной патологии. Алкоголизм формируется намного быстрее при сочетанном течении двух заболеваний. Преобладает истинный алкоголизм со сформированным алкогольным абстинентным синдромом. Симптоматический алкоголизм в форме многодневного пьянства встречается намного реже. Воздержание от алкоголя нередко связано с послаблением эндогенной симптоматики, обострение шизотипического расстройства часто приводит к возникновению запоев или многодневного пьянства. Наилучшие терапевтические результаты достигаются при проведении комплексной терапии, включающей применение психотропных препаратов, психотерапевтических методик и методов антиалкогольной терапии. Психозы, возникающие при сочетанном течении двух заболеваний, протекают в форме делириев, острых галлюцинозов и кратковременных эндоформных психозов. Они возникают, как правило, в первые дни после прекращения многодневного злоупотребления алкоголем. [3]. Многие из этих больных злобны, агрессивны и нередко совершают тяжелые преступления.

В некоторых случаях шизофрения на фоне алкоголизма приобретает своеобразное течение. При этом симптомы шизофрении длительное время могут быть замаскированы симптомами, свойственными алкоголизму. Со временем у этих больных, также обнаруживают выраженные признаки изменения личности – они «опускаются», становятся конфликтными, совершают аморальные поступки, теряют критическое отношение к себе, окружающим, нередко становятся на путь тунеядства, бродяжничества. По свидетельству многих ведущих психиатров, шизофрения нередко обостряется под влиянием алкоголя. Хорошо известна склонность больных шизофренией, употребляющих спиртные напитки, к агрессивным действиям. Систематическое пьянство больных шизофренией, пьяные дебоши могут создавать фасадный «алкогольный облик» и маскировать симптоматику шизофрении.

Известный советский психиатр Д.Р. Лунц на основании большого врачебного опыта констатирует, что среди больных шизофренией, совершивших опасные действия, сопровождавшиеся агрессией, бредом, насилием, у 30% такие преступления были спровоцированы алкоголем. Актуальность проблемы шизофрении, осложненной алкоголизмом, очевидна и потому, что при этом нередко затруднено своевременное распознавание шизофрении. Кроме того, алкогольная интоксикация усугубляет течение шизофренического процесса – провоцирует острые психотические состояния, актуализирует бредовые переживания, галлюцинации и т. д. Больные, находясь в таком состоянии, склонны к совершению социально опасных действий, в том числе повторных. По данным психоневрологических диспансеров, среди больных шизофренией, направленных на принудительное лечение, повторно опасные действия совершили 50-60% лиц, страдающих помимо основного недуга и алкоголизмом. Таким образом, на основании многочисленных наблюдений ученые-психиатры справедливо отводят алкоголю особую роль в обострении шизофренического процесса. В этих условиях больные нередко реализовывают скрытые агрессивные тенденции, то есть становятся социально опасными. Большинство психиатров указывают, что и шизофрения в сочетании с алкоголизмом характеризуется более злокачественным течением, обилием психических нарушений, расстройств в виде страха, тревоги, зрительных галлюцинаций, которые обычно сопровождаются бредовыми идеями отравления, отношениями.

Таким образом, мы установили, что принятым мнением является утяжеление симптоматики шизофрении при её отягощении алкоголизмом, частое маскирование симптоматики за алкоголизациями, учащение их при нарастании изменений личности и большая вероятность быстрого распада личности при сочетании эндогенных и алкогольных составляющих изменений личности.

Вместе с тем приверженность здоровому образу жизни, её мотивация крайне важны [5]. Это важно и с точки зрения сохранения здоровья и его поддержания, так и с точки зрения своевременного «демаскирования» психических проявлений на ранних этапах развития психических расстройств.

В связи с этим, мы планируем поставить новый акцент в изучении данной проблемы и проследить у больных шизофренией не только признаки склонности к алко-

лизации и формирование алкоголизма, но и более широкое понятие приверженности к здоровому образу жизни. Особое значение это приобретает на ранних этапах развития эндогенного процесса как один из элементов более поздних этапов психопрофилактики [10].

Целью нашей дальнейшей работы будет выявление у больных шизофренией приверженности здоровому образу жизни, широты распространения пагубной привычки употребления алкоголя, признаков алкогольной зависимости.

#### Список литературы

1. Барыльник Ю.Б., Филиппова Н.В., Деева М.А., Собакина О.Ю. Коморбидность шизофрении с синдромом зависимости от алкоголя (результаты изучения на протяжении века) // Наркология. – 2015. – Т. 14; № 4 (160). – С. 102-105.
2. Горбунова Е.В. Исследование ассоциаций ряда генов-кандидатов с острым алкогольным психозом: Автореф. дис. ... канд. мед-биол. наук. – Уфа, 2002. – 21 с.
3. Гофман А.Г., Шлёмина И.В., Лошаков Е.С., Малков К.Д. Малопрогрессирующая шизофрения (шизотипическое расстройство), сочетающаяся с алкоголизмом // Независимый психиатрический журнал. – ООО «Фолиум», 2009.
4. Двирский А.А., Иваников Ю.В., Бабанин В.А. Алкогольные расстройства у больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2006. – №5. – С.34-38.
5. Карасева Т.В., Руженская Е.В. Особенности мотивации ведения здорового образа жизни // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 5. – С. 23-24.
6. Киселев Д.Н. Сочетание алкогольной зависимости с психическими расстройствами: клинические варианты, организационные аспекты: диссертация. кандидата медицинских наук: 14.01.27, 14.01.06 / Киселев Дмитрий Николаевич; [Место защиты: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный научный центр наркологии» МЗ РФ]. – М., 2014. – 147 с.
7. Колчев С.А., Литвинцев С.В. Особенности проявления шизофренического дефекта у пациентов, страдающих параноидной шизофренией, в сочетании с синдромом зависимости от алкоголя // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 5. – С. 52-55.
8. Назимова С.В. Формирование и течение эндогенных психозов в условиях экзогенного воздействия: обзор литературы // Психиатрия. – 2012. – № 4 (56). – С. 52-57.
9. Новиков С.А., Шустов Д.И., Киселев Д.Н., Зуйкова Н.Л. Вторичная алкогольная зависимость у пациентов с шизофренией и органическими поражениями головного мозга // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2014. – Т. 13. № 4. – С. 117-125.
10. Психопрофилактика, современное понимание. Сборник научных трудов / Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Департамент здравоохранения Ивановской обл., Гос. учреждение здравоохранения Обл. клиническая психиатрическая больница «Богородское», Ивановская обл. общественная орг. «О-во психиатров, психотерапевтов и наркологов»; [редкол.: А.М. Футерман (гл. ред.), Е.В. Руженская (отв. ред.)]. Иваново, 2010.
11. Шитов Е.А., Киселев Д.Н., Шустов Д.И. Краткий обзор проблемы «двойного диагноза» (сочетание клинических расстройств и расстройств зависимости от психоактивных веществ) // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2009. – № 2. – С. 100-105.

УДК 581.143.4-611.018.4-611.716.4

## ПЕРСПЕКТИВЫ ТРАНСПЛАНТАЦИИ КОСТНОЙ ТКАНИ ПРИ ЗАМЕЩЕНИИ ДЕФЕКТОВ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Нагиева С.Э., Исмаилова Ф.Э., Нагиев Э.Р.

*ИГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия Минздрава России»,  
Махачкала, e-mail: nagiev53@mail.ru*

Проведен тщательный анализ данных литературы по трансплантации костей при замещении дефектов нижней челюсти при различных вариантах костной пластики, как в клинике, так и в эксперименте. Для полноценного восстановления поврежденной кости выгоднее применять такой пластический материал, который скорее рассасывался и быстрее замещался бы новой костной тканью с приобретением нужной толщины кости. Таким требованиям, по данным многих исследователей, соответствует костно-пластический материал, используемый не в виде большого костного трансплантата, а в виде небольших костных кусков, так как при этом создаются более благоприятные условия для рассасывания костной ткани трансплантатов. В настоящее время для замещения дефектов челюстей применяются как ауто-трансплантаты, так и аллотрансплантаты из губчатой или компактной костной ткани. В работе показаны как положительные, так и отрицательные стороны костной пластики при различных вариантах трансплантации костной ткани при замещении дефектов нижней челюсти, в частности, как в случаях аллотрансплантации, так и ауто-трансплантации.

**Ключевые слова:** дефекты нижней челюсти, ауто-трансплантат, аллотрансплантат, компактная кость, губчатая кость

## PROSPECTS OF THE TRANSPLANTATION OF A BONE TISSUE AT REPLACEMENT OF DEFECTS OF THE LOWER JAW.

Nagieva S.E., Ismailova F.E., Nagiev E.R.

*Dagestan State Medical Academy, Makhachkala, e-mail: nagiev53@mail.ru*

The analysis of data of literature on transplantation of bones at replacement of defects of the lower jaw at various options of bone plasticity is carried out, both in clinic, and in experiment. It is more favorable to apply such plastic material which would resolve rather to full restoration of the injured bone and it was quickly replaced with a new bone tissue with acquisition of the necessary thickness of a bone. To such requirements, according to many researchers, there has to correspond the bone and plastic material used not in the form of a big bone transplant, and in the form of small bone pieces as thus more favorable conditions for a rassasyvaniye of a bone tissue of transplants are created. Now to replacement of defects of jaws it is applied as auto-, and allotransplantata from spongy or compact this bone tissue. In work both positive, and negative sides of bone plasticity at various options of transplantation are shown.

**Keywords:** defects of the lower jaw, autograft, allotransplant, compact bone, spongy bone

Трансплантация органов и тканей – одна из наиболее актуальных проблем современной медицинской науки и практики здравоохранения. Интерес к ней особенно возрос в связи со сложившимися в новейшей истории военными событиями на Северном Кавказе и, в частности, в Республике Дагестан [18, 19, 29, 30].

Метод костной пластики, получивший столь широкое распространение в медицине, был впервые предложен нашим знаменитым соотечественником Н.И. Пироговым еще в 1852 году. В 1854 году Н.И. Пирогов в работе о лечении огнестрельных переломов указывал на хорошие пластические свойства мелких кусков кости. При изучении эволюции костного трансплантата одним из основных является вопрос о сохранении жизнеспособности пересаженной кости в различные сроки послеоперационного периода и об условиях и способах продления жизнеспособности пересаженной кости. Правильное решение этих вопросов имеет принципиальное значение при выборе материала для пластики (компактной или губ-

чатой кости), а также выбора метода трансплантации уже на практике.

В конце XX столетия и в последующие годы трансплантация аутогенной размельченной губчатой кости получили широкое распространение в клинике. Костные осколки при этом не только непосредственно участвуют в формировании новой костной ткани, но также активизируют остеопластические свойства периостальных и эндостальных остеогенных элементов костного ложа и стимулируют возникновение очагов метапластического костеобразования [33, 36].

В настоящее время для замещения дефектов челюстей применяются как ауто-, так и аллотрансплантаты из губчатой или компактной костной ткани. Для полноценного восстановления поврежденной кости выгоднее применять такой пластический материал, который бы скорее рассасывался и быстро замещался бы новой костной тканью с приобретением нужной толщины кости. Таким требованиям должен соответствовать костно-пластический материал, используемый не в виде большого костного

трансплантата, а в виде костных осколков. Костные осколки при этом не только непосредственно участвуют в формировании новой костной ткани, но также активизируют остеопластические свойства периостальных и эндостальных остеогенных элементов костного ложа и стимулируют возникновение очагов метапластического костеобразования. При использовании для пластики дефекта кости костных осколков, создаются благоприятные условия для рассасывания костной ткани трансплантатов-осколков, для более быстрой перестройки в месте пластики, для замещения дефекта новообразованной костной тканью со стороны подлежащего ложа реципиента [2, 13, 23, 24, 31, 46].

В литературе существуют различные мнения о судьбе и механизмах перестройки костных трансплантатов. Установлено, что перестройка костного трансплантата характеризуется двумя параллельно протекающими процессами: постепенным рассасыванием трансплантата при одновременном возрастании на месте погибшей и рассосавшейся ткани клеточных элементов из окружающего ложа реципиента [5, 9]. Морфологически такой процесс остеогенеза характеризуется врастанием в трансплантат обильно васкуляризированной соединительной ткани, которая распространяется по системе костных канальцев. При этом врастающая соединительная ткань резорбирует костное вещество, одновременно сосудистая ткань формирует молодое костное вещество, которое откладывается внутри трансплантата [10, 45].

Таким образом, резорбция и новообразование костного вещества составляют одновременно протекающий процесс замещения трансплантата. Строго последовательный характер этих явлений приводит к постепенному замещению новообразованной костью мертвого костного вещества. В итоге наступает восстановление кости. При этом следует отметить, что источником костеобразования новообразованной кости являются клетки самого трансплантата [40, 41, 44].

В экспериментальных исследованиях показано, что отсутствие клеток (остеоцитов) в костной ткани еще не является критерием ее жизнеспособности, так как само межклеточное вещество, составляющее основную массу костной ткани, способно обеспечить сохранение жизненных свойств кости [34].

Г.И. Лаврищева [14], Т.П. Виноградова и др. [5] расценивают факт рассасывания костного вещества с одновременным замещением новообразованной костной ткани, как проявление сохранения жизнеспособности пересаженного трансплантата, кото-

рое существенно зависит от протекающих в трансплантате обменных биохимических процессов. На возможность сохранения жизнеспособности у части клеток костного трансплантата указывает и Л.Л. Бригаднова [4], хотя, по ее мнению, количество таких клеток невелико и зависит от условий питания пересаженной кости в первые сутки после операции пересадки. По данным Thone и др. [50] тканевая жидкость, питающая трансплантат в первые 3-5 дней до установления постоянной сосудистой связи, проникает в компактную кость не более чем на 30 мкм, и поэтому выживают лишь те клетки, которые расположены на поверхности трансплантата и вокруг гаверсовых каналов. Большая же часть клеток кортикальной кости трансплантата погибает, а костное вещество со временем замещается вновь образованной тканью со стороны ложа реципиента. Губчатая кость с многочисленными открытыми порами, как отмечают авторы, более доступна для диффузии тканевой жидкости и формирования постоянной сосудистой связи. Аллогенные трансплантаты вначале ведут себя аналогично ауто трансплантатам. Их остеогенные клетки в первые сутки формируют новую костную ткань, которая, однако, вскоре подвергается резорбции. Существует мнение, что в развитии процессов регенерации костной ткани большое значение принадлежит образующимся в травмированной зоне продуктам некролиза, которые исполняют роль своеобразных биогенных стимуляторов – некрогормонов. Подобная стимулирующая роль отводится и некробиотическим продуктам, возникающим в самом трансплантате, вследствие чего сам трансплантат оценивается как биогенный стимулятор костеобразования [10, 13].

Существенное значение в процессе приживления и перестройки трансплантата имеет и ряд других факторов, в частности, состояние ложа, в котором помещается трансплантат. Поэтому на успех приживления трансплантата можно рассчитывать лишь при условии хорошего обеспечения его питанием непосредственно после операции из окружающей костной ткани, а также бережного отношения с трансплантатом.

Экспериментальные и клинические исследования Н.А. Плотникова [33] показали, что в процессе кровоснабжения и перестройки трансплантата активное участие принимают как костное ложе, так и окружающие трансплантат мягкие ткани реципиента. Особую роль при этом играют жевательные мышцы, которые благодаря богатой сосудистой сети обеспечивают хорошее кровоснабжение трансплантата

и, как двигательный орган, осуществляют динамическую нагрузку на трансплантат. Травматическое повреждение этих мышц ведет к рубцовым перерождениям последних, что отрицательно влияет на состояние воспринимающего ложа, понижая его способность к васкуляризации и репаративному остеогенезу.

Одной из причин, неблагоприятно влияющих на репаративные процессы при костнопластических операциях, является также нарушение нервной трофики. Так, в частности, в экспериментах на животных показано, что в условиях нервнотрофических расстройств нарушается процесс костеобразования: наблюдается ограниченное образование остеобластов, несовершенное к формированию костной ткани, выражающееся в неполноценности ее как в структурном, так и в функциональном отношении.

Следует отметить, что хорошо фиксированный трансплантат обеспечивает успех пластики. Трансплантат, фиксированный неподвижно, защищает мезенхимальную ткань от неблагоприятных воздействий и служит своеобразным каркасом, на котором протекает активная остеогенетическая деятельность.

Т.П. Виноградова, Г.И. Лаврищева [5] в своей монографии указывают, что значение васкуляризации состоит не в восстановлении питания самого трансплантата, а в том, что вместе с сосудами в трансплантат проникает и околосоудистая ткань, которая становится источником для образования новой кости, замещающей трансплантат, причем скорость перестройки трансплантатов, пересаженных в дефект нижней челюсти, зависят в основном от их размера и структуры.

Следует отметить, что малые куски костей лучше сохраняются как трансплантат и представляют больше пластической возможности потому, что в ряде мелких кусков гораздо больше костеобразовательной поверхности, чем в одном большом куске, равном им по объему.

Н.К. Загубелюк [7] в опытах на животных исследовал процессы регенерации при замещении дефектов нижней челюсти костными трансплантатами в зависимости от их размера и структуры последнего. У животных опытной группы создавали два аналогичных дефекта (полости) в нижней челюсти. Один из них заполняли аллотрансплантатом в виде цельного куска, щебенки и муки, приготовленной из компактной костной ткани и губчатой кости, другой служил контролем. В результате авторы пришли к выводу, что интенсивность перестройки трансплантата зависит от его раз-

мера и структуры: чем меньше размер пересаженной кости, тем активнее протекают процессы остеогенеза. В трансплантате из губчатой кости процессы перестройки протекают более активно, чем в компактной.

Многие исследователи особо подчеркивают тот факт, что успешный исход оперативных вмешательств при костнопластических операциях во многом зависит от вида трансплантата. Следует подчеркнуть, что выводы различных авторов в этом отношении часто весьма разноречивы. Это касается как характера пересаженной ткани (ауто – или аллотрансплантата), так и структуры самой костной ткани: компактная или губчатая. Так, при замещении дефектов нижней челюсти одни авторы предлагают применять аутогенную трансплантацию [11, 21, 23, 47], другие аллотрансплантацию [8, 11, 22, 26, 28].

В качестве аутогенного трансплантата при замещении дефектов нижней челюсти используют участок нижней челюсти, ключицу, лобную кость, ребро, подвздошную кость, а так же костную щебенку.

Н.К. Загубелюк [7], Н.А. Плотников [33] в своих работах показали, что губчатые трансплантаты приживаются быстрее, чем из компактной кости, они скорее и интенсивнее прорастают кровеносными сосудами. Все это, считают авторы, позволяет рекомендовать их для использования при устранении дефектов нижней челюсти с сохранением непрерывности кости или при небольших сквозных ее дефектах. При больших же дефектах нижней челюсти авторы считают более показанным трансплантат из компактной костной ткани.

Следует отметить, что в разработке аллопластики для устранения дефектов челюстей большое участие принимали отечественные клиницисты – М.А. Плотников, Н.Н. Бажанов, А.А. Никитин, П.Г. Сысолятин и зарубежные ученые Р. Воупе, М. Урист, R. McKinney и другие. Предложенные ими методики широко используются в хирургической стоматологии различных стран [1, 25, 49]. Основное достоинство аллогенных костных трансплантатов заключается в том, что почти при всех методах их обработки уничтожается большинство антигенных частиц, в связи с чем, значительно снижаются иммунные свойства тканей. При имплантации пластику аллогенной костью осуществляют одновременно с постановкой имплантатов или перед ней, когда имплантацию производят через 6-12 месяцев после трансплантации [35].

В отечественной стоматологии наиболее широко применяют лиофилизированные и формализованные аллотрансплантаты. При экспериментальных

исследованиях, касавшихся восполнения дефектов челюстей лиофилизированной костью установлено [14, 33], что трансформация оптимально происходит в компактной кости, так как в ней не возникает иммунологическая реакция.

При аллотрансплантации губчатой костью за счет костного мозга развивается тканевая несовместимость между донорской и материнской костями, что ведет к отторжению подсаженной кости [39].

Через 5-6 месяцев после аллотрансплантации кортикальной кости, костное вещество трансплантата полностью замещается новообразованной костной тканью. Сохраняются небольшие участки старой остеонной костной ткани аллотрансплантата. Хорошо восстанавливается кровоснабжение кости. В дальнейшем происходит окончательная замена трансплантата новообразованной костью, ремоделирование и нормализация костной структуры. Место соединения трансплантата с костью материнского ложа неразлично или едва различимо, особенно у деминерализованного костного матрикса [12, 22, 29, 30].

При пластике аллогенными трансплантатами следует учитывать состав кости (кальцифицированная, декальцифицированная, поверхностно кальцифицированная). Аллокость, не подвергшаяся декальцинации, имеет более низкие остеиндуктивные свойства. Неминерализованные трансплантаты отличаются значительной атрофией кости, что препятствует полноценному восполнению дефекта. У деминерализованных трансплантатов остеиндуктивные качества выражены более значительно, и они лучше обеспечивают восстановление кости. Считается, что наиболее остеокондуктивны специально очищенные деминерализованные трансплантаты, так как антигенность их еще более низка [3, 32].

В настоящее время зарубежные клиницисты пластику аллотрансплантатами при зубной имплантации с целью наращивания кости и закрытия костных дефектов производят преимущественно деминерализованной костью. Применяя деминерализованные кортикальные аллотрансплантаты и костные опилки для увеличения ширины и высоты альвеолярной дуги перед имплантацией, наблюдали обычную картину остеогенеза. При создании ложа для имплантата брали фрагмент реконструированной кости. Микроскопически во фрагментах ремоделированных кортикальных пластинок кости определялись костная ткань плотного строения в глубоких слоях и еще не сформировавшаяся остеонная структура с участками хрящевых прослоек, перемежающихся

с участками оссификации, в поверхностных отделах челюстей. В эти же сроки при использовании опилок аллокости отмечалась более однородная костная структура с эндхрящевой оссификацией [6, 49].

Наиболее адекватный остеогенез обеспечивают деминерализованные кортикальные пластинки или порошок. При использовании порошка кость восстанавливалась значительно быстрее. Мезенхимальные клетки вначале дифференцировались в незрелые хрящевые клетки – хондробласты. Последние образовывали хрящевую матрицу, которая в дальнейшем подвергается окончательной оссификации. В ходе наблюдений отмечался нормальный костный генез мелких частиц деминерализованного костного порошка. Созданная ими кость имела большую площадь, чем та, которую формировали крупные частицы. Приживлению деминерализованных пластинок кортикальной кости дефекта способствуют их плотная фиксация и достаточное кровоснабжение воспринимающего ложа. При исследовании кости через 10-12 месяцев после ее пластики перед постановкой имплантата выявлялась костная ткань четко выраженного трабекулярного строения [2, 36].

Изучение морфогенеза аллокости показало, что в ранних стадиях ее пересадки основную роль в морфогенезе играют тканевые воспринимающего ложа, так как аллокость не содержит жизнеспособных клеток. Сосуды прорастают к трансплантату, и неоваскуляризация происходит одновременно с остеокластическими процессами, в которых важную роль играют гигантские клетки. Формируется соединительная ткань, в дальнейшем преобразующаяся в остеонную. Одновременно протекающие процессы атрофии и костной индукции в аллотрансплантате обуславливают медленное депонирование и реконструкцию кости. «Ползучее» замещение кости аллотрансплантата происходит так же, как аутогенной кости, но медленнее и во многом зависит от характера предварительной обработки трансплантата и его вида – блок, порошок, стружка и др. [16, 25, 27, 42].

Интересно отметить, что для восстановления дефектов челюстей применяют так называемую брэфокость, состоящую из костной ткани эмбрионов человека. Эта ткань имеет низкие иммунные свойства, и реконструкция кости из нее происходит быстрее. Эмбрионопластические ткани характеризуются активной остеиндукцией [17].

Для костной пластики в настоящее время чаще используется ауто- и аллотрансплантаты из крыла подвздошной кости, как наиболее оптимальный и оправданный.

По мнению некоторых исследователей, данный вид аутопластики является внутренним («своим») для организма, т.е. исключает возможность реакции отторжения и значительно уменьшает возможность осложнений. Во-вторых, находится вне зоны основного оперативного вмешательства. При аллотрансплантации часто возникает аутоиммунная реакция, приводящая к отторжению или нагноению имплантата, а также имеется угроза инфицирования вирусами реципиента [9, 22, 23, 31, 48].

На сегодняшний день, несмотря на достаточно широкий выбор применяемых в костной патологии биологических имплантатов, все чаще появляются сообщения об использовании искусственных материалов, обладающих остеоиндуктивными свойствами. По видимому, этому способствует желание исследователей не зависеть от аллотканей, дороговизна содержания костных банков, а также случаи инфицирования реципиентов ВИЧ инфекцией при аллотрансплантации. Наибольшее внимание в группе синтетических материалов заслуживают композиционные материалы на основе фосфатов кальция – гидроксипатита. Гидроксипатит представляет собой аналог минерального вещества кости млекопитающих, что обуславливает его иммунную совместимость и биологическую активность [32, 39].

Наиболее часто применяемые на практике аутоотрансплантаты из гребня подвздошной кости (кортикальная и губчатая часть) обладают высоким остеогенным потенциалом. Многие исследования продемонстрировали успешные результаты регенерации кости после применения аутоотрансплантата из гребня подвздошной кости в области дефектов фуракации и внутрикостных дефектов различной формы. Результаты показывают увеличение уровня кости на 3,3-3,6 мм при лечении большого количества костных дефектов и увеличение высоты гребня на 2,5 мм. Гистологические данные убедительно доказывают регенерацию периодонта. Аутоотрансплантат из подвздошной кости может использоваться в свежем либо замороженном виде. При использовании свежего аутоотрансплантата подвздошной кости может возникнуть резорбция корня. Несмотря на то, что исследования демонстрируют регенерацию периодонта после использования аутоотрансплантата кортикальной или губчатой части подвздошной кости, трудности в получении материала для трансплантации и вероятность резорбции корня ограничивают его применение в клинической практике [19, 40, 41].

В настоящее время коммерческие банки тканей предлагают несколько типов материалов для аллотрансплантации, например, кортикальная и губчатая часть подвздошной кости, аллотрансплантат лиофилизированной кости и аллотрансплантат декальцифицированной лиофилизированной кости. Аллотрансплантаты из гребня подвздошной кости используются замороженными и стерилизованными гамма радиацией. Аллотрансплантаты из гребня подвздошной кости должны подвергаться тщательному обследованию для снижения риска отторжения трансплантата и предотвращения передачи инфекционных заболеваний. Лиофилизация костного материала для аллотрансплантации значительно снижает его антигенность. Клинические испытания показали, что приблизительно 63% дефектов, леченных с помощью аллотрансплантата, продемонстрировали заполнение дефекта более, чем на 50%. Контролируемые клинические исследования показали увеличение уровня кости на 1,3-2,6 мм. При использовании комбинации аллотрансплантата лиофилизированной кости и тетрациклина для лечения дефектов, возникших как следствие ювенильного пародонтита, были получены хорошие результаты [3, 39].

Исследования на животных показали, что деминерализация кости с помощью 0,6 N соляной кислоты с последующей лиофилизацией значительно повышает остеогенный потенциал аллотрансплантата, вероятно, высвобождая индуцирующий рост кости компонент – костный морфогенетический протеин. Однако некоторые исследователи предполагают, что количество костного морфогенетического протеина в аллотрансплантате слишком мало для индукции формирования кости и что, возможно, другие протеины тоже играют роль в процессе остеоиндукции [35, 36].

При проведении клинических исследований с кортикальной деминерализованной лиофилизированной костью было достигнуто увеличение уровня кости на 1,7-2,9 мм, что приблизительно соответствовало результатам применения лиофилизированного аллотрансплантата. В результате контролируемых клинических исследований были получены гистологические доказательства регенерации периодонта. Регенерация, полученная при использовании аллотрансплантата, была значительно более выраженной, чем в группе пациентов, где аллотрансплантат не применялся. При подсадке декальцифицированного лиофилизированного аллотрансплантата увеличение уровня кости было менее выражено [17, 36].

Наибольшие опасения при использовании аллотрансплантатов вызывает риск передачи заболеваний. Потенциальные доноры должны быть обследованы на предмет наличия неопластических или инфекционных заболеваний, а полученные материалы должны быть обследованы на предмет наличия различных патогенов [14, 15].

Следует отметить, что хорошо фиксированный трансплантат обеспечивает успех пластики. Трансплантат, фиксированный неподвижно, защищает мезенхимальную ткань от неблагоприятных воздействий и служит своеобразным каркасом, на котором протекает активная остеогенетическая деятельность. Значение васкуляризации, как полагают, состоит не в восстановлении питания самого трансплантата, а в том, что вместе с сосудами в трансплантат проникает и околососудистая ткань, которая становится источником для образования новой кости, замещающей трансплантат, причем скорость перестройки трансплантатов, пересаженных в дефект нижней челюсти, зависят в основном от их размера и структуры [5].

Некоторые авторы [20, 27, 30] расценивают факт рассасывания костного вещества с одновременным замещением новообразованной костной ткани, как проявление сохранения жизнеспособности пересаженного трансплантата, которое зависит от протекающих в трансплантате биохимических процессов.

Существенное значение в процессе приживления и перестройки трансплантата имеет и ряд других факторов, в частности, состояние ложа, в котором помещается трансплантат. Поэтому на успех приживления трансплантата можно рассчитывать лишь при условии хорошего обеспечения его питанием непосредственно после операции из окружающей костной ткани, а также бережного отношения с трансплантатом. Следует отметить, что губчатые трансплантаты приживаются быстрее, чем из компактной кости, они скорее и интенсивнее прорастают кровеносными сосудами. Все это позволяет рекомендовать их для использования при устранении дефектов нижней челюсти с сохранением непрерывности кости или при небольших сквозных ее дефектах [16, 33].

Более широкое использование аллотрансплантатов стало возможным только после усовершенствования и разработки консервации взятой от трупа костной ткани [2, 43]. Однако в доступной литературе описаны отрицательные последствия применения аллотрансплантатов вследствие рассасывания пересаженной донорской кости без замещения дефекта новообразованной тка-

ню. В ряде случаев пересаженная кость оставалась инертной, ассимиляция ее не наступала, она окружалась фиброзной тканью и вела себя как инородное тело. Анализируя экспериментальные и клинические наблюдения, можно полагать, что нет оснований рассматривать пластические свойства ауто- и аллотрансплантатов как равноценные [28, 41]. Для возмещения дефектов нижней челюсти, особенно больших, единственно пригодным материалом является ауто-трансплантат [9].

Эволюция ауто- и аллотрансплантатов из кортикальной кости в основном одинакова: те и другие подвергаются постепенному рассасыванию с одновременным замещением новообразованной костной тканью. Разница заключается лишь в темпах перестройки, аллотрансплантат рассасывается медленнее.

Анализ данных литературы по клиническим и экспериментальным исследованиям, можно связать принципиальные различия в костеобразовании при ауто- и аллотрансплантации с тремя факторами:

1. Меньшей стимулирующей активностью аллотрансплантата в силу неизбежной девитализации его при консервировании.

2. Процессами тканевой несовместимости, направленными на блокировку организмом реципиента чужеродного белка, что лишает репаративный процесс дополнительного раздражителя.

3. Невозможности замены после реваскуляризации «переболевших» бесклеточных структур аллотрансплантата в силу их индивидуальной белковой специфичности.

При пересадке аллотрансплантата из губчатой костной ткани возникает более выраженная реакция со стороны ложа реципиента со скоплением лимфоидных и плазматических клеток, приводящих в ряде случаев к деструкции и отторжению аллотрансплантатов. Появление воспалительной реакции связано с содержанием в аллотрансплантате губчатой кости костного мозга, обладающего более выраженными антигенными свойствами [36, 45].

Авторы указывали также на способность костного аллотрансплантата вызывать выраженную иммунную реакцию. Они установили, что аллотрансплантация губчатой костной ткани сопровождается увеличением веса и размера регионарных лимфатических узлов, в которых появляются иммуноспецифические клетки. При аллотрансплантации компактной костной ткани, состоящей в основном из костного вещества и не содержащей костного мозга, воспалительная реакция выражена слабее, либо вообще отсутствует. Трансплантат из костной

ткани вызывает со стороны реципиента менее выраженную иммунологическую реакцию, чем трансплантат любой другой ткани, так как имеет низкую антигенность. Это связано с особенностью его структуры, 70% кости составляют неорганические иммунологические индифферентные вещества. Вещества, содержащиеся в костной ткани и являющиеся антигенами, составляют всего 30%, причем 95% из них приходится на структурированный коллаген [37, 38].

Таким образом, анализ данных литературы свидетельствует, что аутогенные и аллогенные костные трансплантаты приводят к замещению кости, что было доказано многими исследованиями. Существует большое количество клинических и гистологических доказательств регенерации пародонта и кости, что позволяет рекомендовать их использование на практике.

В то же время нужно помнить, что аллопластические материалы (синтетические заменители кости) играют роль биологически совместимых наполнителей дефекта. Использование этих материалов приводит к результатам, сходным с действием костных трансплантатов или направленной тканевой регенерации. Однако при применении синтетических заменителей кости возникает незначительная регенерация пародонта или даже не возникает вообще [15, 17].

Следует отметить, что после многолетних клинических испытаний полимеров стало очевидно, что на сегодняшний день клиническая практика не может обойтись без донорских тканей, синтетические ткани не могут выполнять те многочисленные функции, которые выполняют донорские ткани после пересадки в организм реципиента [1, 4, 22, 23].

Таким образом, анализ работ, касающихся вопросов замещения дефектов нижней челюсти костными трансплантатами, позволяет считать, что пластика аутооттрансплантатом, взятым из ребра или гребня подвздошной кости получила признание большинства специалистов и широкое распространение.

Тем не менее, аутооттрансплантация имеет существенные недостатки. Эти недостатки, в основном сводятся к следующему: нанесение больному дополнительной травмы при заборе трансплантата, что отягощает общее состояние больного и удлиняет время операции; невозможность получения в ряде случаев необходимого по размеру и форме трансплантата. Указанные недостатки в определенной мере ограничивают использование аутооттрансплантата. В связи с этим, при замещении дефектов нижней челюсти предлагается использовать аллопластический материал, который, по мнению

ряда авторов, открывает дополнительные возможности в деле изучения путей стимуляции и направленного регулирования костной регенерации и представляет возможность получить достаточный запас материала для трансплантации [7, 19, 28].

В то же время, применение свежих аллотрансплантатов не получило широкого распространения из-за отсутствия возможности длительного хранения и надежных способов борьбы с инфекцией. В дальнейшем же с использованием антибиотиков и консервирования аллотрансплантатов удалось получить удовлетворительные результаты [34, 43, 50].

Таким образом, хотя пересадка кости в настоящее время нашла широкое применение в клинике и достаточно подробно охарактеризована в эксперименте морфологически и рентгенологически, однако остаются спорными и разноречивыми мнения многих исследователей о преимуществах того или другого вида трансплантата, используемого при замещении дефектов нижней челюсти.

Выводы:

1. При пересадках компактной костной ткани дефектов нижней челюсти перестройка и замещение вновь образованной костью завершается позднее по сравнению с трансплантатами из губчатой кости.

2. При аллотрансплантации процесс замещения вновь образованной костью протекает значительно медленнее, чем при аутооттрансплантации дефектов тела нижней челюсти.

3. Трансплантация из губчатой кости во всех анализированных случаях имеет существенные преимущества по жизнеспособности в сравнении с компактной костной тканью, что следует иметь в виду при выборе материала для трансплантации.

#### Список литературы

1. Аржанцев П.З. Этапы развития стоматологии и челюстно-лицевой хирургии в Главном военном госпитале / Аржанцев П.З., Горбуленко В.Б., Козлов С.В., Труханов Е.Ф. // Военно-медицинский журнал. – 2007. – Т. 327, №5. – С. 82-86.
2. Бажанов Н.Н. Способ соединения костных фрагментов нижней челюсти и фиксация трансплантатов при восполнении её дефектов / Бажанов Н.Н., Тер-Асатуров Г.П. // Стоматология. – 1992. – № 3. – С. 73-77.
3. Бессонов С.Н. Пластическая хирургия лицевого скелета: реконструктивные и эстетические аспекты // Анналы пластической, реконструктивной и эстетической хирургии. – 2004. – № 1. – С. 67-67.
4. Бригаднова Л.Л. Комбинированная вторичная костная ауто- и аллопластика нижней челюсти // В кн.: Вопросы аллотрансплантации в стоматологии. – 1989. – Вып. 11. – С. 101-104.
5. Виноградова Т.П. Регенерация и пересадка костей / Виноградова Т.П., Лаврищева Г.И. – М.: Медицина. – 1998. – 257 с.

6. Горбачев Ф.А. Определение показаний к применению аллогенного коллаген-фасциального трансплантата для устранения деформаций челюстно-лицевой области // Медицинский журнал. – 2005. – № 3. – С. 49-51.
7. Загубелюк Н.К. Отдаленные результаты остеопластики послеоперационных полостей челюсти // В кн.: Вопросы аллотрансплантации в стоматологии. – М., 1989. – С. 50-56.
8. Исмаилова Ф.Э. Исследование содержания адениловых нуклеотидов в тканях животных при аллотрансплантации и воздействии вредных экологических факторов / Исмаилова Ф.Э., Нагиева С.Э. // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2010, №2. – С. 495-496.
9. Кабаков Б. Д. Костная пластика нижней челюсти. – СПб.: Медгиз, 1996. – 264 с.
10. Касавина Б.С. Жизнь костной ткани / Касавина Б.С., Торбенко В.П. – М.: Наука, 2004. – 217 с.
11. Коротких Н.Г. Опыт использования васкуляризованных аутогенных трансплантатов для замещения дефектов нижней челюсти после ее резекции с экзартикуляцией / Коротких Н.Г., Ходорковский М.А., Петров Б.В. // Стоматология. – 2007. – Том 86, № 3. – С. 54-57.
12. Крупко И.Л. Костная гомопластика в клинике и эксперименте / Крупко И.Л., Ткаченко С.С. // В кн.: Проблемы гомопластики и аллопластики. – Киев: Здоровье, 2007. – С. 401-403.
13. Лаврищева Г.И. О морфологических критериях жизни и смерти костной ткани. /В кн.: Вопросы патологии костной системы. – М., 1999. – С. 67-78.
14. Лаврищева Г.И. Морфологические особенности приживления аллокости // Биоматериалы. – 2006. – № 5. – С. 36-40.
15. Малышева Н.М. Оценка эффективности использования пористой корундовой керамики для устранения дефектов в челюстно-лицевой области / Малышева Н.М., Огородников В.Б. // Стоматология: научно-практический журнал. – 2008. – Том 87, № 1. – С. 22-26.
16. Митрошенков П.Н. Пластика тотальных и субтотальных дефектов верхней и средней зон лицевого скелета // Новое в стоматологии. – 2005. – № 6. – С. 89-95.
17. Мулдашев Э.Р. Теоретические и прикладные аспекты создания аллотрансплантатов серии «Аллоплант» для пластической хирургии лица: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб. – 1994. – 40 с.
18. Нагиев Э.Р. Воздействие экстремальных факторов на метаболизм и некоторые пути направленной коррекции // Экология промышленного производства. – 2005. – № 1. – С. 49-51.
19. Нагиев Э.Р. Роль критических систем в определении устойчивости организма к воздействию экстремальных факторов внешней среды // Махачкала: ИПЦ ДГМА, 2006. – 184 с.
20. Нагиев Э.Р. Биохимия тканей полости рта (Рекомендовано УМО РФ по медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России) / Э.Р. Нагиев, С.Э. Нагиева. – Махачкала: ИПЦ ДГМА. – 2009. – 148 с.
21. Нагиев Э.Р. Обмен макроэргических фосфатов при критических состояниях организма / Э.Р. Нагиев, Ф.Э. Исмаилова, С.Э. Нагиева, М.С. Сейфадинова // Актуальные вопросы ветеринарной биологии. – СПб., 2011. – № 1(9). – С. 12-18.
22. Нагиев Э.Р. Аллотрансплантация костей при замещении дефектов нижней челюсти: Биохимические, рентгенологические и морфологические аспекты / Э.Р. Нагиев, Ф.Э. Исмаилова, С.Э. Нагиева // LAP Lambert Academic Publishing Heinrich-Böcking-Str.,Saarbrücken, Germany. – (Russian: 2012-09-05) Biochemistry. – 2012. – 148 p.
23. Нагиев Э.Р. Биохимические механизмы аутопластики дефектов нижней челюсти / Нагиев Э.Р., Чудинов А.Н., Нагиева С.Э. // LAP Lambert Academic Publishing Heinrich-Böcking-Str.,Saarbrücken, Germany. – (Russian: 2012-09-05) Biochemistry. – 2012. – 134 p.
24. Нагиев Э.Р. Аутогенная трансплантация дефектов нижней челюсти: биохимические, рентгенологические и морфологические аспекты / Э.Р. Нагиев, С.Э. Нагиева, Ф.Э. Исмаилова // Вестник Дагестанской государственной медицинской академии. – 2014. – № 1 (10). – С. 40-46.
25. Нагиев Э.Р. Способ замещения дефектов нижней челюсти / Нагиев Э.Р., Чудинов А.Н. // Каталог Российских разработок / Российско-Китайский Технопарк «Дружба». – Шеньчжень, 2008. – С. 77-81.
26. Нагиева С.Э. Исследование содержания глюкозы и активности гексокиназы в костных аллотрансплантатах в эксперименте // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2007. – №2 (55) – С. 296-297.
27. Нагиева С.Э. Исследование молочной кислоты в костных аллотрансплантатах при замещении дефектов нижней челюсти в эксперименте // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2009. – №3 – С. 54-55.
28. Нагиева С.Э. Биохимические изменения аллотрансплантатов компактной и губчатой костной ткани при замещении дефектов нижней челюсти (Экспериментальное исследование): дис. ... канд. мед. наук. – Краснодар, 2010. – 149 с.
29. Нагиева С.Э. Морфологические изменения аллотрансплантатов компактной и губчатой костной ткани при замещении дефектов нижней челюсти в эксперименте / С.Э. Нагиева, И.М. Быков, Э.Р. Нагиев // Актуальные вопросы стоматологии. Часть IV: Сборник научных трудов конференции, посвященной 25-летию организации кафедры стоматологии ФПК и ППС. – Махачкала, ИПЦ ДГМА, 2010. – С. 143-146.
30. Нагиева С.Э. Биохимические, рентгенологические и морфологические изменения аллотрансплантатов костной ткани при замещении дефектов нижней челюсти в эксперименте / С.Э. Нагиева, И.М. Быков, А.Н. Чудинов, Э.Р. Нагиев // Кубанский научный медицинский вестник. – Краснодар, 2011. – № 2 (125). – С. 112-117.
31. Наумов П.В. Применение костных аллотрансплантатов при замещении изъянов нижней челюсти / П.В. Наумов, А.Л. Величко, К.К. Замятин, Г.Д. Соколова // Вопросы аллотрансплантации в стоматологии. – М.: 2001. – С. 60-66.
32. Панкратов А.С. Современные проблемы внедрения новых оперативных технологий остеосинтеза костей лицевого скелета в клиническую практику. Биомеханические аспекты / А.С. Панкратов, А.С. Курзин, Т.Г. Робустова // Российский стоматологический журнал: научно-практический журнал. – 2001. – № 4. – С. 13-18.
33. Плотников Н.А. Костная пластика нижней челюсти. – М.: Медицина. – 2003. – 136 с.
34. Радкевич А.А. Опыт использования остеогенной ткани в хирургическом лечении генерализованного пародонтита / А.А. Радкевич, П.Г. Сысолятин, В.И. Гюнтер // Пародонтология. – 2001. – №1-2. – С. 63-67.
35. Сельский Н.Е. Аллотрансплантат в челюстно-лицевой хирургии // Сборник трудов «Применение биоматериалов». – Уфа. – 2000. – С. 121-126.
36. Сысолятин П.Г. Костная пластика дефектов нижней челюсти «кильскими» трансплантатами // Стоматология. – 1995. – № 1. – С. 6-8.
37. Торбенко В.П. Биохимические процессы обызвествления костной ткани // Ортопедия, травматология. – 1993. – № 7. – С. 76-82.
38. Торбенко В.П., Касавина Б.С. Функциональная биохимия костной ткани / В.П. Торбенко, Б.С. Касавина. – М.: Медицина. – 2002. – 137 с.
39. Чудаков О.П. Хирургическая техника устранения деформаций челюстно-лицевой области аллогенным колла-

- ген-фасциальным трансплантатом / О.П. Чудаков, Ф.А. Горбачев // *Стоматологический журнал: Науч.-практ. журн.* – 2005. – Том 2, № 3. – С. 22-25.
40. Чудинов А.Н. Активность ферментов как показатель жизнеспособности костных трансплантатов при замещении дефектов нижней челюсти / А.Н. Чудинов, С.Э. Нагиева // *Стоматология и челюстно-лицевая хирургия: современные технологии, новые возможности: Сборник трудов международной научно-практической конференции.* – Махачкала: ООО «Лотос», 2007. – С. 62-64.
41. Чудинов А.Н. Особенности изменений аутотрансплантатов компактной и губчатой костной ткани при замещении дефектов нижней челюсти в эксперименте / А.Н. Чудинов, С.Э. Нагиева, Ф.Э. Исмаилова, Э.Р. Нагиев // *Стоматология для всех / International Dental Revue.* – 2011. – № 4. – С. 12-17.
42. Цыбульский В.В. Биохимия зубов и слюны / В.В. Цыбульский, Э.Р. Нагиев – Одесса: Изд-во Одесского государственного медицинского университета. – 2001. – 193 с.
43. Шамсудинов А.Х. Особенности созревания фосфорно-кальциевых соединений при трансплантации костей, обработанных различными способами / А.Х. Шамсудинов, Ю.А. Петрович, Д.Д. Сумароков, М.Б. Швырков // *Стоматология.* – 2002. – № 5. – С. 12-15.
44. Bauss O. Autotransplantation of immature third molare into edentulous and atrophied jam sections / O. Bauss, C. Fenske, R. Schilke, R. Schwestka-Polly // *Int. J. Oral Maxillofac Surg.* – 2007. – Vol. 33 (6). – P. 558-563.
45. Boabaid F. The role of parathyroid hormone related protein in the regulation of osteoclastogenesis by cementoblaste / F. Boabaid, J.E. Berry, A.J. Koh // *J. Periodontol.* – 2004. – Vol. – 75 (9). – P. 1247-1254.
46. Enacar A. Facial asymmetry case with multiple missing teeth treated by molar autotransplantation and orthognathic surgery / A. Enacar, E.I. Keser, E. Mavili, B. Giray // *Angle Orthod.* – 2005. – Vol. 74 (1). – P. 137-144.
47. Imasato S., Fukunishi K. Potentialefficacy of GTR and atogenous bone grafts for autotransplantation to recipient sites with osseous defects: evaluation by re-entry procedure // *Dent Traumatol.*, 2006. – Vol. – 20 (1). – P. 42-47.
48. Ioannidou E. Twelveyear followzup of an autogenous mandibular canine transplant / Ioannidou E., Makris G.P. // *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol Endod.* – 2006. – Vol. 97 (3). – P. 582-590.
49. Santos M. The genetics of amelogenesis imperfecta. A review of the literature / Santos M., Line S. // *J. Appl Oral Sci.* – 2005. – Vol. 13, N 3. – P. 212 -217.
50. Thone M. Auto-transplantation of an impacted or retained maxillary canine (Article in French) / Thone M., Reyhler H. // *Rev. Stomatol Chir. Maxillofac.* – 2002. – Vol. 103 (5). – P. 288 – 293.

УДК 616.85

## **АВТОРСКАЯ МЕТОДИКА КРАТКОСРОЧНОЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ, СОЧЕТАЮЩЕЙ В СЕБЕ ЭЛЕМЕНТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ФИЗКУЛЬТУРЫ И ТАНЦЕВАЛЬНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ**

**Песнина М.А., Шуненков Д.А., Потехина Е.Ф.**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России», Иваново;  
Областная клиническая психиатрическая больница «Богородское», Иваново*

В статье описан опыт разработки и внедрения краткосрочной телесно-ориентированной оздоровительной программы, сочетающей в себе элементы лечебной физкультуры и танцевально-двигательной терапии в комплексном лечении психических расстройств невротического уровня. Важной задачей является не только достижение медицинской эффективности программы, а также помощь участникам в лучшей адаптации среди других людей, осознании себя одновременно личностью и частью группы, частью социума. Подробно описаны все этапы и схема программы, четко прописаны методика и музыкальное сопровождение, что позволяет использовать материал для практического внедрения. По результатам использования в комплексном лечении психических расстройств невротического уровня, данная программа показала свою высокую клиническую эффективность и может быть рекомендована для использования как на отделениях пограничных психических расстройств учреждений психиатрического профиля, так в условиях дневных стационаров.

**Ключевые слова:** танцевально-двигательная терапия, пограничные психические расстройства, реабилитация

## **AUTHOR'S TECHNIQUE OF THE SHORT-TERM IMPROVING PROGRAM COMBINING ELEMENTS OF PHYSIOTHERAPY EXERCISES AND DANCING AND IMPROVING THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF MENTAL DISORDERS OF NEUROTIC LEVEL**

**Pesnina M.A., Shunenkov D.A., Potekhina E.F.**

*Ivanovo state medical Academy, Ivanovo;  
Regional clinical psychiatric hospital «Bogorodskoye», Ivanovo*

In article experience of development and deployment of the short-term corporal focused improving program combining elements of physiotherapy exercises and dancing and motive therapy in complex treatment of mental disorders of neurotic level is described. An important task is not only achievement of medical efficiency of the program, and also the help to participants in the best adaptation among other people, understanding of at the same time the personality and part of group, part of society. All stages and the scheme of the program are in detail described, the technique and music that allows to use material for practical introduction are accurately registered. By results of use in complex treatment of mental disorders of neurotic level, this program showed the high clinical efficiency and can be recommended for use as on offices of boundary mental disorders of establishments of a psychiatric profile, so in the conditions of day hospitals.

**Keywords:** dancing and motive therapy, boundary mental disorders, rehabilitation

В последнее время отмечают существенные изменения в деятельности учреждений психиатрического профиля, которые связаны с развитием биопсихосоциального подхода к терапии психических заболеваний, работой полипрофессиональных бригад специалистов, совершенствованием внебольничной помощи пациентам психиатрического профиля, усилением использования ресурсов местных сообществ, повышением внимания к качеству жизни пациентов и преодолению их стигматизации [3].

Чрезвычайно важной остается проблема выбора рациональной терапии психических расстройств. В данных условиях виды терапии искусством становятся более разнообразными, учитывающими полипрофессиональный контекст деятельности учреждений

психиатрического профиля и направленными на получение наилучшего лечебно-реабилитационного эффекта и успешную интеграцию пациентов в социум.

При пограничных состояниях одним из основных методов лечения является психотерапия, всё более актуальными становятся такие методики, как арт-терапия. Одним из перспективных видов терапии искусством является танцевально-двигательная терапия. Также в комплексной терапии неврозов является довольно привлекательным использование элементов физической реабилитации в форме лечебной физической культуры [4]. Однако экспрессивные формы психотерапии в России продолжают оставаться на этапе становления [1]. С учетом имеющейся тенденции сокращения сроков

стационарного пребывания пациентов крайне актуальным является разработка дополнительных краткосрочных техник в работе с пациентами психотерапевтического профиля, в связи с чем мы решили предложить телесно-ориентированную оздоровительную программу, сочетающую в себе элементы лечебной физкультуры и танцевально-двигательной терапии.

Цель – апробация и изучение эффективности краткосрочной телесно-ориентированной оздоровительной программы, сочетающей в себе элементы лечебной физкультуры и танцевально-двигательной терапии в комплексном лечении психических расстройств невротического уровня.

#### **Задачи:**

- оценка общего состояния, психического статуса пациента до начала сессии, сопоставление состояния с назначенной лечащим врачом терапией;

- определение наличия корреляции между показателями ситуативной, личностной тревожности и нервно – психического напряжения.

- выявление значимых различий между уровнями ситуативной и личностной тревожности и нервно-психического напряжения до начала занятий и по завершению курса с помощью критерия Стьюдента.

- помочь участникам научиться лучшей адаптации среди других людей, осознать себя одновременно личностью и частью группы, частью социума.

Для исследования были отобраны несколько групп пациентов невротического профиля (пациентки отделения №8 ОБУЗ ОКПБ «Богородское»): экспериментальная группа (Т-test) из 16 человек, занимавшаяся в две подгруппы по 8 человек: в 1й подгруппе занимались пациенты до 55 лет, во 2-й – пациенты старше 55 лет. Опытная оздоровительная программа, сочетающая в себе элементы лечебной физкультуры и танцевально-двигательной терапии представляет собой не только «терапию в группе» (т.е. лишь форму организации терапевтического процесса), но и характеризуется наличием элементов групповой терапии (целенаправленное использование в лечебных целях ситуации в группе и межперсонального взаимодействия между участниками) и, следовательно, приобретает дополнительные лечебные факторы: ориентирование на выздоровление, развитие социализирующих техник, групповая сплоченность, коррективный эмоциональный опыт и др. При формировании групп учитывалось «правило восьми» (Kellerman H., 1979), согласно которому 8 человек – оптимальная численность для психотерапевтической группы [2].

По структуре патологии Т группы: 43,75% участников имеют тот или иной вариант F06 – психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью: непсихотическое депрессивное расстройство органической природы (F06.36); органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство в связи с различными заболеваниями головного мозга (F06.6); органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.41); органическое бредовое расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.21). 31,25% пациентов имеют заболевания, рубрифицированные в разделе МКБ-10: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40 – F48): другие тревожные расстройства (F41); реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43); диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44); соматоформные расстройства (F45). 25% пациентов приходится на другие расстройства (F60.42 – расстройства личности; F31.14 – легкие или умеренные депрессивные эпизоды, F25.2 – шизоаффективные расстройства), включая психопатические, а также более тяжелые расстройства депрессивного и психотического уровня без текущей продуктивной симптоматики, что является допустимым при формировании терапевтической группы [2].

Также исследовалась контрольная группа (С-control) из 8 человек по структуре патологии: 62,5% – тот или иной вариант F06 (F06.361, F06.61, F06.2, F06.37). 37,5% имеют заболевания, рубрифицированные в разделах МКБ-10 F40 – F48: F41.0, F43.22.

Пациенты Т-группы получали медикаментозную терапию и психотерапию, назначенную лечащим врачом персонально согласно современным стандартам оказания стационарной психиатрической помощи, а также проходили занятия в рамках предложенной программы. Пациенты группы С получали только терапию, назначенную лечащим врачом согласно современным стандартам оказания стационарной психиатрической помощи.

До начала занятий проводилось знакомство с пациентами, общий осмотр, собирались необходимые анамнестические сведения, оценивался психический статус, обязательно принимая во внимание наличие соматических жалоб в целях выявления пациентов, имеющих хронические заболевания, которые могут обостриться во время терапии и являются абсолютным или относительным противопоказанием для её проведения.

Каждый участник из каждой группы заполнил авторскую анкету по определению степени приверженности личности к методам физической реабилитации и психологической адаптации; опросник Спилбергера для оценки личностной и ситуативной тревожности и опросник «Определение нервно-психического напряжения» (Т.А. Немчин) для диагностики психической напряженности до начала занятий и в конце курса. Тест Спилбергера (или Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI)) является способом оценки уровня тревожности в данный момент (реактивная или ситуативная тревожность) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). Тест Немчина предназначен для оценки психического состояния, обусловленного ожиданием неблагоприятного для субъекта развития событий, которое сопровождается ощущением общего дискомфорта, тревоги, страха и включает в себя готовность овладеть ситуацией, действовать в ней определенным образом.

Выбор данных тестов обусловлен данными, что некогнитивная психопатологическая симптоматика в виде повышенной тревожности, расстройств в соматовегетативной сфере, обуславливающих в том числе и повышение уровня нервно-психического напряжения, является наиболее характерной для пациентов женского пола с заболеваниями невротического уровня, например, эмоционально лабильным (астеническим) расстройством [5]. Следовательно, контроль динамики данных показателей является наиболее информативным и позволяет оценить эффективность программы. От каждого пациента было получено согласие на участие в программе. После каждого занятия участникам группы задавались вопросы, необходимые для оценки занятий. Уточнялось, понравилось ли пациенту занятие и почему; хотелось бы ему прийти на занятия в следующий раз; каково его общее состояние и что он чувствует; есть ли пожелания или замечания к танцевальному терапевту.

### Структура занятий

Число занятий – 6. Время занятия – 40 минут. Частота проведения – 1 раз в день в течение недели. Данное расписание подобрано для того, чтобы каждый участник группы мог успеть пройти весь танцевальный курс за время госпитализации, то есть до момента своей выписки. Время занятий выбрано из расчета, чтобы терапевт (ведущий сессии) мог провести весь комплекс упражнений, принимая во внимание соматическое состояние участников, не усугубив его. У каждого занятия конкретная задача

и свои особенности, которые необходимы для улучшения адаптации участников к новой для них терапии. Занятия проводились в 2 подгруппы по возрастному принципу (до 55 лет и старше 55 лет).

Курс в первой подгруппе характеризовался более быстрым темпом выполнения элементов и более быстрым введением новых, усложненных тематических элементов, в отличие от второй подгруппы в силу более старшего возраста и наличия сопутствующей соматической патологии.

Каждое занятие состоит из комплекса упражнений, необходимых для достижения поставленных задач. Включались упражнения, улучшающие моторику участников, так как пациенты довольно долгое время проводят в стационаре, режим дня и медикаментозная терапия зачастую не предрасполагают к активной деятельности, что может еще больше усугубить физическое состояние.

Занятия на моторику и координацию улучшают как состояние опорно-двигательного аппарата, так и мыслительную деятельность.

Упражнения на координацию требуют концентрации внимания, подключения памяти, развитие чувства ритма.

Дыхание во время занятий – один из ключевых моментов, ведь правильное дыхание помогает облегчить нагрузку на организм, обладает успокаивающим эффектом. Дыхание – это узел между телом и психикой. На занятиях нужно стараться научить пациента дышать менее напряженно, используя для этого свои лёгкие в полном объеме [1]. Ещё одним важным компонентом занятия является техника отражения: ведущий сессии имитирует движения своего пациента в том случае, когда пациенту сложно достичь успеха [1]. Этот метод позволяет достичь более доверительных отношений между терапевтом и пациентом, так как с его помощью первый показывает, что понимает язык пациента. Большинство пациентов в силу разных причин не могут твердо стоять на ногах, они покачиваются, не могут встать на всю стопу. Терапевт должен вдохновлять пациента ощутить тот самый фундамент, быть спокойным и стоять уверенно.

Общая структура экспериментальной оздоровительной программы.

За основу мы решили взять трёхчастную структуру по Чейзу: разогрев, тема и заключение [1]. Каждая часть состоит из своих подразделений. Разогрев подразумевает общие тонизирующие упражнения, которые помогают мышцам размяться и улучшают трофику суставов, а к тому же способствуют медленному погружению в терапевтический процесс:

Все упражнения начинаем делать в медленном темпе; устанавливаем дыхание. Исходное положение: ноги на ширине плеч, руки опущены вниз, расслаблены. Ноги слегка согнуть в коленях, руки поднять на вдохе вверх, разгибая колени; на медленном выдохе опустить руки вниз и согнуть колени. Повторить элемент 6 раз.

Упражнения для головы и шеи: повороты головы в стороны 6 раз; наклоны головы вперед и вниз 6 раз; круговые движения головой по три полукруга.

Упражнения для плечевого пояса: круговые движения плеч вперед и назад по 6 раз; отведение рук в стороны, разведение и приведение из стороны к центру, из стороны за спину по 6 раз соответственно. Подключенные мышцы груди: отводим опущенные вниз руки вперед, выгибаем грудь назад, затем расправляем плечи, отводим руки назад, грудь – вперед. Так 6 раз, затем подключаем мышцы таза: совместно с движением рук вперед и груди назад отводим таз вперед, а при отведении рук назад и груди вперед – таз отводим назад 6 раз. Это на вид несложное упражнение помогает избавиться от патологических мышечных зажимов в области позвоночника в его шейном, грудном и поясничном отделах, укрепляет мышцы плечевого пояса, груди, мышцы брюшного пресса, боковые мышцы живота, поясничные и ягодичные мышцы, улучшает трофику соответствующих зон.

Следующее упражнение – на пояс нижних конечностей. Исходное положение: руки на поясе, ноги на ширине плеч. Движение таза в стороны и вперед-назад по 4 раза в каждую сторону. Круговые движения таза на 8 счетов в одну сторону и в другую – по три раза. Данное простое упражнение способствует улучшению трофического обеспечения тазобедренных суставов, мышц пояса нижних конечностей и органов малого таза, что является большим плюсом, особенно при занятиях с женским контингентом.

В качестве передышки: шаг на месте, в темпе, подходящим под музыкальное сопровождение. К началу этой части занятия можно подключить более ритмичную музыку. Далее – шаги в такт музыке и подключенные хлопки.

Переходим к занятиям на координацию: исходное положение: ноги вместе, руки по швам. Правую ногу отводим в сторону, ставим на носок, одновременно в сторону отводим левую руку, затем возвращаемся в исходное положение – так 4 раза. Затем меняем: отводим левую ногу, ставим на носок, отводим в сторону правую руку – 4 раза. Следующее упражнение на равно-

весие. Исходное положение: ноги широко расставлены, спина прямая, руки в стороны. Медленно на вдохе сгибаем ноги в коленях, удерживаем положение в течении 8 секунд, на выдохе медленно разгибаем колени, руки поднимаем вверх – так повторить 5 раз. Шаг на месте. Дыхание глубокое и ровное, поднимаем руки на вдохе вверх, на выдохе опускаем.

Музыкальное сопровождение разогрева: Hozier – Take me to church; Lana Del Rey – Summertime Sadness; Rosemary Clooney – Sway; Евгения Благова – Goomba Boomba; Lola – Papi Chulo; Latin Fresh – Bata bata.

Следующий блок сессии – тема. В данном блоке терапевт предлагает ознакомится участникам группы с элементами из различных танцевальных направлений. Эти элементы варьируются в зависимости от дня курса (см. ниже).

Последний блок сессии – заключение, состоящее из упражнений для развития чувства группы и импровизации. Упражнение для развития чувства группы: пациенты вместе с терапевтом встают в круг, делают шаги вперед и назад на 4 счета. Затем шаги по кругу, в ритм музыке, с хлопками-8 шагов в одну сторону, 8 – в другую. Так повторить 3 раза. После выполнения данного задания терапевт предлагает каждому из участников по очереди встать в центр круга и повторить наиболее понравившиеся танцевальные элементы, в то время как остальные участники группы повторяют за ним. Данный элемент сессии имеет чрезвычайно важное значение, так как направлен на развитие межперсонального взаимодействия участников и развитие сплоченности группы. Музыкальное сопровождение: Lola – Papi Chulo; Latin Fresh – Bata bata.

Заключительная часть сессии – импровизация: пациентам предлагается, не выходя из круга, двигаться так, как им захочется. Терапевт активно участвует в произвольном танце, так как именно импровизация является главной частью занятия: можно оценить, насколько и стало ли комфортно пациенту в группе, каков его фон настроения, устал ли он, хорошо ли соматически себя чувствует. Музыкальное сопровождение: IOWA, Иван Дорн, Quest Pistols и другие.

Тематическое содержание курса (разогрев и заключение – общие для всех занятий, описаны выше).

1 занятие: элементы реггитона. Исходное положение: ноги – чуть шире ширины плеч; отрывает поочередно стопы от пола в ритм музыки в течении минуты. Далее ногу ставим на носок и пятку поворачиваем в центр, затем ставим в исходное положение. То же повторяем с другой ногой.

Этот элемент повторяем в течение 30 секунд. Далее из того же положения начинаем круговые движения тазом против часовой стрелки, при этом медленно сгибаем ноги в коленях, приседая, руки на поясе. Возвращаемся в исходное положение. Повторяем в течение минуты. Затем повторяем этот цикл 5 раз. Музыкальное сопровождение: Franco el Gorilla – Psiquiatrica Loca; Daddy Yankee – Gasolina.

2 занятие – продолжаем изучение реггитона: к элементам 1го занятия присоединяем: ноги на ширине плеч, поочередно отрывая стопы от пола (шаг на месте), поднимаем левую руку, отводим в сторону параллельно полу, правую руку сгибаем в локте, кисть направлена в сторону левой руки. Далее меняем положение рук: начинаем разгибать правую руку, при этом сгибая левую. Сначала в медленном темпе (2 счета), затем – быстрее (на 3 счета). Музыка: та же.

3 занятие – Повторяем элементы, изученные в 1 и 2 занятии, далее изучаем элементы Go – go. Исходное положение: ноги вместе, руки по швам. Ставим правую ногу на носок, колено отводим в сторону. Вес тела перемещаем на левую ногу, немного сгибая ее в колене. Возвращаемся в исходное положение. Повторяем элементы с левой ногой. Далее дополняем выполнение элемента движениями рук: когда поворачиваем колено в сторону, противоположная рука поднимается вверх. Повторяем элемент в течение 5 минут. Музыкальное сопровождение: Clark & Chelsy Carter – Get Real Nasty; Brandon Beal – Twerk It Like Miley.

4 занятие – Повторяем все изученные движения. Далее разучиваем элементы Румбы. Исходное положение: ноги – вместе; руки – на поясе. Правую ногу отводим в сторону, ставим на носок. Далее из этого положения правой ногой делаем шаг вперед. Далее повторяем тоже самое с левой ногой. Делаем таким образом 4 шага вперед, далее – 4 шага назад. Повторяем этот элемент в течение 2 минут. Музыка: Dean Martin – Sway.

5 занятие – Повторяем изученное. Далее вводим элементы хип – хопа. Исходное положение: ноги – вместе, руки – по швам. Де-

лаем шаг правой ногой в сторону, немного сгибаем колени. Возвращаем ногу в исходное положение, затем сгибая обе ноги в коленях. Повторяем с другой ногой. («кач»). Повторяем элемент в течение 1,5 мин. Музыка: Jason Derulo – Dirty Talk.

6 занятие – к изученным элементам добавляем следующий элемент из хип – хопа: исходное положение: ноги – вместе, руки – по швам. Поворачиваем голову влево, затем – плечи влево, затем – разворачиваем ноги влево. Повторяем то же самое влево (в итоге совершая полный круг и возвращаясь в исходное положение). Затем – в другую сторону. Музыка: Jason Derulo – Dirty Talk; Milkdrop – No More.

В конце – повторяем элементы, изученные за время всего курса.

По результатам использования авторская краткосрочная оздоровительная программа, сочетающая в себе элементы лечебной физкультуры и танцевально-двигательной терапии в комплексном лечении психических расстройств невротического уровня, показала свою высокую клиническую эффективность и может быть рекомендована для использования как на отделениях пограничных психических расстройств учреждений психиатрического профиля, так в условиях дневных стационаров.

#### Список литературы

1. Грёнлюнд Э., Оганесян Н. Ю. Танцевальная терапия. Теория, методика, практика. – СПб.: Речь, 2011. – 288 с., илл.
2. Психотерапия: учебное пособие / под. ред. В.К. Шамова, В.И. Курпатова – СПб.: СпецЛит, 2012. – 496 с.
3. Психопрофилактика, современное понимание // сборник научных трудов / Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Департамент здравоохранения Ивановской обл., ГУЗ Обл. клиническая психиатрическая больница «Богородское», Ивановская обл. общественная орг. «О-во психиатров, психотерапевтов и наркологов»; [редкол.: А.М. Футерман (гл. ред.), Е.В. Руженская (отв. ред.)]. – Иваново, 2010.
4. Физическая реабилитация / Т.В. Гиголаева, А.Н. Нестеров, Е.В. Перевозчикова, Е.В. Руженская, С.Ю. Толстова, А.С. Махов: Учебное пособие. Том 2. – Шуя, 2011.
5. Шуненков Д.А., Песнина М.А. Метод комплексной оценки некогнитивной психопатологической симптоматики пожилых пациентов // Научный поиск. – 2015. – № 3. – С. 21-25.

УДК 616.85

## РЕЗУЛЬТАТЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ АВТОРСКОЙ МЕТОДИКИ КРАТКОСРОЧНОЙ ОЗДОРОВИТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ НЕВРОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ

Потехина Е.Ф., Шуненков Д.А., Песнина М.А.

*Областная клиническая психиатрическая больница «Богородское», Иваново;  
ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России», Иваново*

В статье описаны результаты разработки и пилотного внедрения краткосрочной телесно-ориентированной оздоровительной программы, сочетающей в себе элементы лечебной физкультуры и танцевально-двигательной терапии в комплексном лечении психических расстройств невротического уровня. При проведении тестирования выявлено, что показатели реактивной тревожности пациентов, личностной тревожности и нервно-психического напряжения тесно взаимосвязаны между собой, что подтверждается обнаружением положительной корреляционной связи согласно коэффициенту ранговой корреляции Спирмена. Между уровнями ситуативной тревожности и нервно-психического напряжения до начала занятий и по завершению курса в экспериментальной группе были выявлены значимые различия с помощью критерия Стьюдента. Также отмечено среднее снижение уровня личностной тревожности, несмотря на должную стабильность данного показателя, что говорит о субъективном чувстве снижения тревожности как свойства личности. В контрольной группе значимых различий между уровнями ситуативной тревожности и нервно – психического напряжения, несмотря на незначительное снижение средних показателей анализируемых параметров, с помощью критерия Стьюдента выявлено не было. Уровень личностной тревожности остался на прежнем уровне. По результатам использования в комплексном лечении психических расстройств невротического уровня, данная программа показала свою высокую клиническую эффективность и может быть рекомендована для использования как на отделениях пограничных психических расстройств учреждений психиатрического профиля, так в условиях дневных стационаров.

**Ключевые слова:** танцевально-двигательная терапия, пограничные психические расстройства, реабилитация

## RESULTS OF EFFICIENCY OF THE AUTHOR'S TECHNIQUE OF THE SHORT-TERM IMPROVING PROGRAM IN COMPLEX TREATMENT OF MENTAL DISORDERS OF NEUROTIC LEVEL

Potekhina E.F., Shunenkov D.A., Pesnina M.A.

*Regional clinical psychiatric hospital «Bogorodskoye», Ivanovo;  
Ivanovo state medical Academy, Ivanovo*

In article results of development and pilot introduction of the short-term corporal focused improving program combining elements of physiotherapy exercises and dancing and motive therapy in complex treatment of mental disorders of neurotic level are described. When carrying out testing it is revealed that indicators of jet uneasiness of patients, personal uneasiness and psychological tension are closely interconnected among themselves that is confirmed by detection of positive correlation communication according to coefficient of rangovy correlation of Spirmen. Between levels of situational uneasiness and psychological tension prior to classes and in end of a course in experimental group significant distinctions by means of Styudent's criterion were revealed. Average decrease in level of personal uneasiness, despite due stability of this indicator that speaks about subjective feeling of decrease in uneasiness as properties of the personality is also noted. In control group of significant distinctions between levels of situational uneasiness and nervously – mental tension, despite insignificant decrease in average values of the analyzed parameters, by means of Styudent's criterion it wasn't revealed. Level of personal uneasiness remained at the former level. By results of use in complex treatment of mental disorders of neurotic level, this program showed the high clinical efficiency and can be recommended for use as on offices of boundary mental disorders of establishments of a psychiatric profile, so in the conditions of day hospitals.

**Keywords:** dancing and motive therapy, boundary mental disorders, rehabilitation

Проблема выбора рациональной терапии психических расстройств остается чрезвычайно актуальной. При пограничных состояниях одним из основных методов лечения является психотерапия, всё более актуальными становятся такие методики, как арт-терапия. Одним из перспективных видов терапии искусством является танцевально-двигательная терапия. Также в комплексной терапии неврозов является

довольно привлекательным использование элементов физической реабилитации в форме лечебной физической культуры [4]. Это важно как с точки зрения лечебных мероприятий, так и с точки зрения профилактики прогрессирования расстройства, повышения эмоционального фона, актуализации мотивации активных технологий сохранения здоровья [3]. С учетом имеющейся тенденции сокращения сроков стационарного

пребывания пациентов крайне актуальным является разработка дополнительных краткосрочных техник в работе с пациентами психотерапевтического профиля, в связи с чем мы решили предложить телесно-ориентированную оздоровительную программу, сочетающую в себе элементы лечебной физкультуры и танцевально-двигательной терапии.

Для исследования были отобраны несколько групп пациентов невротического профиля (пациентки психотерапевтического отделения ОБУЗ ОКПБ «Богородское»): экспериментальная группа (Т-test) из 16 человек, занимавшаяся в две подгруппы по 8 человек: в 1-й подгруппе занимались пациенты до 55 лет, во 2-й – пациенты старше 55 лет. Опытная оздоровительная программа, сочетающая в себе элементы лечебной физкультуры и танцевально-двигательной терапии представляет собой не только «терапию в группе» (т.е. лишь форму организации терапевтического процесса), но и характеризуется наличием элементов групповой терапии (целенаправленное использование в лечебных целях ситуации в группе и межперсонального взаимодействия между участниками) и, следовательно, приобретает дополнительные лечебные факторы: ориентирование на выздоровление, развитие социализирующих техник, групповая сплоченность, коррективный эмоциональный опыт и др. При формировании групп учитывалось «правило восьми» (Kellerman Н., 1979), согласно которому 8 человек – оптимальная численность для психотерапевтической группы [2]. По структуре патологии Т группы: 43,75% участников имеют тот или иной вариант F06 – психические расстройства, обусловленные повреждением и дисфункцией головного мозга или соматической болезнью: непсихотическое депрессивное расстройство органической природы (F06.36); органическое эмоционально лабильное (астеническое) расстройство в связи с различными заболеваниями головного мозга (F06.6); органическое тревожное расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.41); органическое бредовое расстройство в связи с сосудистым заболеванием головного мозга (F06.21). 31,25% пациентов имеют заболевания, рубрифицированные в разделе МКБ-10: невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40 – F48): другие тревожные расстройства (F41); реакция на тяжелый стресс и нарушения адаптации (F43); диссоциативные (конверсионные) расстройства (F44); соматоформные расстройства (F45). 25% пациентов приходится на другие расстройства (F60.42 – расстройства личности; F31.14 – легкие или умеренные депрессивные эпизоды, F25.2 – шизоаффективные

расстройства), включая психопатические, а также более тяжелые расстройства допсихотического и психотического уровня без текущей продуктивной симптоматики, что является допустимым при формировании терапевтической группы [2].

Также исследовалась контрольная группа (С-control) из 8 человек по структуре патологии: 62,5% – тот или иной вариант F06 (F06.361, F06.61, F06.2, F06.37). 37,5% имеют заболевания, рубрифицированные в разделах МКБ-10 F40 – F48: F41.0, F43.22.

Пациенты Т-группы получали медикаментозную терапию и психотерапию, назначенную лечащим врачом персонально согласно современным стандартам оказания стационарной психиатрической помощи, а также проходили занятия в рамках предложенной программы. Пациенты группы С получали только терапию, назначенную лечащим врачом согласно современным стандартам оказания стационарной психиатрической помощи.

До начала занятий проводилось знакомство с пациентами, общий осмотр, собирались необходимые анамнестические сведения, оценивался психический статус, обязательно принимая во внимание наличие соматических жалоб в целях выявления пациентов, имеющих хронические заболевания, которые могут обостриться во время терапии и являются абсолютным или относительным противопоказанием для её проведения.

Каждый участник из каждой группы заполнил авторскую анкету по определению степени приверженности личности к методам физической реабилитации и психологической адаптации; опросник Спилбергера для оценки личностной и ситуативной тревожности и опросник «Определение нервно-психического напряжения» (Т.А. Немчин) для диагностики психической напряженности до начала занятий и в конце курса. Тест Спилбергера (или Шкала тревоги Спилбергера (State-Trait Anxiety Inventory – STAI)) является способом оценки уровня тревожности в данный момент (реактивная или ситуативная тревожность) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). Тест Немчина предназначен для оценки психического состояния, обусловленного ожиданием неблагоприятного для субъекта развития событий, которое сопровождается ощущением общего дискомфорта, тревоги, страха и включает в себя готовность овладеть ситуацией, действовать в ней определенным образом.

Выбор данных тестов обусловлен данными, что некогнитивная психопатологическая симптоматика в виде повышенной

тревожности, расстройств в соматовегетативной сфере, обуславливающих в том числе и повышение уровня нервно-психического напряжения, является наиболее характерной для пациентов женского пола с заболеваниями невротического уровня, например, эмоционально лабильным (астеническим) расстройством [5]. Следовательно, контроль динамики данных показателей является наиболее информативным и позволяет оценить эффективность программы. От каждого пациента было получено согласие на участие в программе. После каждого занятия участникам группы задавались вопросы, необходимые для оценки занятий. Уточнялось, понравилось ли пациенту занятие и почему; хотелось бы ему прийти на занятия в следующий раз; каково его общее состояние и что он чувствует; есть ли пожелания или замечания к танцевальному терапевту.

По завершению курса участникам предлагалось ответить на ряд вопросов для оценки удовлетворенности курсом и работой терапевта, рекомендованные Н.Ю. Оганесян [1]: понравился ли вам курс или нет? Объясните, почему? Нравится ли вам танцевальная группа? Какие упражнения и задания понравились больше и почему? Как вы считаете, группа из 8 человек – это много или мало? Как вы считаете, 6 занятий – это много или мало? Хотелось бы пройти индивидуальную танцевальную терапию? Улучшилось ли Ваше самочувствие или нет после окончания занятий? Объясните, почему? Ваши пожелания и замечания к терапевту.

Для обработки первичных данных использована программа Apache OpenOffice Calc, статистические инструменты <http://www.psychol-ok.ru/statistics/spearman/> и <http://www.psychol-ok.ru/statistics/student/>.

При анализе ответов пациентов на вопросы анкеты по определению степени приверженности личности к методам физической реабилитации и психологической адаптации было установлено, что 79% респондентов стараются следовать здоровому образу жизни; 10,5% – активно придерживаются здорового образа жизни, а 10,5% – ведут нездоровый образ жизни, допускают курение и алкоголизацию. Большинству опрошенных (67%) нравились уроки физкультуры в школе, однако регулярно делает зарядку только 37% респондентов. Подавляющее большинство опрошенных считает включение элементов физической реабилитации (например, лечебной физкультуры) в комплексную систему терапии и профилактики психических заболеваний рациональным (87%).

В качестве методов физической культуры, используемых для сохранения сво-

его здоровья в повседневной жизни 26% респондентов называют утреннюю зарядку, 21% – ходьбу, занятия танцами – 21%, занимаются в тренажерном зале 11%, бегом – 5%, не используют методы физической культуры 16% респондентов. Большинство опрошенных считает включение элементов психологической адаптации (например, такой отрасли психотерапии, как лечение искусством) в комплексную систему терапии и профилактики психических заболеваний рациональным (89%). Однако 68% респондентов отрицательно относятся к изобразительному искусству, в то время как музыку любят 88%. В качестве элементов физической реабилитации и способов психологической адаптации, которыми респонденты хотели бы заниматься во время терапии 27% называют комплексы упражнений лечебной физкультуры (ЛФК); 31% – танцевально-двигательную терапию; 27% – музыкотерапию и 15% – аутогенные тренировки.

По тесту Спилбергера средний уровень ситуативной (реактивной) тревожности до начала курса в Т группе составил 43,94 с SD=10,67, что соответствует умеренному уровню. При этом у 31% респондентов выявлен умеренный, а у 50% – высокий уровень реактивной тревожности. Уровень личностной тревожности составил 50,94 с SD=9,52, что соответствует высокому уровню. При этом только 25% респондентов имеют умеренный уровень личностной тревожности, остальные – высокий. Между показателями реактивной и личностной тревожности имеется положительная корреляционная связь согласно коэффициенту ранговой корреляции Спирмена ( $r_s = 0.852$ , корреляция статистически значима). Уровень нервно – психического напряжения, оцениваемый по методике Немчина, до начала занятий в Т группе в среднем составил 58,06 с SD=12,09, что соответствует второй степени НПН. При этом 18,75% имеют низкий уровень, 75% – средний, и 6,25% – высокий уровень НПН. Между показателями реактивной тревожности, личностной тревожности и нервно – психического напряжения имеется положительная корреляционная связь согласно коэффициенту ранговой корреляции Спирмена ( $r_s = 0.763$  и  $0.809$  соответственно, корреляция статистически значима). После проведения курса средний уровень ситуативной (реактивной) тревожности в Т группе составил 37,06 с SD=7,54. При этом у 18,75% респондентов выявлен низкий, у 62,5% – умеренный, и у 18,75% – высокий уровень реактивной тревожности. Уровень личностной тревожности составил 47,56 с SD=7,23. При этом уже 62,5%

респондентов по результатам теста имеют высокий уровень личностной тревожности (против 75% исходно). Выявлены значимые различия между уровнями ситуативной тревожности до начала занятий и по завершению курса с помощью критерия Стьюдента (полученное эмпирическое значение  $t(3,2)$  находится в зоне значимости,  $p \leq 0,01$ ). Уровень нервно – психического напряжения, оцениваемый по методике Немчина, по окончании курса в Т группе в среднем составил 47,88 с  $SD=11,85$ . При этом 43,75% имеют низкий, а 56,25% – средний уровень НПН. Выявлено значимое различие между уровнем нервно-психического напряжения до начала занятий и по завершению курса с помощью критерия Стьюдента ( $t_{Эмп} = 3,9$ ;  $p \leq 0,01$ ).

По тесту Спилберга средний уровень ситуативной (реактивной) тревожности до начала курса в С группе составил 49,88 с  $SD=10,03$ , что соответствует высокому уровню. Уровень личностной тревожности составил 56,63 с  $SD=8,94$ , что также соответствует высокому уровню. Уровень нервно – психического напряжения, оцениваемый по методике Немчина, до начала занятий в Т группе в среднем составил 57,5 с  $SD=9,89$ , что соответствует второй степени НПН. Через неделю, в течении которой пациенты получали терапию, назначенную лечащим врачом согласно современным стандартам оказания стационарной психиатрической помощи, но не проходили занятия в рамках экспериментальной программы, средний уровень ситуативной (реактивной) тревожности в С группе составил 46,75 с  $SD=6,69$ . При этом у 50% респондентов выявлен умеренный, и у 50% – высокий уровень реактивной тревожности. Уровень личностной тревожности составил 56 с  $SD=7,03$ . При этом 100% респондентов по результатам теста имеют высокий уровень личностной тревожности (также, как и исходно). Уровень нервно – психического напряжения, оцениваемый по методике Немчина, по окончании курса в С группе в среднем составил 53,13 с  $SD=12,80$ . При этом 25% имеют низкий, а 75% – средний уровень НПН. Несмотря на небольшое снижение средних показателей анализируемых параметров, значимых различий между уровнями ситуативной и личностной тревожности, нервно – психического напряжения, с помощью критерия Стьюдента в С группе выявлено не было.

В процессе проведения курса с Т-группой при текущей оценке состояния участниками отмечалось, что после проведения занятия они чувствуют себя бодрее, улучшается настроение, в теле чувствуется

приятная легкость. Подавляющее большинство участников высказывало активное желание продолжить занятия и были готовы заниматься дольше отведенного времени. При анализе ответов на вопросы, предназначенные для оценки удовлетворенности курсом и работой терапевта, выяснено, что программа понравилась всем участникам, среди причин указывалось, что «стало бодрее и веселее», «узнали упражнения, которые сможем выполнять самостоятельно» и др. Состав и отношения в группе также удовлетворили всех участников. Из упражнений и заданий понравились больше остальных упражнения на координацию, внимание и танцевальные элементы (тема и импровизация). Большинство (64%) участников считает, что 8 человек – оптимальная численность для группы. 68,75% респондентов считает, что 6 занятий – это мало, остальные полагают это количество достаточным. Индивидуальную танцевально-двигательную терапию хотели бы пройти 50% участников. 100% респондентов отмечают улучшение самочувствия в целом после окончания занятий. В качестве пожеланий отмечаются рекомендации расширить спектр танцевальных элементов в программе и пожелания увеличить количество занятий в курсе.

Таким образом:

1. Большинство пациентов считает включение элементов физической реабилитации и психологической адаптации в комплексную систему терапии и профилактики психических заболеваний рациональным, отдавая приоритет комплексам упражнений лечебной физкультуры, танцевально-двигательной терапии и музыкотерапии.

2. Показатели реактивной тревожности, личностной тревожности и нервно-психического напряжения тесно взаимосвязаны между собой, что подтверждается обнаружением положительной корреляционной связи согласно коэффициенту ранговой корреляции Спирмена.

3. Между уровнями ситуативной тревожности и нервно-психического напряжения до начала занятий и по завершению курса в экспериментальной группе были выявлены значимые различия с помощью критерия Стьюдента. Также отмечено среднее снижение уровня личностной тревожности, несмотря на должную стабильность данного показателя, что говорит о субъективном чувстве снижения тревожности как свойства личности.

4. В контрольной группе значимых различий между уровнями ситуативной тревожности и нервно-психического напряжения, несмотря на незначительное снижение

средних показателей анализируемых параметров, с помощью критерия Стьюдента выявлено не было. Уровень личностной тревожности остался на прежнем уровне.

5. Таким образом, авторская краткосрочная оздоровительная программа, сочетающая в себе элементы лечебной физкультуры и танцевально-двигательной терапии в комплексном лечении психических расстройств невротического уровня, показала свою высокую клиническую эффективность и может быть рекомендована для использования как на отделениях пограничных психических расстройств стационарных учреждений психиатрического профиля, так в условиях дневных стационаров.

6. Программа внедрена в повседневную лечебную деятельность отделения психоте-

рапевтического отделения ОБУЗ ОКПБ «Богородское» г. Иваново.

#### Список литературы

1. Грёнлюнд Э., Оганесян Н.Ю. Танцевальная терапия. Теория, методика, практика. – СПб.: Речь, 2011. – 288 с., илл.
2. Психотерапия: учебное пособие / под ред. В.К. Шамрея, В.И. Курпатова – СПб.: СпецЛит, 2012. – 496 с.
3. Психопрофилактика, современное понимание // сборник научных трудов / Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Департамент здравоохранения Ивановской обл., ГУЗ Обл. клиническая психиатрическая больница «Богородское», Ивановская обл. общественная орг. «О-во психиатров, психотерапевтов и наркологов»; [редкол.: А.М. Футерман (гл. ред.), Е.В. Руженская (отв. ред.)]. Иваново, 2010.
4. Физическая реабилитация // Гиголаева Т.В., Нестеров А.Н., Перевозчикова Е.В., Руженская Е.В., Толстова С.Ю., Махов А.С.: учебное пособие. – Шуя, 2011. Том часть 2.
5. Шуненков Д.А., Песнина М.А. Метод комплексной оценки некогнитивной психопатологической симптоматики пожилых пациентов // Научный поиск. – 2015. – № 3. – С. 21-25.

УДК 613-009

## ПРАКТИКА ПРИМЕНЕНИЯ СТАНДАРТОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДЕМЕНЦИИ В УСЛОВИЯХ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО УЧРЕЖДЕНИЯ И В ОБЩЕЙ СЕТИ

Руженский В.И., Руженская Е.В.

*Областная клиническая психиатрическая больница «Богородское», Иваново;  
Ивановский государственный университет, Иваново*

Оказание медицинской помощи на основе стандартов стало в настоящее время насущной реальностью как в психиатрии, так и в других специальностях. Стандарты структурированы, содержат непривычно большой для психиатрии блок обследований, четко регламентируют обязательность участия в диагностике и лечении ряда специалистов, которые в прежние времена не привлекались с такой периодичностью, обозначают набор и дозы препаратов для биологической терапии, нормируют объем немедикаментозных методов лечения. Особенностью лечения больных деменцией является наличие двух параллельных стандартов – один реализуется в общесоматической сети, другой – в условиях психиатрической службы. Четкое следование стандартам медицинской помощи при деменциях, соблюдение разделенных полномочий медицинскими службами разного профиля обеспечивает пациенту полноценное качественное обследование и лечение, профилактику прогрессирования расстройств и реабилитацию.

**Ключевые слова:** деменция, стандарты медицинской помощи

## PRACTICE OF APPLICATION OF STANDARDS OF MEDICAL CARE AT TREATMENT OF DEMENTIA IN THE CONDITIONS OF MENTAL HEALTH FACILITY I IN THE GENERAL NETWORK

Ruzhenskiy V. I., Ruzhenskaya E.V.

*Regional clinical psychiatric hospital «Bogorodskoye», Ivanovo;  
Ivanovo state university, Ivanovo*

Delivery of health care on the basis of standards became essential reality both in psychiatry, and in other specialties now. Standards are structured, contain the block of inspections, unusually big for psychiatry, accurately regulate obligation of participation in diagnostics and treatment of a number of experts who in former times weren't attracted with such frequency, designate a set and doses of preparations for biological therapy, normalize the volume of non-drug methods of treatment. Feature of treatment of patients of dementia is existence of two parallel standards – one is realized in an all-somatic network, another – in the conditions of psychiatric service. Accurate following to standards of medical care at dementias, observance of the divided powers health services of a different profile provides to the patient full high-quality inspection and treatment, prevention of progressing of frustration and rehabilitation.

**Keywords:** dementia, standards of medical care

Оказание медицинской помощи на основе стандартов стало в настоящее время насущной реальностью как в психиатрии, так и в других специальностях. Появление с 2012 года и вступление в действие в 2013 году части стандартов специализированной медицинской помощи больным шизофренией потребовало от психиатрической службы переосмысления своей деятельности.

Стандарты структурированы, содержат непривычно большой для психиатрии блок обследований, четко регламентируют обязательность участия в диагностике и лечении ряда специалистов, которые в прежние времена не привлекались с такой периодичностью, обозначают набор и дозы препаратов для биологической терапии, нормируют объем немедикаментозных методов лечения.

Проверяющие органы настроены на четкое выполнение стандартов в учреждениях и именно такие разъяснения дают пациентам при консультациях.

Отчасти такая директивность вызвала негатив в психиатрическом сообществе.

Вместе с тем это регламентировано федеральным законодательством и не носит столь директивной направленности.

Статья 37 (Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи) Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», вступившего в силу с 1 января 2013 года, гласит:

1. Медицинская помощь организуется и оказывается в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями, а также на основе стандартов медицинской помощи.

2. Порядки оказания медицинской помощи и стандарты медицинской помощи

утверждаются уполномоченным федеральным органом исполнительной власти.

3. Порядок оказания медицинской помощи разрабатывается по отдельным ее видам, профилям, заболеваниям или состояниям (группам заболеваний или состояний) и включает в себя:

- 1) этапы оказания медицинской помощи;
- 2) правила организации деятельности медицинской организации (ее структурного подразделения, врача);
- 3) стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 4) рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений;
- 5) иные положения исходя из особенностей оказания медицинской помощи.

4. Стандарт медицинской помощи разрабатывается в соответствии с номенклатурой медицинских услуг и включает в себя усредненные показатели частоты предоставления и кратности применения:

- 1) медицинских услуг;
- 2) зарегистрированных на территории Российской Федерации лекарственных препаратов (с указанием средних доз) в соответствии с инструкцией по применению лекарственного препарата и фармакотерапевтической группой по анатомо-терапевтическо-химической классификации, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения;
- 3) медицинских изделий, имплантируемых в организм человека;
- 4) компонентов крови;
- 5) видов лечебного питания, включая специализированные продукты лечебного питания;
- 6) иного исходя из особенностей заболевания (состояния).

5. Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии.

Применительно к деменции в настоящее время Минздравом подготовлены, утверждены приказами и опубликованы на официальном сайте:

- Стандарты первичной медико-санитарной помощи;
- Стандарты специализированной медицинской помощи;
- Стандарты скорой медицинской помощи;
- Стандарты первичной медико-санитарной помощи;

– Стандарт первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции при других болезнях, классифицированных в других рубриках;

– Стандарт первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета);

– Стандарт первичной медико-санитарной помощи при болезни Альцгеймера в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета);

– Стандарт первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции в связи с эпилепсией в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета);

– Стандарты специализированной медицинской помощи;

– Стандарт специализированной медицинской помощи при болезни Альцгеймера;

– Стандарт специализированной медицинской помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции в связи с эпилепсией;

– Стандарты скорой медицинской помощи;

– Стандарт скорой медицинской помощи при органических, симптоматических психических расстройствах;

Особенностью лечения больных деменции является наличие двух параллельных стандартов – один реализуется в общесоматической сети, другой – в условиях психиатрической службы.

Принципиальный момент в оказании помощи больным деменцией: кто, где, когда, грани соприкосновения служб.

Рассмотрим эти стандарты.

#### **Стандарт 1**

Стандарт медицинской помощи больным с органическими, включая симптоматические, психическими расстройствами, деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках

Категория возрастная: взрослые.

Пол: любой.

Фаза: любая.

Стадия: любая.

Осложнения: без осложнений.

Вид медицинской помощи: первичная медико-санитарная медицинская помощь.

Условия оказания медицинской помощи: амбулаторно.

Форма оказания медицинской помощи:  
плановая

Средние сроки лечения (количество дней): 365

Код по МКБ X\* Нозологические единицы  
• F00. Деменция при болезни Альцгеймера (G30.-+)

- F01. Сосудистая деменция
- F02. Деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках
- F03. Деменция неуточненная
- F04. Органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами

#### Стандарт 2

Стандарт первичной медико-санитарной помощи при органических, включая симптоматические, психических расстройствах, деменции в амбулаторных условиях психоневрологического диспансера (диспансерного отделения, кабинета)

Категория возрастная: взрослые

Пол: любой

Фаза: нет

Стадия: нет

Осложнения: вне зависимости от осложнений

Вид медицинской помощи: первичная медико-санитарная помощь

Условия оказания медицинской помощи: амбулаторно

Форма оказания медицинской помощи: плановая

Средние сроки лечения (количество дней): 365

Код по МКБ X Нозологические единицы  
• F00. Деменция при болезни Альцгеймера (G30)

- F01. Сосудистая деменция
- F02. Деменция при других болезнях, классифицированных в других рубриках
- F03. Деменция неуточненная
- F04. Органический амнестический синдром, не вызванный алкоголем или другими психоактивными веществами

Рассмотрим на стандартах различия.

### 1. Медицинские мероприятия для диагностики заболевания, состояния

Стандарт 1. Наименование медицинской услуги	УПЧП	УПКП
Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях центральной нервной системы и головного мозга	1	6
Назначение лекарственных препаратов при заболеваниях психической сферы	1	12
Прием (осмотр, консультация) врача- невролога первичный	1	1
Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра участкового первичный	1	1
Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта первичный	1	1
Стандарт 2 Наименование медицинской услуги	УПЧП	УПКП
Прием (осмотр, консультация) врача- невролога первичный	0,5	1
Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра участкового первичный	1	1
Прием (осмотр, консультация) врача функциональной диагностики первичный	1	1
Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога первичный	0,2	1

### 2. Медицинские услуги для лечения заболевания, состояния и контроля за лечением

Стандарт 1. Наименование медицинской услуги	УПЧП	УПКП
Прием (осмотр, консультация) врача- невролога повторный	1	5
Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра участкового повторный	1	11
Прием (осмотр, консультация) врача-терапевта повторный	1	2
Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный	0,2	3
Стандарт 2 Наименование медицинской услуги	УПЧП	УПКП
Прием (осмотр, консультация) врача-психиатра участкового повторный	1	12
Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный	0,1	3

### 3. Наблюдение и уход за пациентом медицинскими работниками со средним (начальным) профессиональным образованием

Стандарт 1. Наименование медицинской услуги	УПЧП	УПКП
Внутримышечное введение лекарственных препаратов	1	60
Внутривенное введение лекарственных препаратов	1	80
Стандарт 2 Наименование медицинской услуги	УПЧП	УПКП
Внутримышечное введение лекарственных препаратов	0,1	20
Внутривенное введение лекарственных препаратов	0,1	10

## 4. Иные методы исследования

Стандарт 1. Наименование медицинской услуги	УПЧП	УПКП
Нейропсихологическое обследование	0,5	2
Прием (тестирование, консультация) медицинского психолога повторный	0,5	3
Стандарт 2. Наименование медицинской услуги	УПЧП	УПКП
Тестологическое психодиагностическое обследование	0,5	1

5. Немедикаментозные методы профилактики, лечения и медицинской реабилитации  
Идентичны показатели стандартов 1 и 2

Наименование медицинской услуги	УПЧП	УПКП
Трудотерапия	0,5	10
Психологическая адаптация	0,5	10
Семейное психологическое консультирование	0,8	1
Социально-реабилитационная работа	0,2	12
Процедуры по адаптации к условиям микросреды	0,1	2
Процедуры по адаптации к условиям макросреды	0,1	2
Обучение близких уходу за тяжелобольным пациентом	1	1

## Отличительные показатели стандартов 1 и 2

Стандарт 1. Наименование медицинской услуги	УПЧП	УПКП
Нейро-психологическая коррекционно-восстановительная процедура при нарушениях психических функций	1	24
Процедуры двигательного праксиса	0,5	10
Обучение близких уходу за тяжелобольным пациентом	1	1
Стандарт 2 Наименование медицинской услуги	УПЧП	УПКП
Психотерапия	1	15
Процедуры двигательного праксиса	0,05	5
Обучение близких уходу за тяжелобольным пациентом	0,5	1
Обучение родственников пациента тактике и методам восстановления когнитивных функций больных	0,4	3

Как мы видим, наличие этих стандартов, их различия и взаимные дополнения подразумевают двойное наблюдение пациента – и в соматической сети, и в специализированной психиатрической службе.

На психиатрической службе наибольшая ответственность за диагностику деменции как тяжелого психического расстройства (верификация диагноза, определение клинической формы, прогноза), полноценное наблюдение [1,4,5]. Кроме того, именно психиатрическая служба обеспечивает практически весь предусмотренный объем немедикаментозных мероприятий, направленных на профилактику прогрессирования расстройств, усугубления клинической картины [2,3]. На долю врача-интерниста или невропатолога падает основной объем лекарственных назначений.

Кроме того, отличными являются и перечень лекарственных препаратов, которые предусмотрены в этих двух стандартах.

В стандарте, который регламентирует работу врачей общесоматической сети,

предусмотрена патогенетическая, заместительная и ограниченно симптоматическая терапия.

В стандартах же, предусмотренных для оказания помощи в условиях психиатрической службы, патогенетическая и заместительная терапия не представлены. Оказание помощи предусмотрено в основном симптоматическое, с широким спектром применяемых фармакологических средств – нейрорептиков, антидепрессантов, транквилизаторов.

В двух других стандартах первичной медико-санитарной сети, которые осуществляются в условиях психиатрической службы (деменция при болезни Альцгеймера и эпилепсии), дополнительного стандарта для интернистов не предусмотрено, что отразилось и спектре лекарственных препаратов – он более широк и включает в себя и патогенетическую, и симптоматическую и заместительную терапии. По всей видимости, это связано с тем, что у неврологов имеются отдельные стандарты по лечению

самой болезни Альцгеймера и эпилепсии, деменция в рамках этих двух нозологий рассматривается как осложнение, при наличии которого пациент также направляется двойного для наблюдения к психиатру.

Таким образом, четкое следование стандартам медицинской помощи при деменциях, соблюдение разделенных полномочий медицинскими службами разного профиля обеспечивает пациенту полноценное качественное обследование и лечение, профилактику прогрессирования расстройств и реабилитацию.

#### Список литературы

1. Максимова Н.Е. Психические расстройства у лиц пожилого возраста (клинико-эпидемиологический, социометрический и организационный аспекты): дис. ... д-ра мед. наук / ФГУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы». – М., 2007
2. Руженская Е.В. Организация тренинга по поддержанию и восстановлению когнитивных функций пожилых пациентов // Клиническая геронтология. – 2006. – Т. 12. № 11. – С. 81-86.
3. Руженская О.В., Руженская Е.В. Информированность населения об организации геронтопсихиатрической помощи как элемент первичной психопрофилактики // Психопрофилактика, современное понимание // сборник научных трудов / Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Департамент здравоохранения Ивановской обл., Гос. учреждение здравоохранения Обл. клиническая психиатрическая больница «Богородское», Ивановская обл. общественная орг. «О-во психиатров, психотерапевтов и наркологов»; [редкол.: А.М. Фугерман (гл. ред.), Е.В. Руженская (отв. ред.)]. – Иваново, 2010.
4. Сиденкова А.П. Особенности идентификации психических расстройств позднего возраста // Российский психиатрический журнал. – 2009. – № 1. – С. 44-48.
5. Соколова И.В., Сиденкова А.П., Кунафина Е.Р. Клинические формы психозов в позднем возрасте // Уральский медицинский журнал. – 2012. – № 9 (101). – С. 57-62.

УДК 796.012.1

## ВОЗМОЖНОСТИ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И САМОРЕАБИЛИТАЦИИ

**Самыличев А.С.***ННГУ им Н.И. Лобачевского, Нижний Новгород, e-mail: samas1@yandex.ru*

В настоящей статье представлен обзор исследований в области физической реабилитации и самореабилитации.

**Ключевые слова:** физическая реабилитация, самореабилитация, вертикализация, тренировка, ходьба, прикладные упражнения, социальная реабилитация

## ABILITIES OF PHYSICAL REHABILITATION AND SELF-REHABILITATION

**Samylichev A.S.***Lobachevsky State University of Nizhny Novgorod, Nizhni Novgorod, e-mail: samas1@yandex.ru*

This article is a kind of scientific researches' review in physical rehabilitation and self-rehabilitation.

**Keywords:** physical rehabilitation, self-rehabilitation, verticalization, training, walking, applied exercises, social rehabilitation

Термин «реабилитация», как известно, происходит от латинского ability – способность, а rehabilitation – восстановление способности. Как самостоятельное научно-практическое направление оно зародилось в недрах медицины, причем, сравнительно недавно, но несмотря на новизну, уже получила широкое признание не только в медицине, но и в других областях науки и практики, связанных со здоровьем и болезнью человека, к примеру, в Адаптивной физической культуре (АФК).

В последней реабилитации представлена в виде одного из компонентов (видов) АФК – физическая реабилитация. (Разные авторы выделяют еще и медицинскую, психологическую, профессиональную, а также комплексную реабилитацию [1].)

В настоящей статье речь будет идти о возможностях (порой удивительных) преимущественно физической реабилитации. Физическая реабилитация – это восстановление с помощью выполнения физических упражнений и, связанных с ними, физических нагрузок. Так в жизни автора произошло, что она сопровождала его всю сознательную жизнь [11, 23, 24].

Впервые он прочувствовал ее эффективность в начале 60-х, уже прошлого века, когда начал тренироваться и выступать на соревнованиях по спортивной гимнастике. Ретроспективно отмечая в своем характере наличие определенной доли отчаянности и здорового авантюризма, не всегда тщательно продумывал последствия своих замыслов, решений и попыток выполнить нечто рискованное. В результате обильный список незначительных и довольно серьезных травм [25].

В связи с тем, что всякий раз необходимо было как можно быстрее восстановиться перед очередными ответственными соревнованиями, пришлось вплотную изучить и практически освоить деятельность кабинетов физиотерапии, массажа и лечебной физической культуры областного врачбно-физкультурного диспансера. По сути, он стал моим вторым родным домом. Параллельно, учась на факультете физического воспитания, освоил дополнительную специальность инструктора ЛФК и даже прошел практику в военном госпитале.

Второй этап «взаимоотношения» с реабилитацией связан с занятиями дельтапланерным спортом и с самой серьезной травмой в жизни [7, 31].

Исполняя обязанности президента областной федерации дельтапланерного спорта, работая тренером сборной команды области, и очень часто бывая и во время учебно-тренировочных полетов и на соревнованиях Руководителем полетов, неоднократно приходилось применять имеющиеся знания по оказанию первой помощи при различных травмах, а также применять имеющиеся навыки по физической реабилитации при дальнейшем восстановлении своих «собратьев по небу». Но по-настоящему вплотную, и теоретически, и практически пришлось в жизни заняться вопросами реабилитации, когда заимел тяжелую черепно-мозговую травму – «травму, не совместимую с жизнью». Целый календарный год был посвящен комплексной самореабилитации, с акцентом на реабилитацию физическую [32].

Третий этап «плотных взаимоотношений» с физической реабилитацией начался

почти через двадцать лет «новой жизни». Совершенно неожиданно перенес на ногах инфаркт миокарда. Клинический, санаторный, домашний этапы восстановления обогатили меня информацией и в этой области реабилитации после достаточно серьезных отклонений в деятельности сердечно-сосудистой системы [17].

В 2001 году начался и ныне продолжается четвертый этап «взаимоотношений» с физической реабилитацией. И связан он с новой работой в качестве научного консультанта по вопросам АФК, сначала в Нижегородском областном реабилитационном центре инвалидов, затем в Реабилитационном центре «Клиника доктора Мышляева», продолжал оказывать помощь в качестве консультанта людям с очень серьезными травмами спинного мозга, и частности, вместе с ними адаптируя к их индивидуальным особенностям компоненты различных методик [20]: А.С. Самыличев (1997) [23], Ю.Г. Михайлова (2000) [6], В.А. Качесов (2001) [5], С.М. Бубновский (2005) [13], С.Ю. Мышляев (2005) [19], В.И. Дикуль (2010) [30], С.В. Жуков (2011) [4]

В связи с тем, что познание проблем физической реабилитации (и практическое, и теоретическое) началось с физической самореабилитации, приходится начинать обзор именно с нее

### **1. Спортивная гимнастика – травмы – реабилитация**

Почти половина жизни пронизана спортом высших достижений И непременным спутником этого нелегкого, а порой и опасного рода деятельности, были различные травмы [16].

Тренировки, сборы, соревнования – практически всегда содержат в себе риск получения какой-либо травмы. Ушибы, растяжения, вывихи, переломы – чего только не испытал за 15 лет занятий спортивной гимнастикой. И завершить многолетнюю тренировочную работу и выступления на гимнастических снарядах фактически был вынужден из-за травмы, т.к., несмотря на возраст, результаты, показываемые на соревнованиях различного ранга, внушали оптимизм. И хоть была эта травма незначительной (повреждение шиловидного отростка локтевой кости), тем не менее, выступать на последних в своей жизни гимнастических соревнованиях в г. Владимире был вынужден не на всех гимнастических снарядах. За прошедшие годы выработалась привычка хладнокровно и спокойно относиться к любой травме и сразу же приступать к интенсивной реабилитации, т.к. «на носу» были очередные соревнования. И,

надо сказать, благодаря деятельности кабинета физиотерапии Областного врачебно-физкультурного диспансера восстановление удалось в довольно короткие сроки. Токи Бернара, ультразвук, токи УВЧ, ионогальванизация, массаж, тепловые процедуры с использованием парафина, озокерита, бальнеолечение, ЛФК – «делали свое дело.» Параллельно применял и нетрадиционные средства и методы реабилитации: термомассаж, уринотерапию.

Термомассаж [13] – это массаж с применением контрастных температур воды или влажных салфеток с целью сначала увеличения просвета кровеносных и лимфатических сосудов, затем сужения, в травмированных тканях для улучшения их питания и удаления продуктов распада для ускорения их заживления. Методика его выполнения заключается в следующем: берутся две емкости – или миски, или тазика, или ведра, в зависимости от места расположения травмы на конечности (пальцы, кисть, лучезапястный сустав руки, пальцы, стопа, голеностопный сустав ноги). В одну из них наливается горячая вода (+ 40-50 градусов С), а рядом ставится чайник с кипятком. В другую – наливается холодная вода (+ 12-14 градусов С) и из морозильной камеры холодильника – несколько кубиков льда. Сначала рука (или нога) опускается в емкость с холодной водой, длительность удержания от 30 секунд до 1 минуты.

Затем рука (или нога) помещается в емкость с горячей водой и удерживается в ней также от 30 секунд до 1 минуты. Выполняется 5-6 сочетаний, между которыми в емкостях поддерживаются контрастные температуры с помощью кипятка из чайника в горячую воду и с помощью кубиков льда – в холодную.

Заканчивается термомассаж горячей водой. Далее следует вытереть руку (или ногу) махровым полотенцем и завершить процедуру давящим массажем в направлении от пальцев к туловищу [14].

Если травма получена в других местах конечностей или на туловище, необходимо воспользоваться салфетками из небольших махровых полотенец, которые перед приложением к травмированному месту, необходимо выжимать от излишков воды.

При временной возможности термомассаж необходимо проводить 2-3 раза в день и последний раз на ночь.

Для ускорения заживления травмы целесообразно воспользоваться и уринотерапией [28]. После термомассажа на ночь на травмированное место накладывается салфетка из марли, смоченная в собственной моче, сверху закрывается ватой, полиэ-

тиленом и завязывается старым шерстяным платком.

Богатая жизненная практика неоднократно убеждали в удивительной эффективности сочетания этих двух нетрадиционных процедур.

Предупреждение для нетренированных читателей: термомассаж противопоказан при имеющихся отклонениях в деятельности сердечно-сосудистой системы.

Надо сказать, что в годы спортивной молодости реабилитация как правило проходила довольно быстро и эффективно. Исключение составила травма грудной клетки, но полученная не на занятиях по спортивной гимнастике, а на скоростном спуске на беговых лыжах по заснеженной тропинке, круто спускающейся в плотном густом лесу.

В результате – столкновение с деревом, стоящим внизу, на крутом повороте с выездом на основную трассу. Удар пришелся в район «солнечного сплетения», а IX-е ребро лопнуло около позвоночника, такая была его сила. После недели жалких попыток тренироваться, все-таки сделал рентгенограмму. В результате «оскольчатый перелом со смещением», тугая повязка на грудную клетку, выполненная двумя дюжими санитарями в Института травматологии и ортопедии, и отлучение от тренировок И только через месяц приступил к тренировкам и на первом же занятии вновь сломал это же ребро, в том же месте, причем, без каких-либо ударов, просто, выполняя стойку силой на кольцах. Спрыгнул на маты, глубоко вдохнул воздух – резкая боль под лопаткой. Повторная рентгенограмма показала, что костная мозоль разошлась в этом же месте. В заключении этого раздела необходимо отметить, что за годы занятий и выступлений на соревнованиях по спортивной гимнастике научился, пожалуй, самому главному: получая очередную травму, не паниковать, сохранять спокойствие, организовывать мероприятия по анестезии и сохранять твердую уверенность в скорейшей самореабилитации [27].

## **2. Дельтапланерный спорт – черепно-мозговая травма – реабилитация**

Что касается навыков оказания первой медицинской помощи и знаний по реабилитации после ушибов и травм, то онигодились с первого же месяца занятий. Редкие полетные дни проходили без ЧП: вывихи суставов, переломы, чаще рук, просто преследовали начинающих пилотов, пока не организовал наземную физическую подготовку, на которых в условиях спортивного зала учил всех желающих дельтапланеристов навыкам самостраховки [31].

Тем не менее, пришлось несколько раз вправлять локтевые суставы, а однажды вынужден был ставить на место сустав плечевой.

В июне 1986 года, выполняя довольно сложное полетное задание, при неблагоприятных метеоусловиях, допустил летное ЧП, в результате которого получил «травму, не совместимую с жизнью». Трепанация черепа, почти месяц без сознания, очень медленное возвращение к жизни.

Левосторонний гемипарез (левая рука полностью парализована, а на левой ноге отмечался классический парез) [13], моторная афазия (полностью отсутствовала речь и голос) [15], отмечались нарушения зрения (только в 5-ти метрах различались лица идущих навстречу), притупились вкусовые ощущения, но, пожалуй, самое тревожное, это выраженная амнезия [16].

Занятия по физической реабилитации начались с того, что сначала десятки, потом сотни и тысячи раз в день поднимал и опускал правой рукой «неживую левую» с помощью описанного выше самодельного эспандера. Затем добавился массаж и самомассаж.

В результате вынужденной гиподинамии, несмотря на принудительное питание, потеря веса составила более двадцати килограмм.

Впоследствии для окончательного «оживления» левой руки применялись вибромассаж, термомассаж и огромное количество сгибательно-разгибательных движений пальцами рук с помощью кистевых эспандеров [14].

Затем была предпринята первая попытка сесть. Надо сказать, что субъективно это простое действие, предпринятое впервые после 45 дней непрерывного лежания на спине, было воспринято мною как нечто экстремальное. В этот момент как бы впервые пришлось «физически» ощутить тот самый атмосферный столб, давящий с силой тяжести 760 мм ртутного столба. Первоначально, чтобы сохранять положение сидя пришлось изо всех сил опираться о стол, придвинутый к моей кровати.

Через некоторое время после адаптации к вертикальному положению туловища и головы последовали попытки встать и задержаться в положении стоя. Длительность этих поз постепенно увеличивалась. Далее – первые попытки сделать шаг, другой, пойти до противоположной стены палаты, затем вернуться. Потом последовали попытки выйти в больничный коридор. Постепенно намечались более дальние ориентиры в коридоре. В дальнейшем была предпринята удачная попытка сойти по лестнице с третьего этажа и выйти в больничный сад.

Наконец-то появилась возможность ходить (сначала с помощью) вокруг здания больницы, сначала с обязательным отдыхом через каждые полкруга (примерно 50 метров), затем через круг.

После выписки из больницы через три месяца, тренировки в ходьбе были продолжены в городском парке, с обязательным отдыхом через каждые 100 – 200 метров. Там же впервые была предпринята попытка ходить без поддержки, но со страховкой [13].

В адаптивно-физические тренировки постепенно было подключено «веселое» упражнение – качание на детских качелях (цель – восстановление функции вестибулярного аппарата).

В одной из комнат квартиры был установлен тренажер «Спортивные качели». Необходимо признать, что с его помощью тренировки по физической самореабилитации стали более содержательными, ибо он позволял с дозированными отягощениями выполнять множество физических упражнений практически на все мышечные группы и с участием в движениях всех основных суставов человеческого тела [14]. Тем самым, тренировочная работа значительно интенсифицировалась. К тому же, зимой рискнул ходить на лыжах по территории бывшей биостанции педагогического университета, просматриваемой прямо из окон квартиры. В общепринятом смысле, правда, эта «ходьба» была весьма своеобразной – терял равновесие и падал в снег каждый раз через несколько шагов. Поэтому всякий раз ставил перед собой конкретные цели: упасть в кругу не более 10 раз, с каждым днем уменьшая на одно падение и впоследствии постараться их вообще не допускать. Постепенно начал увеличивать и число проходимых кругов: от одного до десяти (в кругу примерно 400 метров). С наступление лета пытался совершать пробежки

В середине лета появилась возможность продолжать занятия в условиях Украинской природы. Подключил к адаптивно-физическим тренировкам езду на горном велосипеде. В условиях теплого (даже жаркого) климата, каждый день практиковал закаливающие процедуры – обливание водой из под крана [25].

Еще находясь в больнице, начал проводить логопедическую работу, ориентируясь на здравый смысл и стихийно подбирая задания. Но постепенно пришлось овладеть и теоретически, и практически новой научной специальностью – логопедией. Началась целенаправленная коррекция гласных и согласных звуков, произношения закрытых и открытых слогов, скороговорок, систематически включал упражнения в пе-

нии. Применял в достаточно большом объеме задания – упражнения для восстановления чувствительности тонкой моторики мимических мышц, особенно окружающих губы, точечный массаж и термомассаж [15]. Параллельно освоил и выполнял в значительном объеме дыхательную гимнастику А.Н. Стрельниковой [14].

В результате такой объемной и всесторонней реабилитационной работы повторное прохождение ВТЭК завершилось успешно: была снята 2-я группа инвалидности.

После того, как 2-я группа была снята, вновь приступил к преподавательской деятельности в педагогическом университете. правда, постепенно сменив спортивную кафедру на теоретическую [25]

Оглядываясь назад, автор статьи может с уверенностью утверждать, что разработанная им методика физической самореабилитации оказалась достаточно эффективна [14].

За время, прошедшее после получения тяжелой черепно-мозговой травмы, «травмы, не совместимой с жизнью» – по словам нейрохирургов (летно-спортивное ЧП – 1986 г.) [8, 23], практически полностью восстановилась опорно-двигательная система (констатировали левосторонний гемипарез: левая рука фактически была парализована); значительно улучшилась речь (отмечали «моторную афазию» – речь полностью отсутствовала); остались в прошлом последствия ярко выраженной амнезии [15]. Продуктивность деятельности головного мозга подтверждают следующие факты:

1) За прошедшее время «новой жизни» было разработано и опубликовано 100 научно-исследовательских, научно-методических и научно-публицистических работ. В их числе 20 учебно-методических пособий для студентов. Более 30 статей в журналах: «Дефектология», «Адаптивная физическая культура», «Теория и практика физической культуры», «Физическая культура и спорт», «Крылья Родины» и др.

2) В 1994 году ВАК СССР присвоила научное звание «Доцент».

3) По приглашению Республиканского Института Повышения Квалификации Работников Образования многократно выезжал и вылетал для проведения занятий со слушателями Республиканских Курсов (директора, завучи, преподаватели АФК, воспитатели) в разные Регионы России (Казань, Тюмень, Чита, Красноярск, Омск, Петропавловск-Камчатский).

4) Участвовал, выступая с докладами, в многочисленных научно-практических конференциях (Одесса, Витебск, Екатеринбург, Коломна, Липецк, Москва, Санкт-

Петербург, Горький-Нижний Новгород и др.).

5) В апреле 2014 года Президиум Российской Академии Естествознания присудил ученое звание «Профессор» и «Заслуженного работника науки и образования».

6) Также внес определенный вклад в дело воспитания дочери, которой в момент получения травмы был годик, а ныне – кандидат филологических наук, ст. преподаватель ННГУ им. Н.И. Лобачевского (совместные учебно-методические пособия отмечены конкурсной комиссией).

Все это достаточно подробно перечислил, чтобы убедить читателя в эффективности авторской методики физической само-реабилитации.

В ее основе были заложены известные принципы физической реабилитации, а также новый, сформулированный нами на основании многолетнего теоретико-практического опыта [12].

### 3. Инфаркт миокарда – реабилитация

В начале 2004 года по ряду объективных и субъективных причин у автора возникло достаточно серьезное заболевание сердечно-сосудистой системы: инфаркт задней стенки миокарда. Впервые почувствовал острую боль под левой лопаткой сразу после напряженной посадки в пригородный автобус, но принял ее за обычную невралгическую, правда, необычно длительную. Примерно через неделю на середине пешеходной части моего ежедневного рабочего маршрута дважды: подряд каждый день, познал все «прелести» приступов стенокардии И только после этого принял решение: обратиться к кардиологам. Мгновенно стал пациентом специализированной больницы № 38 (инфаркт задней стенки миокарда).

Сознательно опускаю медицинскую реабилитацию: инъекции, капельницы, таблетки, и начинаю повествование о реабилитации физической. Ретроспективно в ней можно выделить четыре этапа: клинический, санаторный, домашний и рабочий.

Находясь в клинике около месяца, начиная с третьего дня пребывания к дозированной ходьбе по больничному коридору подключил прогулки на свежем воздухе по живописному маршруту по кромке 100-метрового склона Оки. Спускался и поднимался на третий этаж больницы исключительно на лифте, а темп ходьбы сознательно был замедленным. Постепенно дистанцию ходьбы довел до 500 метров. И уже во время пребывания в клинике отметил, что физические нагрузки не сопровождаются дискомфортом в области грудины, если они происходят на голодный желудок. По-

этому впредь, как только обратил внимание на эту закономерность, в больнице старался не увлекаться поглощением пищи, стараясь исключить из нее холестеринсодержащие вещества: сливочное масло, обычный майонез, мясо с видимым жиром, колбасы, сосиски, паштеты, кожу домашней птицы, икру рыб, креветки, кальмары, рыбу, жаренную на не рекомендуемом масле, также приготовленные кондитерские изделия, кофе со сливками.

Особо отметим еще два фактора, оптимизирующих комплексную реабилитацию после серьезного отклонения в деятельности сердечно-сосудистой системы, выражаясь медицинским языком, это ионотерапия и панорамотерапия.

Именно повышенное содержание отрицательных ионов определяет «свежесть» воздуха, которым мы дышим. В обычной больничной палате их количество в одном кубическом сантиметре не превышает 40, на открытом воздухе, близ зеркала естественной воды (в данном случае река Ока) их количество приближается к 200 [9].

Созерцание же красивого ландшафта действует умиротворенно, вызывая положительные эмоции и эстетические чувства прекрасного.

По прибытии в санаторий «Зеленый город», я также находился около месяца, продолжал тренировки в ходьбе, но уже под контролем инструкторов ЛФК (своих бывших студентов) и врача-кардиолога. Последняя регулировала дозировку лекарственных препаратов и осуществляла контроль за ЭКГ, в том числе и с помощью телеметрической аппаратуры в кабинете функциональной диагностики, позволявшей снимать ЭКГ по ходу преодоления четко отмеренной дистанции на территории санатория на открытом воздухе [17].

В соответствии с распорядком дня каждое утро тренировался в зале ЛФК, постепенно подключив дозированную работу на велотренажере и каждый день перед ужином совершал пешие прогулки по окрестностям санатория, постепенно доведя проходимое расстояние до 3 км.

Необходимо отметить, что условия пребывания в санатории «Зеленый город» позволили принимать следующие оздоровительные процедуры: ионотерапию, ароматерапию, массаж воротниковой области. К этому нельзя не учитывать и ежедневную своеобразную психотерапию в виде особо внимательного и заботливого отношения всего персонала работников санатория, в виде систематически организуемых бесед с различными врачами-специалистами. А также нельзя не учитывать ежедневного

кормления с рук лесных птиц. При этом постоянно озабоченные и нахмуренные мужские лица принимали благодушное и умиротворенное выражение.

В заключение настоящей главы поделюсь с читателями опытом выхода из стенокардического приступа особенно на его начальной стадии с помощью дыхательного упражнения, которое узнал из книжицы академика А.А. Микулина «Активное долголетие» и, которое неоднократно применял в первые два-три года после инфаркта миокарда. Исходное положение: стойка ноги врозь, плечи развернуты, голова прямо. На раз – сделать максимально глубокий вдох, слегка приподняв плечи. На два – задержка дыхания, во время которой, как бы «протолкнуть» набранный воздух в нижнюю часть легких, «выпятив» нижнюю часть живота вперед и по возможности как можно дольше задерживать дыхание. При невозможности дольше терпеть, «пульсирующий» выдох короткими порциями через плотно сжатые губы. Если данное упражнение выполнять технически грамотно, то буквально через три-четыре повторения пульс неожиданно быстро нормализуется, правда, на короткое время, без повторений дыхательных упражнений, а неприятные ощущения в груди ослабнут.

Необходимо отметить довольно сложный момент нервно-мышечной координации во время задержки дыхания – «как бы протолкнуть воздух в нижнюю часть легких, выпятив нижнюю часть живота вперед». Его необходимо специально потренировать воспользовавшись следующим методическим приемом направленного прочувствования: необходимо для контроля выполнять это движение, положив одну ладонь на верхнюю часть грудной клетки, а другую – на нижнюю часть живота. Если этого будет недостаточно, то желательно, не перегружаясь попытаться выполнить еще два упражнения. Они выполняются в положении лежа на спине. В первом, ноги согнуть в коленях, но ступни не отрываются от пола, руки согнуты за головой, на раз – слегка приподнять плечи над полом и потянуться головой к ступням, на два – исходное положение. При этом напрягаются верхние пучки прямой мышцы живота. Во втором упражнении, ноги прямые, а руки можно подсунуть под опору: диван, шкаф и др. На раз – приподнять прямые ноги на угол тридцать градусов над полом; на два – опустить в исходное положение. Особое напряжение при этом упражнении испытывают нижние пучки прямой мышцы живота, которые необходимо как бы «выпятив» вперед. Для того, чтобы достигнуть «прочувствования» этого движения, необходимо систематически вы-

полнять оба, описанных выше упражнения в щадящем режиме, то есть с небольшой дозировкой: начиная от одного до десяти повторения в серии и постепенно увеличивая количество серий – от одной до трех. Конечно, при условии тщательного самоконтроля всех «сердечников»: пульс, артериальное давление. Для этого удобно воспользоваться современными портативными, автоматическими тонометрами, с помощью которых можно сразу же получать информацию о частоте сердечных сокращений, о систолическом и о диастолическом давлении [17].

Так в жизни и произошло, что через пять лет после описываемых событий мне вновь пришлось заниматься самореабилитацией после второго ... инфаркта миокарда, на сей раз, переднебоковой стенки. Как же такое мог допустить ?

В назидание людям, находящимся в «зоне риска» (а таковых у нас, более, чем достаточно), придется поведать и об этом, хотя такой анализ автору никак не доставляет удовольствия.

Со временем, выполняя практически ежедневно неплохую физическую нагрузку (40 – 50 мин общеразвивающих упражнений, начинал понемногу подключать беговые упражнения) уверовал себя полностью восстановившимся после инфаркта миокарда и как следствие этой «нахальной мысли» постепенно исключил предписанные фармакологические средства. В особых случаях стал позволять себе гастрономические излишества и в двигательном плане позволял себе неразумные пробежки до остановившегося общественного транспорта. Именно так все и произошло после многодневной работы в экзаменационной комиссии. К тому же, испытал не приятные статические нагрузки в тесном автобусе, стоя в очередной «транспортной пробке».

Резюме: миокард, увы, это не скелетная мускулатура и требует систематического приема предписанных кардиологами фармакологических средств, необходимо достаточно жестко отказаться от всех пресловутых разрушителей здоровья (алкоголь, никотин). Необходимо соблюдать ОПТИМАЛЬНЫЙ двигательный режим. Необходимо продумать (а по возможности и проконсультироваться с диетологами) и, самое главное, соблюдать рациональное питание с систематическим подключением разгрузочных дней. В щадящем режиме, также систематически, проводить адекватные закалывающие процедуры. Неукоснительно соблюдать все правила личной гигиены и организовывать свою жизнь так, чтобы, как можно чаще испытывать положительные эмоции [17].

#### 4. Самореабилитация Ю.Г. Михайловой

Получив в 1990 году травму шейного отдела спинного мозга, Ю.Г. Михайлова, также, как и автор настоящей статьи вынуждена заниматься вопросами самореабилитации, но в более ограниченном пространстве – в домашних условиях.

Первые публикации с описанием ее опыта появились в научно-методическом журнале «Адаптивная физическая культура» в 2000 году (№ 1-2) [6], в которой она проанализировала «этапы возвращения».

На начальном этапе реабилитации, по мнению автора, необходимо создать программу по «Введению» в травматическую болезнь для лиц, с травматическим повреждением спинного мозга.

На этапе внедрения тонизирующего режима необходимо последовательно решать следующие задачи:

- создать психологический фон для двигательной самореабилитации;
- создать физиологический фон для двигательной самореабилитации;
- использовать физические упражнения для здоровых (сохранных) мышечных групп;
- использовать физические упражнения для здоровых и паретичных мышц, с преобладающей работой здоровых мышц.

На этапе восстановительного двигательного режима предусматривается решение следующих задач:

- использовать физические упражнения для здоровых и паретичных мышечных групп, но с акцентированной работой паретичных;
- использовать дифференцированные упражнения для паретичных мышечных групп.

И на этапе тренирующего двигательного режима подключается выполнение целостных двигательных актов.

Для решения поставленных задач в каждом двигательном режиме адаптированы традиционные средства: дыхательная гимнастика, пассивные физические упражнения и массаж. А также применялись и новые средства и методы физической реабилитации, разработанные и впервые апробированные автором. Это средства и методы, направленные на восстановление двигательных функций за счет сохранных мышечных групп – мимическая гимнастика, так и за счет рефлекторного воздействия на физиологические системы организма – рефлекторные упражнения, гипоксические физические нагрузки, жесткий массаж. Впервые испытано и описано действие водных процедур (обливание холодной водой) на состояние организма человека, перенес-

шего травму спинного мозга шейного отдела позвоночника.

А также, для оценки эффективности тренировочных занятий по физической самореабилитации автор предложила использовать, и апробировала его в своей самореабилитации, семибальный мышечный тест, который не только отражает все многообразие и сложность самореабилитации, но и способствует повышению интереса к трудной, монотонной работе по физической самореабилитации.

В связи с тем что автор впервые описала и апробировала мимическую гимнастику и ее влияние на напряжение скелетной мускулатуры, было принято решение акцентировать внимание именно на этой составляющей самореабилитации Ю.Г. Михайловой.

Из нормальной физиологии известно, что представительство в больших полушариях головного мозга мимической мускулатуры весьма внушительно. А ее близкое взаиморасположение с двигательными зонами коры больших полушарий головного мозга дает основание предполагать об их тесной взаимосвязи в процессе жизнедеятельности. Известно, что сильное напряжение скелетных мышц сразу же отражается на человеческом лице. По принципу обратной связи можно воздействовать на тонус скелетной мускулатуры посредством сильного напряжения мимических мышц.

В процессе исследования влияния напряжения мимической мускулатуры на работу скелетных мышц наиболее эффективными оказались следующие упражнения:

- широкая улыбка с одновременным сильным сжатием зубов (влияет на тонус передней поверхности шеи, мышцы груди, живота, сгибатели бедра, ягодичные мышцы, разгибатели голени);
- сильное зажмуривание глаз (влияет на мышцы разгибатели спины и ягодичные мышцы);
- наморщивание лба с изображением удивления (влияет на мышцы задней поверхности шеи и бедра, мышцы спины и ягодичные мышцы);
- вытягивание губ в трубочку (активизирует мышцы живота, передней поверхности бедра, а также мышцы промежности);
- движения вытянутыми губами вправо, влево (влияет на напряжение мышц: передней зубчатой, внутренней и наружной косой, поперечной мышцы живота, квадратной мышцы поясницы, и мышц, приводящих и отводящих бедро).

С тем, чтобы добиться выраженного эффекта перечисленные физические упражнения, для мимической мускулатуры

необходимо выполнять по 30-50 раз в серии. А количество серий необходимо довести до 6 – 8 [6].

В 2001 году состоялась защита диссертации на соискание ученой степени кандидата педагогических наук Ю.Г. Михайловой «Двигательная самореабилитация при травмах спинного мозга шейного отдела позвоночника в домашних условиях».

### **5. Адаптивно-физическая реабилитация – основное средство и метод реабилитационного центра «Клиника доктора Мышляева»**

Врач-невропатолог, имеющий два диплома: медицинский и психологический, кандидат медицинских наук, многократно стажировавшийся в ведущих клиниках России, ближнего и дальнего зарубежья: Германии, Голландии, Франции, Канады, что свидетельствует о его, без всякого преувеличения, блестящем образовании.

Сергей Юрьевич Мышляев. Именно он стал возмутителем традиционной медицины с ее пресловутым догматом: «Низ-з-зя!» (нельзя). Только так, вульгарно-упрощенно, многие представители медицины воспринимают гиппократовское: «Не навреди!»

Начиная с 2000 года, можно сказать, он опередил свое время, назначив официально на медицинскую должность реабилитологов специалистов-профессионалов в области физической культуры и спорта, а также специалистов по адаптивной физической культуре.

Именно сейчас только решается этот вопрос об участии специалистов, имеющих высшее образование по адаптивной физической культуре, в лечебных учреждениях, на уровне двух Министерств: образования и здравоохранения. И будем надеяться, что решится он положительно. Тем более, что в нашей стране во всех университетах физической культуры, а также в большинстве педагогических университетов, на факультетах физической культуры уже выпускаются специалисты по АФК. И многие из них уже работают в санаториях, восстановительных центрах и других оздоровительных заведениях. Так вот, благодаря своему блестящему образованию, многочисленным стажировкам, постоянному изучению научной литературы и, наконец, благодаря своему абстрактно-логическому мышлению он сделал для Российской науки ОТКРЫТИЕ: «Явление восстановления структурно-функциональной организации мозга человека в онтогенезе». В своих рассуждениях он основывался, в частности, на представлениях о стрессе лауреата Нобелевской премии Ганса Селье, который, кстати, и ввел

этот термин из науки о сопротивлении материалов (1936). Кроме того, нетрадиционный способ технологии активации нейрона (know-how) был разработан Сергеем Юрьевичем на основе открытия фактора роста нервных клеток, авторами которого стали Рита Леви-Монтальчини и Виктор Гамбургер, также получившие в 1986 году Нобелевскую премию [9].

По глубокому убеждению С.Ю. Мышляева длительная статическая нагрузка в условиях гипоксии (недостатка кислорода) и вызывает регенерацию нервных клеток [21].

Но почему предпочтение было отдано именно изометрическим упражнениям, статическим нагрузкам? Объяснение мы видим в следующих моментах.

Всем известно тысячелетиями проповедуемое учение йоги, в котором те самые асаны по сути и являются изометрическими упражнениями, оказывающими весьма специфическое влияние на состояние нервно – психической и эмоционально – волевой сфер человека. Попутно отметим, что те же самые изометрические упражнения и статические нагрузки просматриваются и в основе так называемой «позиционной гимнастики», разработанной специалистами Киевского центра самостоятельной жизни инвалидов. Благодаря методу биомеханической коррекции тонуса и моторики мышц при достаточной целеустремленности больных, страдающих церебральным параличом, и их родственников, первые обретают новое качество жизни. В ныне модном стретчинге – методе глубокой растяжки также используются изометрические упражнения и статические нагрузки [10].

Каков же механизм действия этих статических нагрузок и что они из себя представляют?

Пациентам предлагается выполнить сед согнувшись, желательно передней поверхностью туловища коснуться ног, то есть принять положение, напоминающее «эмбриональную позу». Для моделирования условий пребывания в матке создается дополнительное давление в виде отягощения в 3-4 G (джи), которое вызывает, в свою очередь, условия гипоксии (процентное содержание кислорода меньше, а углекислого газа – больше). Вслед за К.П. Бутейко [11] отметим, что именно такие условия необходимы для зарождения жизни. И именно в таких условиях, по убеждению С.Ю. Мышляева осуществляется рост поврежденных или неразвитых нервных клеток [19].

Но для того, чтобы этого достигнуть требуются специалисты, обладающие знаниями биомеханики, эффектов и закономерностей выполнения физических упражне-

ний. Таких специалистов, которые умеют грамотно подбирать средства физической реабилитации и, пожалуй, самое главное, разумно регулировать физические нагрузки, достигая их оптимальных значений. И такими специалистами могут являться на сегодняшний день специалисты с высшим физкультурным образованием, прошедшие специализацию по адаптивной физической культуре [18].

Проиллюстрируем, как работает вышеупомянутое открытие.

Как известно, единственным методом диагностики функционального состояния головного мозга является метод электроэнцефалографии (ЭЭГ). На представленных записях ЭЭГ шестилетнего Миши З., которому был поставлен диагноз: эпилепсия, отчетливо видны на фоновой записи в момент эпилептического приступа эпилептиформная активность [19]. Далее последовали занятия по адаптивно-физической реабилитации с периодическим контролем ЭЭГ. Только через восемь месяцев систематических занятий (надо отдать должное целеустремленности и пунктуальности родителей, систематически приводивших Мишу в Центр и ожидавших его) констатировали явную положительную динамику в виде восстановления частотно-амплитудных колебаний ЭЭГ и исчезновения эпилептиформной активности. Запись ЭЭГ, проведенная спустя месяца, т.е. через 11 месяцев систематических занятий подтвердила существенную положительную динамику, что свидетельствует о нормализации состояния пациента. Отмечается синхронизация основного ритма, отсутствие пароксизмальной активности на фоновой записи ЭЭГ. А при функциональных нагрузках отмечаются выраженные зональные различия и отсутствие острых волн в дизэнцефальной области. Типичная для эпилепсии разрядная активность полностью отсутствует.

Таким образом, через восемь месяцев систематических занятий адаптивно-физической реабилитацией у Миши З., больного эпилепсией, произошли значительные улучшения деятельности больших полушарий коры головного мозга, а это позволяет предположить благоприятный прогноз на обучение его в массовой школе и в дальнейшем на приобретение адекватной для его состояния профессии. В настоящее время диагноз эпилепсии у него снят [8].

В 2001 году 24-летний Дмитрий Прохоров с одного из местных озер был доставлен в больницу. «Перелом шейного отдела позвоночника» (типичная травма ныряльщика) – таков был вердикт дежурных врачей. При дальнейшем обследовании было сде-

лано уточнение: перелом тела С5 позвонка с повреждением (сдавлением) спинного мозга, верхний парапарез, нижняя параплегия (т.е. полный паралич в руках и ногах), нарушение функций тазовых органов по типу спинального автоматизма (задержка мочеиспускания).

На протяжении трех последующих лет он проходил еще в одной клинике и в военном госпитале так называемую, медицинскую реабилитацию: показанные в этих случаях медицинские препараты в виде капельниц, инъекций и набора многочисленных таблеток. Со временем были назначены массаж, процедуры физиотерапии и лечебная физическая культура (зачастую во многих клиниках последняя организована формально).

Несмотря на предпринятые меры у Дмитрия продолжались дистрофические процессы в спинном мозге и как показатель этого сформировались глубокие пролежни и образовался анкилоз – неподвижность суставов из-за развития фиброзной, хрящевой и даже костной спайки между суставными поверхностями сочленяющихся костей.

Таким образом, на момент обращения в «Нижегородский центр мозга» в 2003 году у него констатировали паралич мышц и полное окостенение тазобедренных суставов.

После углубленного обследования в условиях Центра на клинично-экспертной комиссии была разработана стратегическая линия комплексной реабилитации Дмитрия Прохорова, основным стержнем которой стала адаптивно-физическая реабилитация [22]. Но, в первую очередь, были отменены ВСЕ фармакологические препараты, которых за три года медицинской реабилитации Дмитрий пропустил через себя десятки килограммов (их «эффект» был описан выше). Затем начались монотонные, однообразные, с постепенным увеличением объема и интенсивности преимущественно статических нагрузок, тренировочные занятия по адаптивно-физической реабилитации.

Фактически, Прохоров Дмитрий тренируется четыре раза в неделю: одна тренировка посвящена реабилитации (укреплению и растяжке) мышц пальцев и кистей рук, две других – укреплению мышц ног и формированию навыка прямохождения, четвертая – растяжке крупных мышечных групп: мышц спины и приводящих мышц бедер. Причем, последняя по длительности достигает рекордной продолжительности – до четырех часов

В результате Прохоров Дмитрий к настоящему времени может самостоятельно стоять, не опираясь на тренажер, , передвигается по квартире на кресле-коляске, еже-

дневно работает за компьютером и живет полноценной семейной жизнью [22]

**6. Методика интенсивной реабилитации Качесова В.А., центр кинезитерапии С.М. Бубновского и система естественного движения «Белояр» С.В. Жукова работают на нижегородской земле**

Разрабатывая методику интенсивной реабилитации, Качесов В.А. анализирует распространенные ошибки и заблуждения, получивших серьезную травму, их родных и близких, а также консультирующих их специалистов ЛФК [1]:

1. Отсутствие веры в результативность реабилитации.

2. Произвольный подбор средств реабилитации, т.е. подбор физических упражнений, которые выполнять нравится.

3. Привычка всегда пользоваться только креслом-коляской, даже без крайней необходимости.

4. Увлечение разнообразными методиками (новыми, «чудодейственными»), для поддержания интереса в реабилитационных тренировках.

5. Отсутствие привычки фиксировать результаты тренировочной реабилитационной работы.

6. Игнорирование требования заниматься интенсивной реабилитацией без памперсов для выработки условно-рефлекторного акта контроля за мочеиспусканием.

7. Популярная ошибка заниматься реабилитацией ... лежа в кровати.

8. Систематически использовать постороннюю помощь, даже в тех случаях, когда она не нужна.

9. При появлении посторонних движений объяснять их только наличием спастики.

10. Борьба с несуществующей спастикой с помощью фармакологических средств.

11. Отсутствие контроля за правильным дыханием

12. Не всегда обоснованное использование эластичных бинтов.

Исходя из личного опыта самореабилитации и многолетнего наблюдения за травмированными и их реабилитацией, мы бы добавили к отмеченным ошибкам и заблуждениям следующие:

Привычка к чрезмерному щадящему подходу к людям, получившим серьезную травму. На первоначальном этапе, когда больному предписан постельный режим, осуществляется интенсивная терапия фармакологическими средствами он крайне необходим, но затем постепенно он должен быть заменен полупостельным и тренирующим режимом [1].

Отсутствие целевой установки по преодолению довольно распространенной собственной лени при выполнении достаточно большого объема физической реабилитационной работы.

Упрощенный взгляд на достаточно уточненное соотношение параметров объема и интенсивности физической реабилитации, имеющих пологое волнообразное гетерохронное постепенное возрастание.

Несоблюдение требований принципа прогрессирования в многолетней тренировочной работе по физической реабилитации.

Отсутствие настроя, привычки, потребности к ежедневным реабилитационным физическим упражнениям, которые должны стать нормой для человека, вынужденного заниматься адаптивной физической реабилитацией

Автор детально описывает различные технологии интенсивной реабилитации при ДЦП и при разнообразных травмах позвоночника и спинного мозга, при этом он способствует ускорению заживлению пролежней и регенерации костной ткани в местах формирования ложных суставов.

В качестве примера, только на первом этапе интенсивной реабилитации ставятся следующие задачи:

1) восстановить нарушенную функцию вегетативной нервной системы;

2) устранить трофические нарушения;

3) восстановить функции тазовых органов;

4) восстановить поверхностную и глубокую чувствительность;

5) восстановить тонус поперечнополосатой мускулатуры и появление возможности волевого управления туловищем и конечностями.

При этом параллельно он предлагает определенные действенные приемы борьбы с контрактурами. И, судя по иллюстрациям конкретных примеров, он убеждает читателя в успешности практикуемой им интенсивной реабилитации.

В настоящее время повсеместно открылись «Центры доктора Бубновского», в которых широко используются «Многофункциональные Тренажеры Бубновского» (МТБ), позволяющие успешно справляться со следующими заболеваниями: остеохондроз позвоночника, острые боли в спине (люмбаго, радикулит, ишиас), межпозвоночные грыжи боли в плече, руке, шее, артриты и артрозы крупных суставов, головные и мышечные боли, остеопороз, а также нарушение чувствительности конечностей.

При этом вышеуказанный тренажер выполняет декомпрессионную и антигравитационную функцию и пациенты, выполняя силовые упражнения на МТБ, не испытыва-

ют нагрузки на позвоночник и на суставы, что позволяет достигать нужного лечебного эффекта для любого больного.

Познакомившись с книгой С.В. Жукова «Белояр» Мифы и реальность» [4] и с самим профессором, побывав на его практических занятиях, автор настоящей статьи, занимающийся физическими упражнениями и практически и теоретически более 50 лет, обнаружил для себя совершенно новый взгляд на проблему физической реабилитации, сформулированную создателем, как «Система естественного движения «БЕЛОЯР».

Современными физиологами, врачами, преподавателями и тренерами признается только два основных состояния мышц: расслабленное и напряженное.

Станислав Викторович Жуков, затративший около двадцати лет жизни на формирование понятийной базы естественного движения, утверждает, что есть еще одно – «растянутое» (или как он пишет, «протянутое») [4, с.105] И человек, научившийся достигать этого состояния своих мышц может самореабилитировать себя практически из любой стадии нарушения здоровья и показывать спортивные достижения.

Система «Белояр» состоит, как утверждает С.В. Жуков, «из простых осознанных упражнений, основанных на естественном движении и специально созданных для гармоничного развития тела и души». Таких упражнений 50, и осваивать их автор предлагает поэтапно (5 этапов). При завершении занятия автор предлагает выполнять точечный массаж ушных раковин и пальцев рук и «Хлопковый массаж» всей тела и головы. Кроме того, автор возглавил коллектив соавторов и они создали комплекс нейроортопедической гимнастики по системе «Белояр», апробированный в отделении физической реабилитации Алтайского краевого лечебно-физкультурного диспансера. Комплекс нейроортопедической гимнастики получил Патент на изобретение.

И, хоть в Нижнем Новгороде до сих пор не применяются методика физической реабилитации и тренажеры В.И. Дикуля, в обзорной статье не возможно не упомянуть и о них. Благодаря разработанным тренажерам стало возможным «оживлять» паретичные мышцы конечностей. В них используется принцип блочной системы: начальные тренировочные упражнения для паретичных мышц проводят с противовесами, позволяющими облегчить мышечные сокращения. По мере увеличения силы мышц противовесы уменьшаются, затем проводят занятия без противовесов, после чего следуют тренировочные занятия с постепенно возрастающими отягощениями. Таким образом,

блочная система с противовесами позволяет дозированно изменять физическую нагрузку, а занятия по физической реабилитации позволяют воздействовать на любую мышечную группу. При этом рекомендованная продолжительность занятия в зависимости от тренированности колеблется от 2 до 8 часов, а курс – от 3 месяцев до 1 года [3].

### 7. О принципах физической реабилитации

В связи с анализом имеющихся у населения, а также и у специалистов ЛФК прежней формации, заблуждений и ошибок необходимо уточнить принципы физической реабилитации, добавив к ним еще один, сформулированный нами исходя из имеющихся теоретических разработок и обобщения опыта реабилитационной практики.

В данном случае под принципами – мы понимаем наиболее важные теоретико-практические положения, отражающие закономерности адаптивной физической реабилитации и служащие главными ориентирами на пути к цели.

**1-й принцип** заключается в необходимости как можно раньше начинать реабилитационные двигательные действия. В данном случае прогноз будет всегда намного оптимистичнее.

**2-й принцип** мы назвали принципом природосообразности, который необходимо реализовывать в особенно тяжелых случаях, когда в результате серьезной травмы по сути «жизнь приходится начинать сначала» (например, при переломе шейного отдела позвоночника, или при тяжелой черепно-мозговой травме): больной учится заново выполнять элементарные двигательные акты – из положения лежа на спине поворачивать голову, туловище или все тело, сидеть, стоять, ходить и т.п. В подобных случаях самом начале следует отдавать предпочтение статическим напряжениям и упражнениям, имитируя условия нахождения плода в матке, затем постепенно подключая динамические упражнения. И по истечении 9 месяцев ежедневно выполнять в значительном объеме динамические упражнения, естественно, ориентируясь на положения методического принципа доступности и индивидуализации.

**3-й принцип** заключается в комплексности реабилитационных мероприятий. Причем, в узком смысле он предполагает использование разнообразных физических упражнений (на разные мышечные группы и разные суставы человеческого тела), а в широком смысле – использование разнообразных средств реабилитации: не только физических упражнений, но и раз-

личных видов массажа (в том числе точечного массажа, вибромассажа и термомассажа – последний рекомендуется только при отсутствии отклонений в деятельности сердечно-сосудистой системы), средств фитотерапии (ароматерапии), различных видов дыхательных упражнений, данные хронобиологии, психорегулирующая тренировка, средства бальнеологии, физиотерапии и т.п.

**4-й** принцип физической реабилитации можно назвать индивидуализации реабилитационных тренировок с учетом возраста, пола, качественной структуры дефекта, этиологии и нозологии заболевания, а также уровня физической подготовленности и индивидуальных особенностей психики, характера, поведения и пр.

**5-й** принцип – непрерывности реабилитационных мероприятий – не только в пределах курса лечения, в котором большие паузы для отдыха должны быть исключены, но и в многолетнем плане (автор этих строк продолжает реабилитационные тренировки с 1986 года и поныне, но уже в поддерживающем режиме).

**6-й** принцип – систематичности реабилитационных мероприятий, который заключается в соблюдении педагогических правил при подборе и использовании физических упражнений:

- от легкого к трудному;
- от простого к сложному;
- от освоенного к неосвоенному;
- от известного к неизвестному.

**7-й** принцип коллективности заключается в том, что желательно, чтобы тренировочные занятия по физической реабилитации проходили хоть в небольшом, но коллективе, т.к. в этом случае возможно включение элементов игры, состязания, а это создает более благоприятную, эмоциональную атмосферу занятий.

Кроме того, в процессе занятий по физической реабилитации, которые мы воспринимаем как целостный учебно-тренировочный и как оздоровительно-коррекционный процесс, нельзя не учитывать общие принципы физического воспитания и спортивной тренировки: оздоровительной направленности, всестороннего гармонического развития, связи с жизненной практикой [12], которые мы адаптировали применительно к процессу физической реабилитации на заключительном этапе.

Принцип оздоровительной направленности физической реабилитации раскрывается в следующих положениях.

При выборе средств физической реабилитации необходимо исходить прежде всего из их оздоровительной ценности, т.е. применять физические упражнения,

имеющие оздоровительную направленность. Когда это становится возможным: оздоровительная ходьба, оздоровительный (семенящий) бег, спокойное плавание, зимой, по возможности, передвижение на лыжах и другие упражнения. Последние должны сопровождаться значительным расходом энергии и давать довольно длительную равномерную нагрузку физиологическим системам дыхания и кровообращения, обеспечивающим доставку кислорода всем тканям человеческого организма, т.е. иметь выраженную аэробную направленность.

Регулировать физические нагрузки в соответствии с закономерностями укрепления здоровья (К последним относятся: постепенность наращивания длительности и интенсивности нагрузок, разнообразие применяемых средств, систематичность занятий)

Обеспечить регулярность и единство врачебного и педагогического контроля в процессе занятий.

Ежедневно по несколько раз за тренировку измерял пульс и артериальное давление, а также фиксировал результаты «достижений» в физической дееспособности, например: кистевая динамометрия

В процессе физической реабилитации и самореабилитации необходимо также учитывать положения дидактических принципов (принципов обучения, методические принципы):

1. Сознательности и активности, раскрывающийся в трех требованиях:

1) у реабилитируемого необходимо сформировать осмысленное отношение устойчивый интерес к общей цели и задачам каждого конкретного занятия.

Лично у меня была четко осознаваемая цель: снять с себя 2-ю группу инвалидности, которая была нерабочей. То, что так и будет, не было ни капли сомнения т.к. за плечами был 25-летний опыт тренировочной работы;

2) стимулировать сознательный анализ, самоконтроль и рациональное использование сил при выполнении физических упражнений.

Среди огромного числа физических упражнений, которыми овладел при занятиях спортивной гимнастикой, акробатикой и многими видами спорта, входящими в учебную программу факультета физического воспитания подобрал именно те, которые содействовали бы восстановлению функциональных систем организма и тех движений, которые необходимо было восстанавливать. В процессе ежедневных реабилитационных тренировок постоянно контролировал реакцию сердечно-сосудистой и дыхательной систем. а также сдвиги,

происходившие в реабилитации двигательных способностей;

3) у занимающегося физической реабилитацией необходимо воспитывать инициативность, самостоятельность и творческое отношение к выполнению любого двигательного действия.

Во время интенсивной самореабилитации пришлось самому не только подбирать наиболее адекватные физические упражнения, но и продумывать дозировку каждого. Элементы творчества пришлось применять и в подборе различных технических средств для упражнений с предметами (с отягощениями).

2. Наглядности, раскрывается также в трех положениях:

1) наглядность в процессе физической реабилитации предполагает широкое использование как зрительных, так и других органов чувств. В процессе физической самореабилитации применительно к моему случаю, когда к моменту начала реабилитационного процесса, имелся значительный двигательный опыт, преимущественно применялся метод направленного прочувствования двигательных действий.

То есть, выполняя любое двигательное действие, как бы сравнивал его с тем, как оно выполнялось до травмы;

2) наглядность является необходимым условием совершенствования двигательных действий, но при этом удельный вес ее различных форм меняется в ходе освоения движений.

И в этом смысле вспоминаются упражнения, выполняемые на тренажере «Спортивные качели» с помощью которого движения, в полном смысле этого слова, совершенствовались, ибо они выполнялись абсолютно в идентичных условиях, исключая нестабильность проявляемых биомеханических характеристик движения;

3) особое место имеет связь чувственно-го образа и слова.

Проговаривание во время выполнения двигательных действий позволяло более надежно, с высокой степенью стабильности их осуществлять.

3) доступности содержит в себе также три положения ;

1) определение меры доступного.

Доступность определялась опытным путем. Но от занятия к занятию она все больше увеличивалась;

2) постоянно соблюдать методические условия доступности: постепенность и последовательность.

Даже при желании ускориться, приходилось соблюдать известные дидактические правила: от простому к сложному, от легкому к трудному и от известного к неизвестному, от освоенного к неосвоенному.

3) индивидуальный подход.

В физической реабилитации без индивидуального подхода просто невозможно заниматься, ибо необходимо учитывать возрастные и половые особенности, уровень физического развития и физической подготовленности, типологические особенности высшей нервной системы и многие другие психологические, педагогические и физиологические факторы, которые в каждом занимающемся имеют индивидуальные сочетания

А также большинство специфических принципов, адаптированных нами именно для физической реабилитации.

1. Принцип системного чередования нагрузок и отдыха.

Чередование физических нагрузок и отдыха в процессе физической реабилитации является важным положением, от которого зависит суммарный эффект выполнения физических упражнений. Учитывая гетерохронность (разновременность) восстановления различных сторон работоспособности, можно так построить систему занятий в течение дня, чтобы не было никаких отрицательных последствий.

2. Принцип постепенного наращивания развивающе – тренирующих воздействий предусматривает планомерное увеличение и обновление заданий в сторону их усложнения, увеличения объема и интенсивности нагрузки по мере роста функциональных возможностей организма.

Постепенно к общеразвивающим и корригирующим упражнениям, добавил элементарные акробатические упражнения (перевороты боком, стойки на руках) и прикладные упражнения (летом – езду на велосипеде, по пересеченной местности, зимой – ходьбу на лыжах, ставя перед собой усложняющиеся задачи).

3. Принцип возрастной адекватности направлений физической реабилитации является основополагающим при использовании физических упражнений в многолетних занятиях.

Вынужденно пришлось овладевать многими двигательными действиями во время физической самореабилитации, начиная с 1986 года, после получения летно-спортивной «травмы, не совместимой с жизнью» [13], и, естественно, они в качественном отношении были намного проще и их дозировку нельзя было даже сравнить с той, какую применял при занятиях спортом высших достижений.

Необходимо также отметить, что на успешность физической реабилитации и самореабилитации оказывает значительное влияние материально-техническое обеспечение этих процессов. И в этом отношении

нам целесообразно перенимать опыт зарубежных коллег [2], которые намного раньше начали заниматься проблемами реабилитации инвалидов [3]

Кроме того, к примеру, вызывает уважение скрупулезность выполнения современных исследований, посвященных физической реабилитации, которые включают и диагностику, и лечение, и профилактику мышечно-скелетных дисфункций disability и инвалидов [33].

И, все же, в заключение необходимо еще раз отметить, что вышеописанная эффективность физической реабилитации и самореабилитации была бы невозможной без волевых усилий, проявляемых ежедневно; без целеустремленности и твердой уверенности в положительном результате и это, пожалуй, самое главное условие действенности всех описываемых технологий физической реабилитации и самореабилитации.

#### Список литературы

1. Дубровский В.И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия): Учебник для студентов вузов. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 608 с.
2. Евсеев С.П. Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры: Учебное пособие / С.П. Евсеев, С.Ф. Курдыбайло, В.Г. Суляев / Под ред. проф. С.П. Евсеева – М.: Советский спорт, 2000. – 152 с.
3. Жиленкова В.П. Становление и развитие физической культуры т спорта инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата / В.П. Жиленкова // Теория и практика физической культуры, 1998, № 1. – С.19 – 23.
4. Жуков С.В. «БЕЛОЯР». Мифы и реальность. – Нижний Новгород: ООО «Типография «Поволжье», 2011. – 174 с.
5. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации ДЦП / В.А. Качесов. – М., 2001. – 115 с.
6. Михайлова Ю.Г. Самореабилитация: этапы возвращения / Ю.Г. Михайлова // Адаптивная физическая культура, 2000, № 1-2. – С.33 – 35.
7. Моисеев В.В. Легатюшие люди. Вспомнить все. / В.В. Моисеев. Н. Новгород, 2009. – С. 88.
8. Самыличев А.С. Вклад Нижегородских (Горьковских) преподавателей и ученых в становление и развитие Адаптивной Физической Культуры / А.С. Самыличев // Теория и практика физической культуры, 2007, № 11. – С. 74 – 76.
9. Самыличев А.С. Средства фитотерапии в дополнение к адаптивно-физической реабилитации / А.С. Самыличев // Вестник филиала СГУТ и КД в г. Н. Новгород: научный ежегодный журнал. – 2008, вып. 1. – С. 256 – 258.
10. Самыличев А.С. Технологии адаптивно-физической реабилитации (на примере Клиники доктора Мышляева) / А.С. Самыличев // Реабилитация и социальная интеграция лиц с отклонениями в состоянии здоровья: коллективная монография. – Н. Новгород, 2010. – С. 134 – 206.
11. Самыличев А.С. Возможности адаптивно – физической реабилитации / А.С. Самыличев // Теория и практика физической культуры, 2011 – С. 54 – 57.
12. Самыличев А.С. К принципам физической реабилитации / А.С. Самыличев // Вестник филиала СГУ в г. Н. Новгород. – Н. Новгород, 2011. – С.191 – 198.
13. Самыличев А.С. Самореабилитация : Учебное пособие для студентов всех форм обучения. – Н. Новгород, 2013, – 44 с.
14. Самыличев А.С. Авторская методика физической самореабилитации после тяжелой черепно – мозговой травмы / А.С. Самыличев // Адаптивная физическая культура. – 2015. – № 1. – С.28 – 29.
15. Самыличев А.С. Опыт проведения логопедических упражнений при моторной афазии / А.С. Самыличев // Оптимизация учебно-тренировочного процесса: Материалы XIV Международной научно-практической конференции: ННГУ им. Н.И. Лобачевского. – Н. Новгород, 2015. – С. 124 – 126.
16. Самыличев А.С. Антропные технологии физической самореабилитации после тяжелой черепно-мозговой травмы / А.С. Самыличев // Сборник статей по материалам I Всероссийской научно-практической конференции: Мининский университет, Н. Новгород, 2015. – С. 246 – 257.
17. Самыличев А.С. Об адаптивной физической реабилитации / А.С. Самыличев, Т.А. Волкова, В.М. Олейник // Актуальные проблемы реабилитации и пути их решения. – Н. Новгород, 2004. – С. 91 – 92.
18. Самыличев А.С. Составление индивидуальных программ по адаптивно-физической реабилитации // А.С. Самыличев, С.Ю. Мышляев // Вестник филиала СГУТ и КД в г. Н. Новгород: научный ежегодный журнал, 2008, вып. 1. – С. 256 – 258.
19. Самыличев А.С. Активизация нервных клеток человека средствами адаптивно-физической реабилитации / А.С. Самыличев, С.Ю. Мышляев, Р.С. Лукин // Адаптивная физическая культура. – 2005. – № 4. – С. 34 – 35.
20. Самыличев А.С. Новые технологии в реабилитации лиц с нарушениями нервной системы, психики и речи / А.С. Самыличев, С.Ю. Мышляев // Актуальные проблемы Адаптивной физической культуры и пути их решения: Тезисы Всероссийской научно-практической конференции. – Екатеринбург, 2007. – С. 141-144.
21. Самыличев А.С. К оптимизации тренировочного процесса по Адаптивно-физической реабилитации / А.С. Самыличев, С.Ю. Мышляев // Оптимизация учебно-тренировочного процесса: ННГУ им. Н.И. Лобачевского – Н. Новгород, 2007. – С. 84-87.
22. Самыличев А.С. Стоя на ногах, без поддержки, несмотря на ... / А.С. Самыличев, С.Ю. Мышляев // Адаптивная физическая культура. – 2007. – № 4. – С. 25.
23. Самыличев А.С. Из опыта восстановительной работы после тяжелой черепно-мозговой травмы / А.С. Самыличев, В.М. Олейник // Дефектология, 1997. – № 4. – С. 24 – 25.
24. Самыличев А.С. С небес на землю ... и снова ввысь / А.С. Самыличев, В.М. Олейник // Адаптивная физическая культура. – 2001. – № 1, – С.10.
25. Самыличев А.С. Опыт использования адаптивной физической реабилитации в подготовке к трудовой деятельности после травмы головного мозга / А.С. Самыличев, В.М. Олейник // Подготовка студентов ФФК к педагогической деятельности. – Н. Новгород, 2003. – С. 56 – 59.
26. Самыличев А.С. Об использовании нетрадиционных средств и методов оздоровления в процессе реабилитации / А.С. Самыличев, В.М. Олейник // Актуальные вопросы реабилитации и пути их решения: Материалы Всероссийской научно-практической конференции (с Международным участием). – Н. Новгород, 2005. – С.193 – 194.
27. Самыличев А.С. К возможностям самореабилитации / А.С. Самыличев, В.М. Олейник // Проблемы реабилитации: Материалы Международной научно-практической конференции. – Одесса, 2012. – С. 115 – 117.
28. Самыличев А.С. Инновации в физической реабилитации / А.С. Самыличев, В.М. Олейник // Современные подходы реабилитации, адаптивной физической культуры в работе с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья. IV Международная научно-практическая конференция. – Н. Новгород, 2013. – С.131 – 132.
29. Сборник материалов к лекциям по физической культуре и спорту инвалидов. / Под ред. В.С. Дмитриева и А.В. Сахно – Малаховка, – 1993.-Т.2 – 292 с.
30. Теория и организация адаптивной физической культуры: Учебник. В 2 т. Т.1. Введение в специальность. История и общая характеристика адаптивной физической культуры / Под общ. ред. проф. С.П. Евсеева. – М.: Советский спорт, 2002. – 448 с.
31. Шаров В.Ю. Незаконченный полет / В.Ю. Шаров // Вестник авиации и космонавтики. – 2003. – № 5. – С. 97 – 99.
32. Шаров В.Ю. Путь в небо. За чертой инстинкта. / В.Ю. Шаров. – М., 2013. – С. 87 – 97.
33. Gill Solbe. Postural Disorders Musculoskeletal Dysfunctio. Diagnosis, Prevention and treatment. Hebrew, 2008. – 303 p. ISBN: 978-0-443-10382-7.

УДК 614.256

## ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТЬ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ПСИХОТЕРАПЕВТА

**Соловьева Е.Н.***Областная клиническая психиатрическая больница «Богородское», Иваново*

В статье рассматриваются вопросы тактики наблюдения пациентов, обратившихся с актуальной проблемой патологического использования Интернета. В течение 2014 г. к детскому психотерапевту диспансерного отделения психиатрической больницы «Богородское» обратилось 20 подростков, у которых была выявлена интернет-аддикция. Из них 15 юношей от 14 до 17 лет и 5 девочек в возрасте от 14 до 16 лет. Все пациенты и их родители при первичном обращении к врачу предъявляли жалобы на проблемы с учебной и поведенческие нарушения. Были направлены на прием администрацией школы для решения вопроса о домашнем обучении. Анализ семейных условий показал, что в 8 случаях (40%) дети воспитывались в неполных семьях одной матерью, в 10 случаях (50%) в семье с отчимом, и 2 случаях (10%) – опекунами. Воспитание по типу гипопеки – в 12 семьях (60%), где также отмечалась эмоциональная депривация со стороны матери, в 5 семьях (25%) – алкоголизация отца, потворствующая гиперпротекция в 3 случаях (15%). В 16 (80%) случаях отмечалась интернет-зависимость со стороны родителей. Профилактические мероприятия необходимо рассматривать в рамках межведомственного взаимодействия психиатрической и наркологической службы, департаментов образования, социальной защиты, инспекции по делам несовершеннолетних, молодежного центра при администрации города. Профилактика интернет-зависимого поведения включает социальные, воспитательные, законодательные мероприятия, проводимые государственными институтами и общественными организациями, воспитание информационной культуры, волонтерские движения.

**Ключевые слова:** дети и подростки, интернет-зависимость, психотерапевтическая помощь

## INTERNET DEPENDENCE IN PRACTICE OF THE CHILDREN'S PSYCHOTHERAPIST

**Soloveva E.N.***Regional clinical psychiatric hospital «Bogorodskoye», Ivanovo*

In article questions of tactics of supervision of the patients who handled an actual problem of pathological use of the Internet are considered. During 2014 20 teenagers at whom the Internet addiction was revealed addressed to the children's psychotherapist of dispensary office of lunatic asylum «Bogorodskoye». From them 15 young men from 14 to 17 years and 5 girls aged from 14 till 16 years. All patients and their parents at primary address to the doctor showed complaints to problems with study and behavioural violations. Were directed on reception of school by administration for the solution of a question of house training. The analysis of family conditions showed that in 8 cases (40%) children were raised in incomplete families by one mother, in 10 cases (50%) in a family with the stepfather, and 2 cases (10%) – trustees. Education as hypoguardianship – in 12 families (60%) where the emotional deprivation was also noted from mother, in 5 families (25%) – the alcoholization of the father indulging a hyper patronage in 3 cases (15%). In 16 (80%) cases Internet dependence from parents was noted. Preventive actions need to be considered within interdepartmental interaction of psychiatric and narcological service, Departments of Education, social protection, inspectorate for affairs of minors, the youth center at a city administration. Prevention of Internet and dependent behavior includes the social, educational, legislative events held by the state institutes and public organizations, education of information culture, the volunteer movements.

**Keywords:** children and teenagers, Internet dependence, psychotherapeutic help

В связи с возрастающей компьютеризацией и «интернетизацией» российского общества стала актуальной проблема патологического использования Интернета. Речь идет о так называемой интернет-зависимости (синонимы: интернет-аддикция, нетаголизм, виртуальная аддикция, интернет-поведенческая зависимость, избыточное /патологическое применение Интернета). По данным социально-психологического исследования представлений детей и взрослых об интернете, всемирная паутина поглощает в свои сети все большее количество людей, контингент пользователей с каждым годом становится моложе [3,9,13]. Статистика показывает, что с сентября 2009 года в нашей стране на 39%

возросло число пользователей поисковой системы «Яндекс», на 29% – интернет-ресурса «mail.ru», на 32% – социальной сети «vkontakte.ru». Современных подростков чаще можно увидеть «online» в социальных сетях, чем в спортивных секциях или играющих в парке.

В 2013 году Фондом Развития Интернет и факультетом психологии МГУ имени М.В. Ломоносова при поддержке «Google» было проведено первое в России научное исследование цифровой компетентности подростков и их родителей. По его результатам в нашей стране ежедневно пользуются интернетом 89% детей в возрасте от 12 до 17 лет и 53% их родителей. В будние

дни проводят в интернете от 3 до 8 часов 37% юношей и девушек, в выходные – 47%. Мобильный интернет у детей в два раза более популярен, чем у их родителей.

Исследователи отмечают, что стремительный рост числа интернет-зависимых пользователей в нашей стране связан с тем, что у четверти из них зависимость от интернета формируется уже после полугодя его использования. В настоящее время практически каждое образовательное учреждение оснащено компьютерами, многие из учащихся имеют неограниченный доступ в сеть Internet дома, в кафе и других общедоступных местах. А это значит, что в паутину интернет-пространства погружен практически каждый школьник, учащийся среднего профессионального образовательного учреждения, студент вуза [6,7,14].

Интернет-паутина для современного подростка – это не только и не столько способ получения и передачи информации, способ общения, а возможность рассказать о себе всему миру, заявить о себе. В первую очередь, это связано с возрастными особенностями данного периода. Подростковый возраст – период кризиса. Одна из особенностей данного периода – бурное физическое и половое развитие, которое осознается и переживается подростками по-разному. Главные новообразования этого возраста, по Э. Шпрангеру, – открытие «Я», возникновение рефлексии, осознание своей индивидуальности.

Это возраст мечтаний, неясных стремлений, неудовлетворенности, пессимистических настроений; возраст повышенной нервозности и максимума самоубийств.

Чем же привлекателен для подростка Интернет [10]?

– Наличие собственного интимного мира, в который нет доступа никому, кроме него самого,

– Отсутствие ответственности

– Реалистичность процессов и полное абстрагирование от окружающего мира,

– Возможность исправить любую ошибку путем многократных попыток

– Возможность самостоятельно принимать любые решения, вне зависимости от того, к чему они могут привести (например, в рамках игровой деятельности).

Следует выделить еще один важный аспект, связанный с интернет-аддикцией и влияющий на становление иных форм девиантного поведения. Это серьезные опасности, с которыми дети и подростки могут встретиться, непосредственно находясь в режиме онлайн:

– эксплуатация доверия к детям: их могут соблазнить на совершение непристойных действий;

– доступ к порнографии: дети могут наткнуться на порнографию ввиду ее широкого распространения в сети. Программное обеспечение, ограничивающее доступ детей в такие сайты, не всегда срабатывает, а часто вообще отсутствует, его может не быть в школе, в библиотеке;

– неподходящие контент-сайты с деструктивным содержанием, например с инструкциями по изготовлению бомбы или наркотических веществ. Родителям следует интересоваться сайтами, которые посещают дети, и быть внимательными к любым изменениям поведения ребенка;

– увлечение играми типа DOOM, QUAKE, сетевыми играми с насилием повышает агрессивность детей. Родителям надо знать, в какие игры играет ребенок, быть готовыми предложить конструктивную альтернативу.

Интернет-пространство дает возможность подростку реализовать большую часть своих потребностей и в первую очередь, связанных с самореализацией, с возможностью заявить о себе на весь мир. Виртуальная реальность – это нематериальность воздействия, условность параметров и эфемерность. Это придуманная часть жизни, чувств, отношений и действий [11,12].

Первыми с интернет-зависимостью столкнулись врачи-психотерапевты.

В течение 2014 г. к детскому психотерапевту диспансерного отделения ОКПБ «Богородское» обратилось 20 подростков, у которых была выявлена интернет-аддикция. Из них 15 юношей от 14 до 17 лет и 5 девочек в возрасте от 14 до 16 лет. Все пациенты и их родители при первичном обращении к врачу предъявляли жалобы на проблемы с учебой и поведенческие нарушения. Были направлены на прием администрацией школы для решения вопроса о домашнем обучении. При дальнейших беседах выяснялось, что у подростков имеются и другие симптомы зависимости.

#### **Психологические симптомы:**

• хорошее самочувствие или эйфория за компьютером;

• невозможность остановиться;

• увеличение количества времени, проводимого за компьютером (более 4 часов в сутки), один подросток не выходил из Интернета в течение 3 дней подряд;

• пренебрежение семьей и друзьями;

• ощущения пустоты, депрессии, раздражения не за компьютером;

• ложь членам семьи о своей деятельности;

• при прекращении пользования Интернетом возникают симптомы отмены, причиняющие беспокойство;

• проблемы контроля времени;

**Физические симптомы:**

- расстройства сна, изменение режима сна;
- пренебрежение личной гигиеной;
- нерегулярное питание, пропуск приемов пищи;
- головные боли по типу мигрени;
- боли в спине.

Из анамнестических сведений следовало, что в дошкольном возрасте у этих детей диагностирован СДВГ и последствия перинатального поражения цнс. Деятельность, связанная с Интернетом, особенно онлайн-игры, часто предоставляют незамедлительную награду, что может удовлетворять имеющуюся нетерпимость подростка к отсроченным наградам. Дефицит самоконтроля может вызывать у таких подростков трудности контроля над пребыванием в интернете. Анализ семейных условий показал, что в 8 случаях (40%) дети воспитывались в неполных семьях одной матерью, в 10 случаях (50%) в семье с отчимом, и 2 случаях (10%) - опекунами.

Воспитание по типу гипоопеки – в 12 семьях (60%), где также отмечалась эмоциональная депривация со стороны матери, в 5 семьях (25%) - алкоголизация отца, повторяющаяся гиперпротекция в 3 случаях (15%). В 16 (80%) случаях отмечалась интернет-зависимость со стороны родителей.

I этап работы - психологическая диагностика, психотерапевтическое консультирование

Результаты психологического обследования:

– Совместный тест Роршаха (СТР – Е.Т. Соколова, 1985) 14 матерей (70%) не способны работать со своими детьми в сотрудничестве, что указывает на нарушения коммуникации, недопонимания, конфликты в семье. 6 (30%) – подавляют ребенка.

– «Социальный атом» – испытуемые демонстрировали узость социальных контактов, фиксацию на негативизме, личностный инфантилизм.

– Семейная социограмма – 100% испытуемых (20 человек) демонстрируют негармоничный образ семьи: у 55% испытуемых (11 человек) все члены семьи расположены хаотически, у 40% (8 человек) – в одну линию, что говорит об отсутствии иерархии в семье, родители лишены авторитета. У 5% (1 человек) – иерархия существует, но она дисгармонична.

– Тест – опросник родительско – детских отношений показал, что в 75% случаев (15 человек) наблюдается значительная эмоциональная дистанция между родителями и детьми.

– Тест личностных акцентуаций, т. Шмишека: шизоидные акцентуанты составляют

52% (10 человек), истероидные – 23% (5 человек), эмоционально-лабильные – 15% (3 человека), невротические – 5% (1 человек), гипертимные – 5% (1 человек).

– Госпитальный тест тревоги и депрессии выявил повышенный уровень тревожности у 48% испытуемых (24 человека), субдепрессивное состояние – у 50% (10 человек).

– Подростковый вариант опросника Р. Кэттелла выявил следующие личностные особенности: эмоциональная неустойчивость, возбудимость, робость, низкий контроль собственного поведения, робость, фрустрированность.

– Проективная методика «Рисунок человека» выявил, что в рисунках испытуемых ярко выражены проблемы в общении, значимость сексуальной сферы, отсутствие принятия мужской/женской роли, гиперконтроль, отделение эмоций и влечений от сознания и локализации их в теле.

– Проективный тест «Моя семья» указывает на наличие дисгармоничных отношений в семье и отсутствие эмоционального контакта. Девочки в 90% случаев чувствуют большую дистанцию с отцом. Мальчики чаще общаются с отцом и матерью одинаково, но при этом отец лишен авторитета.

– Методика Дембо–Рубинштейн показала, что самооценка интернет-аддиктов оказалась существенно ниже, чем в группе риска (40,1 против адекватной 62,6. Известно, что за такой низкой самооценкой могут скрываться два психологических аспекта: подлинная неуверенность в себе (являющаяся зачастую чувством неполноценности) и «защитная», когда декларирование самому себе собственного неумения, отсутствия способностей и т. п. позволяет не прилагать никаких усилий, в данном случае, к адаптации «себя-взрослеющего» к новым социальным условиям.

– Тест Векслера отмечает интеллектуальный показатель соответствующий возрастной норме- 89%, пограничной зоне – 11%.

– Тест интернет- зависимости (Никитин, Егоров, 2005г.) и

– Тест на интернет-зависимость К. Янг (адаптация В. Буровой) выявил показатели 50-79 баллов у 34% испытуемых (группа риска), 80-100 баллов у 66% пациентов (интернет- аддикция).

– Шкала интернет-зависимости Чена (CIAS) также выявила выраженный и устойчивый паттерн интернет-зависимого поведения у 66% подростков (общий балл более 65), у остальных испытуемых - склонность к возникновению интернет- аддикции (общий балл 43-64).

В МКБ X диагноз «интернет-зависимость» среди прочих поведенческих аддик-

ций пока, за молодостью лет, не выделена [1]. Но может рассматриваться как «Другие расстройства привычек и влечений» (F63.8). При анализе наших случаев у 12 подростков был установлен диагноз: F91.2 «Социализированное расстройство поведения», у троих – F92.8 «Смешанные расстройства поведения и эмоций», у 2 пациентов – F07.8 «Органическое расстройство личности и поведения», у 2 – F42 «Обсессивно-компульсивное расстройство», у 1 подростка – F21 «Шизотипическое расстройство».

Более половины пациентов (11 человек) с девиантным поведением состояло на учете в ИДН. Неоднократно разбирались на КДН по ходатайству школ в связи с многочисленными пропусками занятий, не аттестацией, совершением противоправных действий, алкоголизацией.

2 этап оказания помощи – выработка индивидуальной лечебной программы с учетом биологических, психологических, социальных, семейных факторов, уровня социальной дезадаптации пациента [2]. Создание мотивации, осознание проблемы – важный этап в начале лечения. В нашем отделении используется полипрофессиональный подход в оказании помощи подросткам с интернет-аддикцией [8]. Фармакотерапия применялась практически у всех пациентов данной группы. Использовались препараты: антидепрессанты (сертралин 50 мг/сут. курсом до 3 месяцев), ноотропы (пантогам 250 мг 3 раза в день до 3 мес.), транквилизаторы (атадекс 25 мг/сут. 1 мес.), витамины (Магне В6), корректор поведения (неулептил 10 мг/сут. 1 мес.). Консультация логопеда проводилась всем детям. Поскольку страдает коммуникативная сфера, общение в интернете предполагает сленг, сокращенные слова, штампы, то это и объясняет наличие выявленных при логопедическом обследовании расстройств в виде дисграфии у 7 человек, дислексии – у 3 детей, дизартрический компонент в речи – у 3 испытуемых. Всем детям с выявленной речевой патологией проводилась логопедическая коррекция.

Психотерапевтическая сессия – индивидуальная, семейная психотерапия, включающая 5 сеансов, проводимых с частотой 1 раз в неделю продолжительностью 45 минут. Психотерапия направлена на улучшение взаимоотношений в семье, повышение родительской компетентности в вопросах воспитания, обучение методам саморегуляции, воспитание волевых качеств, повышение самооценки, установки на формирование новых жизненных увлечений (здоровый образ жизни, спорт, трудовые навыки, реальное общение) [4,5]. Вот реалии из жизни: иногда, находясь в одной квартире с ребенком,

мама не разговаривала с сыном, а общалась с ним посредством смс, эл. почты, принимая его правила игры, и тем самым усугубляя сложившуюся ситуацию. При этом в своих посланиях сын требовал приготовить ему еду и принести в его комнату, чтобы он не отрывался от игры. Один подросток не выходил из своей комнаты в течение 3 дней, не спал, игнорировал прием пищи, находился в игре он-лайн. И это не слишком беспокоило родителей: «ведь он дома, под присмотром, и ничего плохого с ним не случится». А поводом обращения к психиатру стало изменение настроения, агрессивность, нарушение сна и пропуски уроков. Еще один случай, когда подросток в течение нескольких месяцев по 12-14 часов, чаще по ночам, общался с девочкой из Украины по скайпу, испытывая чувство влюбленности, не учился, неоднократно собирался уйти из дома, уехать к своей виртуальной девушке.

Девочка 13 лет, где отмечались конфликтные отношения в семье, развод родителей, чувствовала себя одинокой, никому не нужной, нашла «поддержку» на сайте знакомств, куда выкладывала свои фото обнаженной, при попытке пресечь это родителями она ушла из дома, бродяжничала, при этом постоянно пользовалась мобильным интернетом, воровала, попрошайничала для того, чтобы пополнить счет на телефоне.

И в этих случаях первостепенное значение имеет работа с родителями, работа с семьей. Так как именно в семье закладываются жизненные установки, внутренний стержень ребенка, формируется личность. Дети копируют поведение значимых взрослых, которыми являются родители. Любое поведение родителя для ребенка является правильным. И если ребенок не знает как поступить в той или иной ситуации, он поступит так, как поступают родители. И если папа сидит и пьет пиво, играет в «Танчики», вместо того, чтобы поговорить с ребенком, почитать книги, сходить в кино, парк, просто потому, что папа считает, что важен его «эффект присутствия» и все, то и дети в этой семье склонны к развитию аддиктивного поведения.

Групповая психотерапия проводилась совместно с клиническим психологом с частотой 2 раза в неделю – 12 занятий по 45 минут. Группа закрытая, численностью 10 человек. (То есть наших пациентов мы разделили на две группы). Проводились тренинги по улучшению межличностного взаимодействия, эффективного общения, тренинг по тайм-менеджменту. Ребята обучались технологии организации своего времени (учебы, отдыха, спортивные секции, арт-мастерские), повышению эффектив-

ности его использования: учились ставить цели, планировать и расставлять приоритеты. Проводилась коррекция эмоционально-волевой сферы. Обучались тактике поведения в конфликтных ситуациях. Использовались методики телесно-ориентированной, танцевальной, арт-терапии, когнитивной психотерапии.

Каждый раз ребята получали домашние задания. Пассивного протеста не наблюдалось. Задания выполняли все участники психотерапевтического процесса. На занятия приходили вовремя. Уже на 3 занятия отмечалась сплоченность группы.

Завершающим этапом был родительский тренинг. На нем обсуждались вопросы воспитания, контроль за занятостью детей, особенности развития подростков, возрастные кризисы. Факторы, способствующие развитию интернет-зависимости и пути профилактики. Формирование родительских установок на формирование здорового образа жизни, позитивного эмоционального контакта с детьми. Обратная связь в виде вопросов-ответов-индикатор заинтересованности родителей, желание изменить свое поведение, шаг к сотрудничеству с ребенком.

Поскольку зависимость у детей формируется быстро (от 2 до 6 мес.), то и последующая поддерживающая терапия проводилась в течение 6 мес. после психотерапевтической сессии – 3 этап оказания помощи.

На этом этапе пациенты обращались на прием к психотерапевту в плановом порядке с частотой 1 раз в мес. В это время пациенты активно направлялись в кабинет социально-правовой помощи, где они получали квалифицированную помощь юриста по различным вопросам, в том числе семейным. Социальная служба проводила обследование социально-бытовых условий. При выявлении проблем пациенты направлялись в УСЗН, где им оказывалась материальная помощь. Также подростки организованно посещали различные спектакли и концерты в музыкальном театре, участвовали в конкурсах и выставках. Часть пациентов (4 человека) направлялась в психореабилитационное отделение ОКПБ «Богородское», где они принимали участие в постановках спектаклей занимались художественно-прикладным творчеством, им проводилась музыкотерапия, ЛФК.

Результаты лечения оценивались в конце 2014 г. Во всех случаях наблюдался положительный эффект: дети социально адаптированы: продолжили обучение в классе, повысилась успеваемость, повысилась самооценка, улучшился семейный микро-

климат, эмоциональный контакт родителей с ребенком, произошло замещение интернет-зависимости занятостью в спортивных секциях (преимущественно командных видах спорта – по рекомендации психолога), кружках по интересам (танцевальная направленность, изо-студия, робототехника), 1 подросток профессионально увлекся программированием, посещая дополнительное образовательное учреждение-школу «Новация». Значительно уменьшилось время пользования интернетом до 1 часа в день. Нормализовался режим дня, сон, аппетит. Улучшилось настроение. Два подростка полностью удалили игры, аккаунты в соц. сетях, т.к. на это у них не осталось свободного времени.

Таким образом, в последнее десятилетие отмечается стремительный рост числа интернет-зависимых пользователей. И у подростков зависимость от интернета формируется уже после трех-шести месяцев его использования. Семья – это основа формирования родительских установок, развития личности ребенка. Группами риска по развитию интернет-зависимости являются семьи с низким уровнем родительской компетенции, отсутствием эмоционального контакта с ребенком. Интернет-зависимость рассматривается в рамках аддиктивного и деликвентного поведения у подростков.

При лечении интернет-аддикции используется комплексный подход (фармакотерапия, психотерапия, наблюдение психиатром, наркологом). Положительный результат от терапии интернет-зависимости отмечается при своевременном обращении к специалисту, гибкости семейного функционирования, выбора тактики сотрудничества родителей, детей, специалистов. Гораздо легче предупредить зависимость, чем лечить ее. Важным результатом лечения считается социализация и предупреждение рецидивов.

Профилактические мероприятия необходимо рассматривать в рамках межведомственного взаимодействия психиатрической и наркологической службы, департаментов образования, социальной защиты, инспекции по делам несовершеннолетних, молодежного центра при администрации города. Профилактика интернет-зависимого поведения включает социальные, воспитательные, законодательные мероприятия, проводимые государственными институтами и общественными организациями, воспитание информационной культуры, волонтерские движения. Популяризация здорового образа жизни, возвращение норм ГТО (для детей с дошкольного возраста), проведение тематических акций и мероприятий.

**Список литературы**

1. Бухановский А.О., Солдаткин В.А., Мавани Д.Ч., Дьяченко А.В. Компьютерная зависимость: расстройство, которого пока нет в классификациях (обзор зарубежной литературы) // Российский психиатрический журнал. – 2012. – № 1. – С. 21-29.
2. Давиденко Н.В., Аكوпова М.М. Программа психологической коррекции Интернет-зависимого поведения с использованием методов когнитивной психотерапии // Актуальные проблемы психологического знания. – 2010. – № 3. – С. 62-66.
3. Зайцев В.В., Евдокимов В.И. Патологическая склонность к азартным играм: методология, распространенность, диагностика и лечение // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2008. – № 2. – С. 67-74.
4. Карасева Т.В., Руженская Е.В. Особенности мотивации ведения здорового образа жизни // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 5. – С. 23-24.
5. Любченко М.Ю., Столярова В.В. Опыт внедрения экспресс-психотерапии у лиц с рисками психологической зависимости // СМАЛЬТА. – 2014. – № 5. – С. 22-26.
6. Марарица Л.В., Антонова Н.А., Ерицян К.Ю. Общение в Интернете: потенциальная угроза или ресурс для личности // Петербургский психологический журнал. – 2013. – № 5. – С. 35-4
7. Пришляк О.Х. Нехимические зависимости как проблема современного общества // Казанская наука. – 2010. – № 9. – С. 886-890.
8. Психопрофилактика, современное понимание. Сборник научных трудов / Федеральное агентство по здравоохранению и социальному развитию, Департамент здравоохранения Ивановской обл., Гос. учреждение здравоохранения Обл. клиническая психиатрическая больница «Богородское», Ивановская обл. общественная орг. «О-во психиатров, психотерапевтов и наркологов»; [редкол.: А.М. Футерман (гл. ред.), Е.В. Руженская (отв. ред.)]. – Иваново, 2010.
9. Рыбалтович Д.Г., Зайцев В.В. Интернет-зависимость: реальная патология или норма развития информационного человечества // Вестник психотерапии. – 2011. – № 40. – С. 23-34.
10. Рыбников В.Ю., Литвиненко О.В. Психологические особенности и механизмы Интернет-зависимости // Вестник психотерапии. – 2006. – № 19. – С. 137-140.
11. Рыженко С.К. Компьютерная игровая зависимость современных подростков: сущность, признаки, психологическая коррекция // Современные гуманитарные исследования. – 2008. – № 3. – С. 241-243.
12. Титова В.В., Катков А.Л., Чугунов Д.Н. Интернет-зависимость: причины и механизмы формирования, диагностика, подходы к лечению и профилактике // Педиатр. – 2014. – Т. 5. № 4. – С. 132-139.
13. Тихонов М.Н., Богословский М.М. Интернет-аддикция // Энергия: экономика, техника, экология. – 2012. – № 3. – С. 74-80.
14. Цыганков Б.Д., Малыгин В.Л., Егоров А.Ю., Хвостиков Г.С. Нехимические аддикции: патологическая игровая зависимость, Интернет-зависимость, зависимость от компьютерных игр // Вопросы наркологии. – 2007. – № 4. – С. 18-38.

УДК 616-053.35-036.22

## ПОКАЗАТЕЛИ ИММУННОГО СТАТУСА У НОВОРОЖДЕННЫХ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

**Цораева З.А., Касохов Т.Б., Шляйхер А.Н., Касохова В.В., Мазур А.И.**

*ГОУ ВПО СОГМА Минздрава России, Владикавказ, e-mail: kasohov@mail.ru;  
ФБГУН «Институт биомедицинских исследований» ВНЦ РАН и правительства РСО-Алания,  
Владикавказ*

В статье представлены данные исследования иммунного статуса у новорожденных недоношенных детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями (пневмония, омфалит, менингит, сепсис). У новорожденных детей исследовали содержание в сыворотке иммуноглобулинов класса А, М, G, CD 3, CD 4, CD 8, CD 19, CD4/CD8 популяций лимфоцитов, активность лизоцима и комплемента, фагоцитарную активность и циркулирующих иммунных комплексов. Доказана выраженная депрессия клеточного и гуморального иммунитета и неспецифических факторов защиты у новорожденных недоношенных детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями. Полученные в результате исследования выявленные данные свидетельствуют о выраженных нарушениях клеточного иммунитета, факторах неспецифической защиты у новорожденных недоношенных детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями, приводящей к вторичной иммунной недостаточности, что диктует необходимость включения в комплексную терапию инфекционно-воспалительных заболеваний препаратов иммуномодулирующего действия.

**Ключевые слова:** иммунитет, недоношенность, новорожденные, лизоцим

## INDICATORS OF IMMUNE STATUS OF NEWBORN PREMATURE INFANTS WITH INFECTIOUS AND INFLAMMATORY DISEASES

**Tsoraeva Z.A., Kasohov T.B., Shljajher A.N., Kasohova V.V., Mazur A.I.**

*North-Ossetian State Medical Academy, Vladikavkaz, e-mail: kasohov@mail.ru;  
Institut of Biomedical Research of RAS VSC and Government of RNO-Alania, Vladikavkaz*

The article presents data from a study of the immune status of the newborn premature infants with infectious and inflammatory diseases (pneumonia, omphalitis, meningitis, sepsis). In newborn infants examined the contents of serum immunoglobulins AM, G, CD 3, CD 4, CD 8, CD 19, CD4 / CD8 lymphocyte populations, lysozyme activity and complement, and phagocytic activity of circulating immune complexes. Prove severe depression of cellular and humoral immunity and nonspecific factors of protection in newborn preterm infants with infectious and inflammatory diseases. The resulting investigation revealed evidence of violations expressed cellular immunity factors of nonspecific protection of the newborn premature infants with infectious and inflammatory diseases, leading to immune deficiency that dictates the need for the complex treatment of infectious and inflammatory diseases preparations immunomodulatory effects.

**Keywords:** immunity, a prematurity, newborns, a lysozyme

Одной из важнейших проблем современной перинатологии является изучение процессов адаптации новорожденных детей к внеутробной жизни. Несмотря на растущий арсенал антисептических и химиотерапевтических средств и совершенствование лечебных технологий, показатели заболеваемости и смертности вследствие гнойно-септических заболеваний различной этиологии и локализации продолжает оставаться высоким. В связи с этим разработка методов терапевтического воздействия на иммунную систему больных с гнойно-септической патологией является чрезвычайно актуальной научно-практической задачей. Углубленное изучение иммунопатогенеза неонатальных инфекционных заболеваний бактериальной и смешанной этиологии позволит улучшить качество диагностики и прогноза течения болезни, обосновать и использовать ради-

ональные методы иммунокоррекции в комплексной интенсивной терапии.

К факторам риска развития инфекционно-воспалительных заболеваний, к которым относится пневмония, омфалит, менингит, сепсис, относятся - гестационный возраст менее 32 недель, масса тела менее 1500г, внутриутробное инфицирование, безводный промежуток более 12 часов, преждевременный разрыв околоплодных оболочек, тяжелая перинатальная гипоксия, снижение оценки по шкале Апгар менее 5 баллов, пребывание в отделении реанимации и интенсивной терапии более 5 дней, необходимость применения инвазивных методов лечения (ИВЛ, катетеризация сосудов более 3 суток, зондирование желудка более 7 суток).

Иммунная система новорожденных находится в состоянии физиологической

депрессии. Биологический смысл супрессорной направленности иммунных реакций в периоде новорожденности состоит в предупреждении риска тяжелой иммунокомплексной патологии и других иммунопатологических реакций, неизбежных при контакте родившегося ребенка с огромным числом антигенов. Имеются сведения о том, что только после рождения впервые активно и широко включаются механизмы иммунного реагирования Т- и В-систем. В силу несостоятельности иммунной системы ребенка раннего возраста основные защитные функции выполняют пассивно приобретенные сывороточные и секреторные антитела.

Структурные и функциональные особенности клеточных и гуморальных механизмов иммунного ответа в детском возрасте определяют повышенную восприимчивость детей к различным инфекциям, склонность к генерализации инфекционного процесса, что диктует необходимость углубленного изучения патологии и разработки тактики лечения и прогноза течения.

**Цель исследования.** Цель настоящего исследования заключалась в анализе клинико-лабораторных характеристик с инфекционно-воспалительными заболеваниями у недоношенных новорожденных

#### Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 58 новорожденных недоношенных детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями (пневмония, менингит, омфалит, сепсис). Гестационный возраст в среднем составил 34-36 недель. Новорожденные дети были разделены на две группы: 1 – 33 больных группа с инфекционно-воспалительными заболеваниями, 2 группа – 25 ребенка без очагов инфекции.

Осуществлялся тщательный сбор соматического и акушерско-гинекологического анамнеза матерей, оценка факторов риска развития осложнений в раннем периоде адаптации, клиническое наблюдение и лабораторное обследование (общий анализ крови, мочи, рентгенография грудной клетки, ультразвуковое исследование головного мозга и органов брюшной полости, биохимический анализ крови). Микробиологическое исследование включало посев крови, а по показаниям - посев ликвора и мочи и анализ чувствительности выделенной микрофлоры к антибиотикам.

Всем пациентам производилась оценка иммунного статуса при помощи иммунофенотипирования лейкоцитов с использованием моноклональных антител, фагоцитарных показателей, активность лизоцима и компонента, определения уровня иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке методом иммуноферментного анализа.

Определяли в крови относительное содержание CD популяций лимфоцитов: CD<sub>3</sub>, CD<sub>8</sub> и CD<sub>4</sub> клеток, а также содержание клеток CD<sub>19</sub>.

#### Результаты исследования и их обсуждение

Состояние иммунитета у новорожденных недоношенных детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями характеризуется повышением ранних предшественников Т- и В-лимфоцитов, незрелых Т-лимфоцитов и нейтрофилов, дефицитом зрелых иммунокомпетентных клеток (Т- и В-лимфоцитов, моноцитов и нейтрофилов), угнетением фагоцитоза.

Изменения показателей В-клеточного звена иммунитета включали уменьшение содержания в сыворотке крови IgA и повышение уровня IgM, IgG, что не выявило статистически достоверной разницы в обеих группах больных детей.

**Таблица 1**

Сравнительная характеристика показателей клеточного иммунитета у детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями

Показатели	1 группа (n=33)	2 группа (n=25)	p
CD 3, %	34, 7±1,2	47,5±1,3	p< 0,05
CD 4, %	24,13±1,3	36,5±1,1	p< 0,05
CD 8, %	21,24±1,5	24,4±1,5	p>0,05
CD 19, %	11,26±0,3	14,2±0,6	p<0,05
CD4/CD8	2,1±0,2	3,6±0,3	p>0,05

**Таблица 2**

Сравнительная характеристика показателей гуморального иммунитета у детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями

Показатели	1 группа (n=33)	2 группа (n=25)	p
Ig A, г/л	0,47±0,1	1,55±0,1	p< 0,05
Ig M, г/л	0,39±0,1	1,42±0,2	p< 0,05
Ig G, г/л	12,23±0,2	17,4 ±0,3	p< 0,05

**Таблица 3**

Сравнительная характеристика показателей факторов неспецифической защиты у детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями

Показатели	1 группа (n=33)	2 группа (n=25)	p
Активность комплемента, %	58,4 ±3,1	64,5±2,1	p< 0,05
Фагоцитарный индекс	4,2 ±1,2	6,1±1,3	p< 0,05
И.З.Ф.	2,31±0,5	4,2±0,3	p< 0,05
Активность лизоцима, %	31,1 ±1,3	34,1±1,1	p >0,05
ЦИК	29,5 ±1,2	32,5 ±0.2	p< 0,05

Анализ показателей факторов неспецифической защиты показал значительное их снижение у больных детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями.

Из приведенных данных видно, что у детей обеих групп имеются нарушения факторов неспецифической защиты в сравнении с группой детей без очагов инфекции. Выявлены более выраженные нарушения у детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями по сравнению с детьми без очагов инфекции.

#### **Заключение**

Полученные в результате исследования выявленные данные свидетельствуют о выраженных нарушениях клеточного иммунитета, факторах неспецифической защиты у новорожденных недоношенных детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями, приводящей к вторичной иммунной недостаточности, что диктует необходимость включения в комплексную терапию инфекционно-воспалительных заболеваний препаратов иммуномодулирующего действия.

#### **Список литературы**

1. Дегтярева М.В. Иммуитет новорожденных в норме и патологии. Иммуотерапия Липидом (обзор клинических исследований). Лекция для практикующих врачей. – М. 2010. – 24 с.
2. Володин Н.Н., Дегтярева М.В., Солдатова И.Г., Ашиткова Н.В. Интерлейкин-2: опыт клинического применения в неонатологии. – М., 2008. – 17 с.
3. Бочарова И.И. Клинико-иммунологические варианты патологических состояний у новорожденных, родившихся у матерей с урогенитальной инфекцией (диагностика, прогнозирование, технологии ведения): Автореф. – М., 2008.
4. Шабалов И.П. Неонатология. Т.2. – М., 2004. – 640 с.
5. Антонов А.Г., Байбарина Е.Н., Соколовская Ю.В., Евтеева Н.В. Объективные диагностические критерии сепсиса у новорожденных // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2005. – Т. 4, №5-6. – С.113-115.
6. Руководство по педиатрии (том Неонатология) / под ред. А.А. Баранова. – М.: 2007. –600 с.
7. Brilli R.J., Goldstein B. Pediatric sepsis definitions: Past, present, and future // *Pediatr: Crit. Care Med.* – 2005. – Vol. 6, No. 3 (Suppl.). – P. 6-8.
8. Casado F.J., Blanco Q.A. Procalcitonin. A new marker for bacterial- infection // *An Esp. Pediatr.* - 2001. - 54 (1):69-73.
9. Dammann O., Kuban K.C., Leviton A. Perinatal infection, fetal inflammatory response, white matter damage, and cognitive limitations in children born preterm. // *Ment. Retard. Dev. Disabil. Res. Rev.* – 2002. – 8 (1):46-50.

УДК 616.009

## СОЧЕТАНИЕ СОМАТИЧЕСКОГО И ПСИХИЧЕСКОГО КОМПОНЕНТА ПРИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

**Шиланкова С.О.***ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Минздрава России», Иваново*

Статья посвящена вопросу сочетания соматического и психического компонентов при функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, в частности при синдроме раздраженного кишечника. Проведен анализ литературных источников, отмечено, что диагностические критерии на протяжении долгого времени основывались на разных признаках, что приводило к сложностям в постановке диагноза. В настоящее время признаки структурированы, выявлены группы факторов, предшествующих развитию заболевания. Однако при диагностике и лечении подобных ситуаций в реальной гастроэнтерологической практике отсутствует инструментальный полноценный исследования психической функции больного. В связи с этим, направление нашего дальнейшего исследования будет направлено на создание комплексной методики обследования больного синдромом раздраженного кишечника в условиях соматической клиники, с учетом дополнительного психологического и частично психиатрического обследования.

**Ключевые слова:** синдром раздраженного кишечника, психические симптомы

## COMBINATION SOMATIC AND MENTAL COMPONENT AT FUNCTIONAL DISEASES DIGESTIVE TRACT

**Shilankova S.O.***Ivanovo state medical Academy, Ivanovo*

Article is devoted to a question of a combination of somatic and mental components at functional diseases of a digestive tract, in particular at a syndrome of the angry intestines. The analysis the literatknykh of sources is carried out, is noted that diagnostic criteria throughout long time were based on different signs that resulted in difficulties directed by the diagnosis. Now signs are structured, revealed groups of the factors preceding development of a disease. However at diagnostics and treatment of similar situations in real gastroenterologicheskuy practice there are no tools of full research of mental function of the patient. In this regard, the direction of our further research will be directed on creation of a complex technique of inspection of the patient with a syndrome of the angry intestines in the conditions of somatic clinic, taking into account additional psychological and partially psychiatric inspection.

**Keywords:** syndrome of the angry intestines, mental symptoms

Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта в практике врача-гастроэнтеролога составляют высокий процент. По данным разных авторов синдром раздраженного кишечника среди указанной патологии занимает одно из первых мест. Исследование данного заболевания ведется с конца 19 века. Первые упоминания встречаются в 1871г. у Коста под названием «мукозный энтерит». В 1892 г. Ослер при описании «слизистого колита» обратил внимание на то, что наиболее часто он развивается у пациентов, склонных к истерии и депрессии, указав тем самым на связь с психической патологией. В 1929 г. был предложен термин «синдром раздраженной толстой кишки», который используется до сих пор.

Синдром раздраженного кишечника исследовался совместно гастроэнтерологами и психиатрами, так как явной была связь соматической и пограничной психической симптоматики. М.В. Коркина и В.В. Марилов отнесли СРК к психосоматозу, приводящему в результате к психопатизации личности [7]. Той же позиции придерживаются В.Д. Менделевич, С.Л. Соловьева и неко-

торые другие авторы [12]. А.Б. Смулевич включает данную патологию в группу психосоматических заболеваний [16].

Диагностические критерии на протяжении долгого времени основывались на разных признаках, что приводило к сложностям в постановке диагноза. На данный момент используются Римские критерии III, в основу которых положены предложенные А. Маннингом в 1978г [20]. При изучении психосоматических заболеваний, И.А. Новикова выделяет три основных критерия – наличие психогенного фактора или стрессора, наследственная отягощенность или предрасположенность и особенности личностного психического преморбиды [13]. Дальнейшие исследования подтверждают, что в развитии заболевания играют роль психотравмирующие ситуации, особенности личности, социальное окружение и особенности регуляции нервной системы. А.И. Парфенов в своих исследованиях показывает наличие связи СРК с вегетативными нарушениями с преобладанием парасимпатических влияний.[14]. Н.В. Эльштейн приводит доказательства сочетания гастро-

энтерологических симптомов с явлениями вегетативной дистонии с функциональными заболеваниями других систем.

С увеличением числа доказанных факторов, приводящих к заболеванию, СРК так же представляет интерес для исследований гастроэнтерологами, психологами, социологами, психиатрами, неврологами и физиологами.

Актуальность исследований в настоящее время определяется несколькими факторами. В первую очередь большой распространенностью. Это может быть связано как с улучшением диагностики, большей доступностью обследований, так и с увеличившимся количеством стрессорных ситуаций. Снижение качества жизни у пациентов с СРК, сравнимое с таковым у больных с органической патологией (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда, панкреатит и др.). Некоторые авторы рассматривают СРК как «маску» депрессии или иных психических заболеваний, включающих в себя депрессивный, ипохондрический и тревожный компоненты. Существующие схемы лечения недостаточно эффективны, о чем говорит большой процент повторной обращаемости и короткой клинической ремиссии. Так же лечение дорогостоящее, что отрицательно влияет на приверженность к нему. Многие больные часто испытывают затруднения в профессиональной сфере и находят на обеспечении государства, хотя основную группу составляют пациенты молодого и среднего возраста. Помимо этого страдают и межличностные отношения.

В исследованиях В.Д. Тополянского и М.В. Струковской показано, что психогенные факторы и эмоциональное напряжение в 80% являются причиной желудочно-кишечных расстройств [18]. У личностей, развивающихся в определенном социальном окружении, занимающихся преимущественно творческим трудом, а так же интеллектуальным, формируются психологические особенности характера, что при воздействии стрессорных факторов приводит к функциональной патологии различных систем, в том числе к расстройствам ЖКТ. Высокий уровень чувствительности к стрессорам, низкая социальная поддержка, все это приводит к снижению сопротивляемости и истощению нервной системы, сказываясь на регуляции моторики. В сочетании с другими факторами, такими как перенесенные кишечные инфекции, соматическая патология, дисбактериоз, формируется симптомокомплекс раздраженного кишечника.

У многих пациентов по данным Т.А. Климушевой отмечаются количествен-

ные и качественные нарушения пищевого стереотипа [5]. Сюда относится сухоядение, сыроядение, злоупотребление жирной пищей, нарушение пищевого режима, формирование собственной системы питания с исключением многих продуктов, а так же имели место эпизоды голодания и частые очистительные клизмы. Эти данные могут свидетельствовать о фиксации на проблемах с кишечником, педантичности, наличии навязчивостей.

Из факторов, предшествующих развитию заболевания имеется связь с такими событиями, как алкоголизм родителей и их жестокое обращение с детьми, эпизоды агрессии по отношению к пациентам, разводы, воспитание другими родственниками или в детском доме, смерть родителей, сексуальное насилие до достижения совершеннолетия. Все это приводит к формированию тревожности, депрессивным эпизодам и к характерным преморбидным особенностям. В более позднем возрасте имеет значение смерть близких людей, разводы, неудачный брак, конфликты на работе, завышенные требования и ответственность, трудности с воспитанием детей, серьезные заболевания близких, алкоголизм и наркомания супруга и детей, низкий уровень доходов, смена места жительства – все это может послужить пусковым механизмом для начала функционального заболевания.

Кроме воздействия внешних факторов и преморбидных особенностей, ряд авторов выделяет влияние наследственной предрасположенности, однако роль ее неоднозначна. С одной стороны генетика определяет механизмы регуляции на уровне «мозг – кишечник», облегчает возникновение патологических связей и порочных кругов, что создает благоприятные условия для возникновения функционального заболевания при малейшем воздействии стрессорного фактора. С другой стороны – не следует забывать про стереотипы поведения, которые передаются из поколения в поколение. Так, если родители часто болели и обращались за медицинской помощью, то и дети будут вести себя схоже, у них закрепится ипохондричность.

Результаты, получаемые при обследовании пациентов, страдающих СРК, у разных исследователей разные, часто возникает несоответствие по основным вопросам. Обяснить это можно различными подходами к обследованию и применением разнообразных методик, так же отличаются выборки (одни пациенты находятся на стационарном лечении, другие на амбулаторном, наличие сопутствующей соматической и психической патологии) и группы контроля. Все это

приводит к тому, что нет единства мнений и результатов. Единой шкалы или опросника для обследования больных с СРК не существует, что и создает трудности в описании.

При обследовании пациентов с СРК обращает на себя несоответствие объективных данных при оценке тяжести состояния и жалоб самого больного, однако сопоставимо с выявленными нарушениями невротического и аффективного спектров. По данным Т.В. Турко и В.М. Махова только у 5% при психиатрическом обследовании не было установлено наличие каких-либо психических расстройств [19]. У таких пациентов расстройства гастроэнтерологического профиля имели симптоматический характер и купировались стандартными схемами лечения с установлением длительной ремиссии. У остальных пациентов имелись аффективные расстройства в виде циклотимии и дистимии, различные личностные расстройства и ипохондрические. При тестировании по К. Леонгарду, было выявлено преобладание эмоционально нестабильных акцентуаций, таких как эмотивные, циклоидные, демонстративные.

Среди наиболее часто встречающихся симптомов депрессивные расстройства с суицидальными мыслями, снижение самооценки, снижение аппетита до анорексии, нарушение цикла сон-бодрствование, ипохондрическая фиксация на болезненных ощущениях в проекции кишечника.

В исследовании А.П. Погромова, Г.М. Дюковой и М.Л. Леоновой представлено, что больные с функциональными заболеваниями ЖКТ достоверно чаще предпочитают домашнюю еду, имеют навязчивые ритуалы, такие как мытье рук, ограничивают свои карьерные возможности, озабочены проблемой туалета и др [15]. У них формируется нарушение социальной адаптации, что негативно влияет на их самочувствие.

Ожидание нового приступа болезни приводит к усилению тревоги, что становится причиной симпатикотонии, которая в свою очередь может спровоцировать расстройство стула. Пациенты вынуждены изменять свой ритм жизни, вставать на несколько часов раньше, чтобы успеть на работу, отказаться от общественного транспорта, изменять привычный маршрут, на тот, на пути которого встречаются общественные туалеты, питаться однообразно и только в определенных местах или стараться есть как можно меньше. На работе сложно сосредоточиться, возникает страх перед посещением туалета или боязнь того, что он будет занят. Возникает необходимость поиска работы с индивидуальным графиком. Появляются трудности

в сексуальной жизни вплоть до импотенции и фригидности, пациенты склонны избегать интимной близости по причине неуверенности в себе и опасений возникновения новых приступов боли и расстройства стула. Явления растерянности, неуверенности, тревожности и навязчивых страхов сочетается с потребностью в сочувствии и поддержке близких людей.

Т.А. Климушева приводит связь психических проявлений с вариантами течения СРК [5]. Так, при диарейном варианте преобладает синдром тревоги с сочетанием с субдепрессией. Имеет место «избегающее поведение». Характерно для сенситивных, тревожно-мнительных и шизоидных сенситивного круга пациентов. При течении СРК с преобладанием запоров чаще встречаются ипохондрические и тревожно-ипохондрические синдромы. Возникали опасения заболеть раком или другим серьезным заболеванием. Появлялись сверхценные идеи и панические атаки. Встречался при исследовании дисморфофобический синдром с анорексией и формированием неправильного поведения в виде искусственного вызывания рвоты, прием слабительных, постановка очистительных клизм. Вариант течения с чередованием диареи и запоров характеризовался сочетанием тревожной и депрессивной симптоматики, психалгий. При алгическом течении СРК расстройства несут вид алгической депрессии.

Влияние особенностей личности на протекание заболевания не оставляет сомнений, но в дальнейшем присоединяются такие расстройства как депрессия, тревожность, ипохондрия, что утяжеляет состояние пациента. Ухудшение соматического статуса негативно влияет на выздоровление и приводит к еще более серьезным психическим нарушениям. Таким образом, одна патология может выступать под «маской» другой, что затрудняет диагностику и лечение. Формируется «порочный круг», который создает необходимость привлечения к лечению таких специалистов как психиатр и психотерапевт, а так же включение в схему лечения препаратов, влияющих на психическую патологию, например антидепрессантов и других.

Стандарты лечения СРК допускают назначение дополнительных препаратов. Используются различные сочетания лекарственных средств с методами психотерапии, причем наилучшие результаты наблюдаются при совместном ведении пациента гастроэнтерологом и психиатром или психотерапевтом.

Согласно Римским критериям III, в первую очередь необходимо нормализовать об-

раз жизни пациента, исключить из рациона продукты, провоцирующие приступ заболевания, соблюдение сбалансированной диеты и назначение лекарственных препаратов и пробиотиков в зависимости от варианта течения и ведущих клинических проявлений.

Проводились исследования лечения дулоксетином. Через 8 месяцев терапии у большинства пациентов наблюдалось клиническое улучшение, но требовалось продолжение лечения в виду сохранения отдельных жалоб. Хорошие результаты показывает назначение эглонала и amitриптилина. При использовании психотерапевтических методик наблюдается уменьшение проявлений аффективного спектра, снижается уровень депрессии и тревожности, однако остается настороженность в отношении своего здоровья, что связано с большой длительностью течения заболевания. Имеются улучшения соматического состояния, снижение тревожности не запускает механизм возникновения болей. Качество жизни пациентов улучшается за счет уменьшения проявления психической и соматической симптоматики.

Т.о. имеется достаточная проработанность вопроса сочетания соматического и психического компонентов при функциональных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, в частности при синдроме раздраженного кишечника. Однако при диагностике и лечении подобных ситуаций в реальной практике отсутствует инструментарий полноценного исследования этих двух составляющих.

В связи с этим, направление нашего дальнейшего исследования будет направлено на создание комплексной методики обследования больного синдромом раздраженного кишечника в условиях соматической клиники, с учетом дополнительного психологического и частично психиатрического обследования.

#### Список литературы

1. Есаулов В.И., Марилев В.В. Комплексная психотерапия синдрома раздраженного кишечника // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2001. – № 2. – С.54-57.
2. Есаулов В.И. О динамике психоэмоционального состояния у пациенток с болевой формой синдрома раздраженного кишечника при психотерапии // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – №6.
3. Есаулов В.И. О некоторых эмоционально-личностных характеристиках пациентов с синдромом раздраженного кишечника // European research. – 2015. – № 5 (6). – С.76-78.
4. Иванов С.В. Клиника и терапия психосоматических расстройств в гастроэнтерологии // Депрессия в общей практике: проявления и терапия. – 2003. – № 6. – С. 9–11.
5. Климушева Т.А. Синдром раздраженного кишечника глазами психиатра // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2008. – Т. 18, № 4. – С. 82-86.
6. Конорев М.Р. Функциональные заболевания желудочно-кишечного тракта: синдром раздраженного кишечника // Медицинские новости. – 2002. – № 4. – С. 15-19.
7. Коркина М.В., Марилев В.В. Психосоматические расстройства толстой кишки // Неврол. психиатр. – 1989. – Т. 89, № 11. – С. 96–100.
8. Маев И.В., Черемушкин С.В. Синдром раздраженного кишечника: пособие для врачей. – М.: Форте принт, 2012. – 52 с.
9. Марилев В.В., Есаулов В.И. Психические нарушения при синдроме возбудимой толстой кишки // Вестник РУДН. Серия: Медицина. – 2000. – № 3. – С. 98-101.
10. Марилев В.В. Клинические варианты психосоматической патологии желудочно-кишечного тракта: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1993. – 48 с.
11. Мартынов А.И., Шилов А.М., Макарова И.А. Синдром раздраженного кишечника – патогенетические механизмы // Лечащий врач. – 2010. – №5. -www/lvrach.ru/2010/05/13771999.
12. Менделевич В.Д., Соловьёва С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 607 с.
13. Новикова И.А. Патофизиологические аспекты формирования психосоматических заболеваний (патофизиология, психиатрия): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Архангельск, 2005. – 51 с.
14. Парфенов А.И. Синдром раздраженного кишечника // Московский медицинский журнал. 1999. – № 1. – С. 12–15.
15. Погромов А.П., Дюкова Г.М., Леонова М.Л. Психовегетативные аспекты функциональной желудочной диспепсии и синдрома раздраженного кишечника, эффективность терапии дулоксетином // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2012. – Т. 22, № 3. – С. 26-32.
16. Смулевич А.Б. Психосоматические расстройства // Соц. клин. психиатрия. – 1997. – № 1. – С. 5–18.
17. Смулевич А.Б., Сыркин А.М., Рапопорт С.И. и др. Органые невроты как психосоматическая проблема // Журн. неврол. психиатр. – 2000. – Т. 100, № 12. – С. 4–42.
18. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986.
19. Турко Т.В., Махов В.М. Синдром раздраженного кишечника // Болезни органов пищеварения. РМЖ. – 2006. – №1. – С.52-61.
20. Шептулин А.А. Римские критерии III синдрома раздраженного кишечника: что мы ожидали и что мы увидели? // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2007. – Т. 17, № 2. – С. 63-68.

УДК 616.34-002-053.2

## СОСТОЯНИЕ ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ГАСТРИТЕ У ДЕТЕЙ

**Щербак Н.М.***Читинская государственная медицинская академия Минздрава России, Чита,  
e-mail: pediatr75@mail.ru*

Одной из проблем современной гастроэнтерологии являются воспалительные заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта. По статистическим данным, распространенность гастроэнтерологических заболеваний у детей продолжает увеличиваться. Это связано с такими причинами как стрессовые ситуации, влияние наследственности, ухудшение качества жизни населения и др. Однако ведущую роль в этиологии хронического гастрита играет хеликобактерная инфекция, поэтому значение имеет изучение и совершенствование режимов эрадикации *H. pylori* и восстановление структурного гомеостаза слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. Данные о состоянии клеточного и гуморального иммунитета при хроническом гастрите у детей и противоречивы. Хорошо изучено состояние клеточного иммунитета, недостаточно исследована роль интерлейкинов и молекул адгезии в развитии гастрита в педиатрической практике. Перспективным представляется поиск новых методов диагностики, а также внедрение современных средств терапии для коррекции иммунных нарушений у детей.

**Ключевые слова:** гастрит, иммунитет, дети, интерлейкины, лимфоциты, иммуноглобулины

## THE STATE OF IMMUNITY IN CHRONIC GASTRITIS IN CHILDREN

**Shcherbak N.M.***Chita State Medical Academy, Russian Ministry of Health, Chita, e-mail: pediatr75@mail.ru*

One of the problems in modern gastroenterology are inflammatory diseases of the upper gastrointestinal tract. According to statistics, the incidence of gastrointestinal diseases in children continues to increase. This is due to factors such as stressful situation, the effect of heredity, the deterioration of the quality of life, and others. However, the leading role in the etiology of chronic gastritis plays a *Helicobacter* infection, so important to the study and improvement of *H. pylori* eradication regimes and restore the structural homeostasis of the gastric mucosa and duodenum. Data on the cellular and humoral immunity in chronic gastritis in children and inconsistent. Well studied the state of cellular immunity, insufficiently explored the role of interleukins and adhesion molecules in the development of gastritis in children. Promising to search for new methods of diagnosis, as well as the introduction of modern therapy for correction of immune disorders in children.

**Keywords:** gastritis, immunity, children, interleukins, lymphocytes, immunoglobulin

Хронический гастрит (ХГ) является одним из наиболее распространенных заболеваний детского возраста [10]. Иммунитет – особое биологическое свойство многоклеточных организмов, в норме предназначенное для защиты от инфекций и иных внешних патогенов, способных при попадании во внутреннюю среду вступать в прочные связи с клетками и/или межклеточным веществом [12].

Особая роль в защите слизистой оболочки желудка (СОЖ) принадлежит плазматическим клеткам собственной пластинки, продуцирующим иммуноглобулины 5 классов. В норме на 1мм<sup>2</sup> СОЖ приходится 50 клеток, продуцирующих IgA, 18 – IgM и 15 – IgG [1].

Помимо плазматических клеток интерес представляют Т-лимфоциты, входящие в состав инфильтрата собственной пластинки СОЖ. При *H. pylori*(+) гастрите имеется существенный сдвиг в сторону Т-хелперов 2 типа (Th2), синтезирующих интерлейкины 4 и 6 [25]. Этим они отличаются от Т-хелперов 1 типа, синтезирующих интерферон- $\gamma$  и интерлейкин-2. Более того, именно преоблада-

ние в инфильтрате Th2 и выделяемые ими цитокины тормозят пролиферацию лимфоцитов больных в ответ на стимуляцию антигеном *H. pylori*; у неинфицированных этого не наблюдается [21].

Основным патогеном, вызывающим гастрит, является инфекция *Helicobacter pylori* [4, 10, 32, 35], хотя некоторые авторы находят вирус Эпштейна-Барра при данной патологии [9]. При ХГ, ассоциированном с *H. pylori*, в собственной пластинке преобладают CD8+. Это объясняется необходимостью деактивировать воспалительную реакцию в тех случаях, когда иммунокомпетентные клетки самостоятельно не могут ликвидировать антигенный очаг [13].

Данные о состоянии клеточного иммунитета при ХГ противоречивы. Одни исследователи отмечают повышение [12, 26], другие снижение содержания Т-лимфоцитов в периферической крови [5, 20]. Также неоднозначны данные о состоянии гуморального звена иммунитета. Авторы отмечают как увеличение содержания в крови IgA, IgM и IgG [2, 27, 29], так и снижение этих показателей [31].

У детей с *H. pylori*(+) ХГ содержание IgA в сыворотке ниже, чем у *H. pylori*(-) пациентов, а уровни IgG и IgM, наоборот, выше [14]. Содержание IgA, IgG и sIgA в желудочном соке у детей с *H. pylori*(+) ХГ уменьшается в сравнении с *H. pylori*-негативными больными [33]. Чем больше тяжесть воспаления, тем выше уровень иммуноглобулинов, сходные изменения обнаружила Н.Н. Степанова при цитомегаловирусной инфекции [11].

Нет единого мнения в отношении изменений В-лимфоцитов в периферической крови. Большинство авторов указывают на увеличение числа В-лимфоцитов при ХГ и язвенной болезни [30]. В то же время, другие исследователи полагают, что количество В-лимфоцитов имеет тенденцию к снижению [13] или не отличается от нормальных цифр [18].

По Alarcón Т. содержание IL-8 у CagA(+) и VacA(+) пациентов с хеликобактерной инфекцией выше, чем у больных без них [28]. Клиническое течение гастрита, ассоциированного с цитотоксическими штаммами *Helicobacter pylori* у детей, отличается большей тяжестью [6]. При хронических гастритах выявлен разнонаправленный характер изменений интерлейкинов [3, 21] а также снижение лимфоцитарно-тромбоцитарной адгезии [34].

Одним из патологических процессов, приводящих к повреждению слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, является перекисное окисление липидов (ПОЛ). При инфекции *H. pylori* ПОЛ возрастает, что повышает в крови и желудочном соке содержание продуктов липопероксидации [17, 22]. Рост активных форм кислорода стимулирует выработку интерлейкина – 8, способствующего иммунным нарушениям в желудке больных [15]. Проблема усугубляется развивающимися метаболическими нарушениями [16, 23] и развитием эндогенной интоксикации [24].

Таким образом, данные о состоянии клеточного и гуморального иммунитета при хроническом гастрите у детей и противоречивы. Хорошо изучено состояние клеточного иммунитета, недостаточно исследована роль интерлейкинов и молекул адгезии в развитии гастрита в педиатрической практике. Перспективным представляется поиск новых методов диагностики, а также внедрение современных средств терапии для коррекции иммунных нарушений у детей.

#### Список литературы

1. Аруин Л.И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л.И. Аруин, Л.Л. Капуллер, В.А. Исаков. – М.: Триада X, 1998. – 483 с
2. Вольнец Г.В. Особенности гуморального звена иммунитета у детей с различными типами хронического гастрита в зависимости от этиологии заболевания. // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2006. – Т. 51, №3. – С. 35-42.
3. Дудник В.М. Оценка содержания интерлейкина-8 в сыворотке крови детей с хронической гастродуоденальной патологией в зависимости от наличия цитотоксических штаммов *Helicobacter pylori*. // Перинатология и педиатрия. – 2011. – Т. 47, №3. – С. 98.
4. Корниенко Е.А. Проблема диагностики и лечения инфекции *Helicobacter pylori* у детей в свете рекомендаций международного консенсуса Маастрихт IV. // Вестник практического врача. – 2012. – № 1. – С. 38-43.
5. Кузнецова В.Ф. Некоторые особенности иммунологических показателей у детей с латентным и манифестным течением *Helicobacter pylori*-инфекции / В.Ф. Кузнецова, А.А. Гобец, С.Н. Теплова // Экспер. и клин. гастроэнтерол. – 2004. – №1. – С. 82-86.
6. Лагашев Д.Ю., Лобанов Ю.Ф., Печкина К.Г., Беседина Е.Б. Особенности клинического течения гастрита, ассоциированного с цитотоксическими штаммами *Helicobacter pylori* у детей школьного возраста // Забайкальский медицинский вестник. – 2014. – № 3. – С. 99-105.
7. Левицкая Н.В. Изменение показателей гуморального иммунитета у детей при хеликобактерном гастрите / Н.В. Левицкая // Пат. Физиол. и экспер. тер. – 2002. – №2. – С. 32.
8. Леханова С.Н. Морфологическая характеристика НР-ассоциированных гастритов у детей и подростков Якутии // Вестник Новосибирского государственного университета. Серия: Биология, клиническая медицина. – 2009. – Т. 7, №1. – С. 72-76.
9. Павленко О.А., Щербак В.А. Роль вируса Эпштейна-Барра в патологии верхних отделов пищеварительного тракта у детей // Дальневосточный медицинский журнал. – 2009. – №3. – С. 53-55.
10. Поливанова Т.В. Распространенность и клико-морфологическая характеристика гастродуоденальной патологии у школьников различных регионов Восточной Сибири: Автореферат дис. ... д-ра мед. наук. Красноярск, 2007 – 48 с.
11. Степанова Н.Н., Попова Н.Г., Щербак В.А. Особенности иммунитета у преждевременно рожденных детей, инфицированных цитомегаловирусом // Врач-аспирант. – 2011. – №1.4. – С. 595-599.
12. Хаитов Р.М. Иммунная система желудочно-кишечного тракта в норме и при патологии / Р.М. Хаитов, Б.В. Пинегин // Иммунология. – 1997. – № 5. – С. 4-7.
13. Циммерман Я.С. Состояние иммунной системы у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки и влияние на нее современной терапии и иммуномодулирующих средств / Я.С. Циммерман, Е.Н. Михалева // Клин. мед. – 2003. – №1. – С. 40-44.
14. Щербак В.А. Роль иммуномодуляторов в комплексной терапии детей с хроническим гастродуоденитом, ассоциированным с *Helicobacter pylori* // Вопросы практической педиатрии. – 2008. – Т.3, №1. – С. 30-35.
15. Щербак В.А. Динамика интерлейкинов при лечении детей, больных хроническим гастродуоденитом // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2003. – №1. – С. 120-121.
16. Щербак В.А. Значение селена в патогенезе и лечении детей с хроническим гастродуоденитом // Вопросы детской диетологии. – 2008. – Т.6, №1. – С. 5-8.
17. Щербак В.А. Перекисное окисление липидов желудочного сока при хроническом гастродуодените у детей // Клиническая лабораторная диагностика. – 2006. – №4. – С. 14-17.
18. Щербак В.А. Современные проблемы детской гастроэнтерологии // Забайкальский медицинский вестник. – 2012. – №2. – С. 128-137.

19. Щербак В.А. Содержание метаболитов оксида азота в крови и желудочном соке детей с хроническим гастродуоденитом // Вопросы современной педиатрии. – 2007. – №6. – С. 54-57.
20. Щербак В.А., Витковский Ю.А., Кузник Б.И. Иммунные нарушения и обоснование их коррекции при хроническом гастродуодените у детей // Медицинская иммунология. – 2008. – Т. 10, №1. – С. 59-66.
21. Щербак В.А., Витковский Ю.А., Кузник Б.И. Цитокины при иммуномодулирующей терапии детей с хроническим гастродуоденитом // Иммунология. – 2005. – Т. 26, №6. – С. 324-344.
22. Щербак В.А., Хышиктуев Б.С., Аксенова Т.А., Малёжик Л.П. Влияние вентрамина на перекисное окисление липидов у детей, больных эрозивным гастродуоденитом // Клиническая лабораторная диагностика. – 2005. – №1 – С. 12-14.
23. Щербак В.А., Щербак Н.М. Диагностика и лечение лактазной недостаточности у детей // Забайкальский медицинский вестник. – 2009. – №4. – С. 52-55.
24. Щербак В.А., Цапп А.В. Эндогенная интоксикация и экстракорпоральные методы ее коррекции у детей с хроническим гастродуоденитом // Вопросы детской диетологии. – 2014. – Т. 12, №4. – С. 15-20.
25. Щербак В.А., Витковский Ю.А. Значение цитокинов в патогенезе хронического гастродуоденита, ассоциированного с *Helicobacter pylori*, у детей // Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского. – 2005. – №5. – С. 11-13.
26. Юсупбеков А.А. Состояние иммунной системы у больных с дуоденальными кровотечениями / А.А. Юсупбеков // Internat. J. of Immunorehabil. – 1999. – №12. – С. 88.
27. Ющук Н.Д. Иммуниет при хеликобактерной инфекции / Н.Д. Ющук, И.В. Маев, К.Г. Гуревич // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2002. – №3. – С.37-45.
28. Alarcón T. *Helicobacter pylori* in pediatrics. // *Helicobacter*. – 2013. – Vol. 18. – Suppl. 1. – P. 52-57.
29. Duckworth C.A. CD24 is expressed in gastric parietal cells and regulates apoptosis and the response to *Helicobacter felis* infection in the murine stomach. // *Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol.* – 2012. – Vol.303, №8. – P. 915-926.
30. Батраков С.Н. Иммунологические показатели во взаимосвязи с уровнем моноаминов слизистой на фоне эндоскопической лазеротерапии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / С.Н. Батраков // *Intern. J. of Immunorehabilitation*. – 1999. – №12. – P. 139.
31. Iwańczak F. *H. pylori* infections in children: clinical, diagnostic and treatment implications. // *Pol. Merkur. Lekarski*. – 2013. – Vol. 35, №2. – P. 187-190.
32. Malfertheiner P., Megraud F., O'Morain C.A. Management of *Helicobacter pylori* infection-the Maastricht IV/ Florence Consensus Report // *Gut*. – 2012. – Vol. 61, №5. – P. 646-664.
33. Shcherbak V.A. Influence of peptide bioregulators on cytokine production in children with chronic gastroduodenitis // *Clinical and Investigative Medicine*. – 2004. – Vol. 27, №4. – P. 597.
34. Shcherbak V.A. Lymphocyte-thrombocyte rosette adhesion in children with chronic gastritis // *Journal of Thrombosis and Haemostasis*. – 2005. – Vol. 3, Suppl. 1. – P. 1559.
35. Warren J.R., Marshall B.J. Unidentified curved bacilli on gastric epithelium in active chronic gastritis // *Lancet*. – 1983. – Vol.1. – P.1273-1275.