

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

П.Б. Зотов

ОТВЕТСТВЕННЫЙ
СЕКРЕТАРЬ

М.С. Уманский

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

А.В. Зырянов (Тюмень)
А.В. Меринов (Рязань)
В.Н. Ощепков (Тюмень)
Ю.Е. Разводовский (Гродно)
С.А. Ральченко (Тюмень)
В.А. Розанов (Одесса)
В.А. Солдаткин (Ростов-на-Дону)
Н.Н. Спадерова (Тюмень)
Н.М. Федоров (Тюмень)

Журнал зарегистрирован
в Федеральной службе по надзору
за соблюдением законодательства
в сфере массовых коммуникаций
и охране культурного наследия
г. Москва

Рег. № Е-ФС77-28512
от 09.06.2007 г.

ISSN 2307-4698

Журнал включен
в Российский индекс
научного цитирования
(РИНЦ)

Учредитель и издатель:
ООО «М-центр»
Тюмень, Д.Бедного, 98-3-74

Адрес редакции:
г. Тюмень, ул. Седова, 59 / 1

Адрес для переписки:
625041, Тюмень, а/я 4600

Телефон: (3452) 73-27-45
Факс: (3452) 54-07-07

E-mail: sibir@sibtel.ru
Заказ № 77 Тираж 700 экз.

Подписан в печать 21.03.15 г.
Цена свободная

Отпечатан с готового набора
в издательстве «Вектор Бук»,
г. Тюмень, Володарского, 45
Телефон: (3452) 46-90-03

16+

Содержание

- А.В. Лукашук, О.Ю. Сомкина,
М.А. Байкова, М.Д. Филиппова*
Значение и место сценарных посланий
в реализации суицидального поведения 3
- А.Ю. Толстикова, Н.И. Распопова*
Депрессии у больных с зависимостью
от психоактивных веществ с точки зрения
иммунорегуляторных механизмов 11
- Б.Ю. Приленский, А.В. Приленская*
Психотерапевтические подходы
в психосоматической медицине 14
- О.А. Прилепская, О.А. Кичерова,
А.В. Борисюк, Л.И. Рейхерт*
Диализная энцефалопатия:
клинико-патогенетические грани одного
характера 18
- Т.А. Меденцева, С.Ф. Карпушина,
А.Г. Котов, Н.Л. Меринов*
Повтор «случайных» происшествий как латентная
характеристика аутоагрессивного поведения 22
- Г.Г. Буторин, Л.А. Бенько*
Диагностика резидуально-органических
нервно-психических расстройств у детей 27
- В.Г. Скорикова, О.А. Кичерова,
Л.И. Рейхерт, С.А. Семешко*
Специальные биохимические исследования
для оценки эффективности тромболитической
терапии при ишемическом инсульте 32
- В.Б. Бердичевский, Н.В. Толстоухова*
Особенности ритма мочеиспускания
у пациентов после трансплантации почки 35
- П.И. Лейманченко, В.Ф. Алиев,
С.Б. Азизов, А.Г. Крутских*
Эволюция разработок устройств из никелида
титана для формирования компрессионных
межкишечных анастомозов 42

<i>М.Н. Сакенова, А.С. Омарова, К.К. Кайырбекова, Д.Д. Баймагамбетова, Н.Н. Наурыззов</i> Сравнительный анализ качественного и количественного состава лактобактерий у детей с отягощенным аллергоanamнезом и у здоровых детей	47
<i>М.Б. Холжигитова, Н.Р. Аралов, А.Д. Дусанов</i> Уровень факторов местного иммунитета при хроническом обструктивном бронхите у лиц подросткового возраста	52
Информация для авторов	56

Contents

<i>A.V. Lukashuk, O.Y. Somkina, M.A. Baykova, M.D. Filippova</i> The value and place of scenario messages in the implementation of suicidal behavior	3	<i>V.G. Skorikova, O.A. Kicherova, L.I. Rejher, S.A. Semeshko</i> Special biochemical researches for the estimation of efficiency of thrombolytic therapy at an ischemic stroke	32
<i>A.Yu. Tolstikova, N.I. Raspopova</i> Depression and suicide behavior at patients with dependence on psychoactive agents from the point of view of immunoregulatory mechanisms	11	<i>V.B. Berdichevskyy, N.V. Tolstoukhova</i> Features urination rhythm in patients after kidney transplantation	35
<i>B. Yu. Prilensky, A.V. Prilenskaya</i> Psychoterapeutic approaches in psychomatic medicine	14	<i>P.I. Leimanchenko, V.F. Aliev, S.B. Azizov, A.G. Kritskih</i> The evolution of research projects of nickelid-titanium devices for creating compressive inter-intestinal anastomoses	42
<i>O. Prilepskaya, O. Kicherova, A. Borisiuk, L. Reychert</i> Dialysis encephalopathy: clinical – pathogenetic facets of nature	18	<i>M.N. Sakenova, L.S. Omarova, K.K. Kaiirbekova, D.D. Baimagambetova, N.N. Nauryzov</i> The comporative analysis of qualitative and quantitative lactobacilli structure of the chirdren with the burdened allergoanamnez and of healthy children	47
<i>T.A. Medentseva, S.F. Karpushina, A.G. Kotov, N.L. Merinov</i> Repeat of "random" accidents as a latent characteristic of autoagressive behavior	22	<i>M.B. Kholzhigitova, N.R. Aralov, A.D. Dusanov</i> Background local immunity factors in chronic obstructive bronchitis in adolescence persons ..	52
<i>G. Butorin, L. Benco</i> The diagnosis of residual-organic neuro-psyhic disorders at children	27		

Интернет-ресурсы:

www.elibrary.ru

<http://cyberleninka.ru/journal/n/tyumen-medical-journal>

<http://globalf5.com/Zhurnaly/Medicina/tyumen-medical-journal/>

При перепечатке материалов ссылка на "Тюменский медицинский журнал" обязательна.
Редакция не всегда разделяет мнение авторов опубликованных работ.
Редакция не несет ответственности за содержание рекламных материалов.

УДК: 616.89

ЗНАЧЕНИЕ И МЕСТО СЦЕНАРНЫХ ПОСЛАНИЙ В РЕАЛИЗАЦИИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

А.В. Лукашук, О.Ю. Сомкина, М.А. Байкова, М.Д. Филиппова

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия

Информация об авторах:

Лукашук Александр Витальевич – аспирант кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: г. Рязань, ул. Высоковольтная, д. 9. E-mail: lukashuk-alex62@yandex.ru

Сомкина Ольга Юрьевна – аспирант кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. E-mail: Olyasomkina@gmail.com

Байкова Мария Александровна – клинический ординатор кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России. E-mail: lentazzz111@gmail.com

Филиппова Мария Дмитриевна – интерн кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России.

Авторы изучили проблему сценарных посланий и их значение в развитии и реализации суицидального поведения. Рассмотрены основные сценарные послания и механизмы их передачи, «токсичность» родительских предписаний и варианты их реализации в зрелом возрасте. Понимание данной проблемы позволит внимательнее относиться специалистами к анализу сценария жизни, что даст возможность предвидеть самоубийства у пациентов, и, таким образом, позволит рассматривать эту методику в качестве превентивной.

Ключевые слова: аутоагрессия, сценарий жизни, предписания, эпискрипт, суицид.

Проблема самоубийств существовала всегда, особенно актуальной она стала теперь, когда отмечается всплеск суицидальной активности населения. ВОЗ прогнозирует, что к 2020 году от суицидов погибнет до 1,5 млн. человек во всем мире. Имеется множество мнений о причинах возникновения самоубийств. Самой распространенной точкой зрения в нашей стране довольно долго являлась теория А.Г. Амбрумовой, которая считала, что «суицидальное поведение – это следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микроконфликта» [1]. Существует так же и «когортная теория» заключающаяся в прямой зависимости количества членов популяции и количества суицидов. То есть, при высокой конкуренции индивидууму сложнее получить желаемого и, соответственно, фрустрация провоцирует суицидальное поведение. Так же нельзя недооценивать роль психических заболеваний при развитии суицидального поведения.

На данный момент большинство исследователей подразумевают под актом суицида яркое

проявление аутоагрессии [7, 8, 12, 26]. Агрессия как таковая является опасным и нездоровым явлением, но иногда она может быть обращена не вовне, а внутрь, быть центрированной на собственной личности. Люди с проявлениями аутоагрессии склонны к самообвинению, нанесению самоповреждений, самобичеванию и, в крайнем случае, к суицидальному поведению [3]. Не вызывает сомнений, что алкогольная и наркотическая зависимости имеют в своей основе аутодеструктивные паттерны поведения [4, 21, 25]. Причины её появления, обычно, кроются в событиях детского возраста пациента. Некоторые авторы рассматривают аутоагрессию в качестве разновидности психологической защиты, например, ребенок, которого бьют родители, не может направить свою ярость на них, поэтому ему приходится утилизировать ее, направляя на себя.

Одной из теорий, способных помочь нам понять причины суицидального поведения, является теория «сценария жизни», разработанная в рамках транзакционного анализа. Авторами этой теории являются Э. Берн и К. Штайнер.

Э. Берн (1962) определял сценарий как «бессознательный план жизни, который составляется в детстве, подкрепляется родителями, оправдывается ходом событий, и достигает пика при выборе жизненного пути» [2]. На составление сценария оказывают воздействие такие внешние факторы, как воспитание, парентальные установки, окружающий мир, инфантильные решения, принятые индивидом в детском возрасте. Начиная с рождения, родители передают ребенку некие послания (предписания), на основании которых ребенок формирует свои представления, в частности о самом себе, об окружающих людях, о жизни и мире, в целом [27, 28]. При этом они образуют основное содержание, в соответствии с которым ребенок принимает базисные решения о своем сценарии, дополняя его по мере необходимости продуктами дальнейшего собственного когнитивного синтеза.

Как мы говорили выше, суицид рассматривается в качестве проявления социально-психологической дезадаптации личности при наличии неразрешимых микросоциальных конфликтов. Согласно сценарной теории, в суициде мы видим как социальные, так и психологические уровни: негативные психологические послания, входящие в состав сценария, обычно запускаются в определенных микросоциальных условиях, носящих конфликтный характер. Таким образом, суицид является вариантом человеческого поведения в необычных условиях, причем суицидогенность данной ситуации не заключена в ней самой, а определяется личностными особенностями человека. Подобную predisposition во многом осуществляют именно сценарные послания. Но predisposition – это еще не суицид. Необходимо ввести понятие о недостающем звене этой цепи – сценарной расплате. При написании «драмы своей жизни», финальная сцена (или сценарная расплата), является заключительным актом сценария. Если бессознательной сценарной расплатой предусматривается возможность суицида, то подобная возможность при определенных условиях реализуется в самоубийство. Важным вопросом является вероятность того, что расплатой будет именно суицид.

На наш взгляд, имеются следующие подобные возможности, которые мы попытаемся разместить в порядке убывания значимости, создав, таким образом, своеобразный ранжир сценарных посланий и сценарных механизмов осуществле-

ния самоубийства по степени их «злокачественности»:

1. Прямое послание: «Не живи», «Не будь», «Не существуй». Наиболее сильный и прямой толчок к совершению суицида. Практически все самоубийцы имеют его [15, 16]. Наличие данного послания вероятно, если человек когда-нибудь хотел покончить жизнь самоубийством, чувствовал себя ненужным, нелюбимым. Оно может быть получено вербально от родителей: «Я убью тебя за это»; «Лучше бы Ты не родился», либо невербально: случайно и неслучайно. Неслучайно: мать говорит ребенку: «Я люблю тебя» при этом оставаясь холодной и т.д. Случайно: ребенок в возрасте до пяти лет не в состоянии понять разницу между случайными действиями и реальными угрозами. Пример, пациент К. в возрасте четырех лет был чуть не задавлен машиной отца, который не заметил его. Ребенок воспринял этот случай как попытку убить его, и решил для себя: «Родители хотят, чтобы я умер». В зрелом возрасте, на фоне злоупотребления алкоголем, у него появились суицидальные тенденции, которые в процессе психотерапии, он ассоциировал с описанным случаем. Люди, имеющие данное послание, в жизни выбирают психологические игры, подтверждающие их никчемность, бесполезность. Например, «Ударь меня» и т.д. На этом же примере видно, что данное послание может реализоваться и через, так называемые «хронические» суициды - алкоголизм, наркомании, невыполнение указаний врача, а также другие виды аутодеструктивного поведения и болезни зависимости [17, 18, 19].

Сюда же, на наш взгляд, относится проблема «школьных» суицидов, как вариант повторного подтверждения послания: «Не живи». Пример, любимая учительница сказала ребенку: «Ты глупый, кто тебя родил?» Своим высказыванием она подтвердила родительское послание: «Не живи», «Ты недостойн этого», от которого ребенок защищался гиперкомпенсацией своих возможностей, и, идентифицируя образ своей учительницы с образом своей матери, совершив этим спонтанный репарентинг (переродительство), но в этом случае неудачный.

Существует множество научных работ отражающих передачу предписания «Не живи» в семьях, где родители злоупотребляли алкоголем [9, 10, 11, 13]. Так называемые, взрослые дети алкоголиков обычно всегда имеют токсическое пред-

писание «Не живи» [20, 22, 24]. Кроме того, воспитание в неполных семьях так же часто сопровождается возникновением этого предписания [23].

Так называемые, «копированные» суициды, «синдром Вертера» действуют по типу разрешенного послания: «Не живи», ломая психологические защиты. У копируемого и копирующего, безусловно, есть общие сценарные радикалы. Но герой произведения или фильма, попробовав всё и вся, пришёл к самоубийству. Прочитав книгу, или посмотрев фильм, суицидент увидел, что все, на что он рассчитывал и надеялся, уже опробовано «любимым» героем и оказалось недействительным, так зачем же пробовать, и все равно закончить жизнь так же, если можно умереть прямо сейчас.

2. Косвенные послания. Иногда негативные послания передаются косвенным образом. Это происходит, когда родители говорят с кем-то о ребенке, зная или не зная, что это станет известно ему. Например, молодая мама в разговоре с подругой говорит: «Дочь так утомляет меня, что лучше бы я её не рожала, убила бы и т.д.» Или: «Когда она это делает, мне хочется убить ее за это». Подобные оценки ребенок воспринимает как сильные сценарные послания, так как считает, что именно родители определяют действительность, и принимает сказанное родителями за неоспоримый факт. Косвенные послания, как известно, могут носить крайне актуальный характер, что часто используется на практике. Поэтому, подобные послания являются очень значимыми для перевешивания чаши весов в сторону суицида. Пример, пациентки В., 26 лет, может служить иллюстрацией возможности получения послания «Не живи» косвенным образом. В. обратилась к психиатру с жалобами на «немотивированные» мысли о самоубийстве. В процессе поиска вероятного сценарного послания «Не живи», пациентка не смогла идентифицировать ситуацию, в которой подобное послание имело место. Она постоянно утверждала, что её родители ни при каких условиях не стали бы желать ей смерти. При дальнейшей работе, пациентка призналась, что испытывает сильное чувство вины за то, что своими родами причинила матери страдания, что неоднократно подчеркивалось ее матерью. И действительно, роды у её матери были достаточно тяжелыми: произошел сильный разрыв промежности, осложнившийся воспалительным процессом. В возрасте семи лет, наша пациентка слу-

чайно услышала разговор матери с подругой, в котором мать сказала, что после родов потеряла всякий интерес к половой жизни, на основе чего начались конфликты с мужем, и, наверное, лучше бы было, если она не рожала ребенка совсем. При попытке актуализации переживаний пациентки, испытанных ею в тот момент, она вспомнила, что чувствовала себя тогда никому не нужной, не достойной жизни, «хотелось никогда не родиться», так как своим рождением она причиняет одни неприятности.

Приведенный пример не является единичным, он представляет собой достаточно распространенную ситуацию. Подобное материнское поведение носит название сценария «разорванной матери», но в подобной ситуации, как это видно из примера, нужно учитывать и то, как материнский сценарий может повлиять на дальнейшую судьбу ребенка. Кроме того, косвенное послание может быть получено в случае, если ребенок родился нежеланным, вследствие неудавшегося аборта, если беременность им была причиной вступления родителей в брак, а также при гибели матери в родах.

3. Сверхвысокие, невыполнимые сценарные послания, формирующие сценарий «побежденного». При подобных посланиях человек, в силу определенных причин, не добивается намеченных целей. Значительную роль в формировании «нереальных, невозможных» сценариев играют также родительские предписания, в основе которых могут лежать нереализованные родительские фантазии и желания, которые они хотят осуществить в своих потомках. Здесь имеет место несоответствие между намеченными в жизни и реальными возможностями добиться этого. Частый выход из данной ситуации – уход из жизни. Пик подобных самоубийств теоретически должен приходиться на, так называемые, кризисные периоды жизни (годы переоценки прожитого) – 17, 33 года и т.д. В нашей практике встретились несколько подобных случаев. Пример пациента А., 32 лет. Отец с малых лет говорил ему, что настоящий мужчина должен добиться в жизни определенного положения, «если тебя в 30 лет не уважают, и ты не стоишь выше других, то считай, что прожил зря, ты не мужчина». Речь шла о том, что наш пациент, по мнению отца, до 30 лет должен был обзавестись жильем, автомобилем, дачей, содержать семью и т.д., избрав при этом отцовскую профессию (шахтер). Но в силу лич-

ностных особенностей, либо начавшихся реформ в стране, наш пациент не смог добиться поставленных отцом требований и решил уйти из жизни. В процессе психотерапевтической работы А., осознав сценарный механизм возникновения у него суицидальных тенденций, принял решение жить дальше, ориентируясь на свои собственные возможности. Хочется отметить также немаловажную роль в приведенном примере аномии, сделавшей возможно реальный жизненный план невозможным. Кроме того, существуют абсолютно невыполнимые сценарии: стать известным ученым человеку с умственной неполноценностью и т.д.

4. Повторение (ретрофлексия) инфантильного поведения. Ребенок, испытывая чувство вины, выбирает из имеющихся в то время у него возможностей одну: прячется в шкаф, принимая сценарное решение – «испытывая чувство вины – лучше спрятаться». Это поведение способно закрепляться и становится сценарным, особенно если оно одобряется родителями. Взрослый же в подобной ситуации, мысленно возвращаясь в подобную детскую – спрячется за суицид. Другая ситуация: ребенок в ряде случаев, чтобы обратить на себя внимание родителей представляет сцену своей смерти, проигрывая то, как на нее будут реагировать родители, что им будет без него плохо, как они пожалеют, что не купили ему игрушку и т.д. В этом случае ребенок заявляет: «Умру, если не сделаете то-то, Вы еще пожалеете». Желание ребенка в такой ситуации чаще удовлетворяется. Подобное инфантильное поведение достаточно часто встречается и во взрослом возрасте. Пример гражданина Ж., покончившего жизнь самоубийством после того, как от него ушла жена. В предсмертной записке он писал, что жена горько пожалеет о том, что ушла от него, что его самоубийство накажет ее. Кого же в данной ситуации больше наказал Ж.? К этой же категории относятся и попытки шантажа самоубийством, которые встречаются очень часто.

5. Фиксация чувства вины, как сценарный механизм. Дети не делают различий между потребностями и делами. Для ребенка мысль: «Я хочу убить младшего брата, так как он своим рождением отнял у меня ласку родителей», равнозначно: «Я убил своего брата». И в последующей взрослой жизни он испытывает чувство вины за преступление, которого не совершал. Подобным механизмом реагирования на собственные негативные установки способен закрепляться и

становиться сценарным. Другими словами, человек испытывает чувство вины за все возникающие у него «плохие» мысли, даже не пытаясь их осуществить. Другим вариантом, может являться ситуация, когда чувство вины теряет свой изначальный объект и начинает существовать «самостоятельно», толкая человека на совершения противоправных поступков, с целью объяснить себе эту вину реальным событием (объясняющий деликт). Это в свою очередь лишь усиливает вину, замыкая образовавшийся порочный круг. Некоторые люди не видят другого пути, кроме суицида, способного разорвать этот круг. Примером служит случай Т., 40 лет, которая обратилась по поводу суицидальных мыслей. В процессе работы выяснилось, что пациентка связывает их возникновение с фактом смерти своей бабушки, в смерти которой она винила себя. Накануне ее смерти, наша пациентка, которой было тогда четыре года, поссорилась с ней, и мечтала, по ее словам, о ее смерти. Через два дня, ее бабушка скончалась от инфаркта миокарда, и ребенок принял всю ответственность за случившееся на свой счет. В последствии ею было совершено правонарушение (кража), «как бы что-то толкало меня на это, не знаю почему так сделала», за что она испытывала «необъяснимое чувство вины», которое она испытывала и раньше. Чуть позже появились мысли о том, что после всего случившегося не стоит больше жить: «что-то мешает жить, как камень тянет, виновата перед всеми». В процессе работы, пациентка осознала, что испытываемое чувство вины носит нереальный характер, после чего интенсивность суицидальных тенденций значительно снизилась.

6. Сценарнозакрепленное копирование поведения взрослых. Мать постоянно угрожала отцу самоубийством, когда чего-то хотела. Маленькая девочка видела все это и решает для себя: «Чтобы добиться от мужчины того, чего хочешь, надо угрожать им самоубийством». Либо детская психика может пойти дальше и решить: «Если что-то нужно от мужчины, то лучше сразу умереть». И дочь во взрослом возрасте завершает ряд демонстративных суицидальных попыток матери реальным самоубийством, столкнувшись с проблемами в отношениях с мужчинами. Другим вариантом, когда суицидальное поведение родителей служит толчком для принятия ребенком решения «Не жить», является факт реального их суицида. Особенно, если это происходит в пери-

од, когда возраст ребенка не превышает восемь лет, и суицидальная попытка оканчивается летально. Самоубийство может рассматриваться ребенком как родительское сообщение по поводу этой жизни: «Жизнь плохая штука и незачем жить. Когда мне станет плохо, я тоже брошу все и уйду как отец (мать)». К разряду суицидов, осуществляемых по такому механизму, относится, на наш взгляд, случаи семейных самоубийств, когда попав в ситуацию подобную родительской, человек уходит из жизни. Можно говорить о том, что эти люди бессознательно следуя сценарию, упорно идут к повторению родительских конфликтов и проблем, приведших тех к суициду. Юбилейные самоубийства, как одна из разновидностей семейных суицидов, строятся, порой, по этому же принципу. Смерть родителя ребенок расценивает также как и в первом случае. Несомненно, воспоминания о случившемся (включая и принятое сценарное решение), особенно обостряются в дни, совпадающие с днем самоубийства родителя. В том случае, если потенциальный суицидент всей своей жизнью доказывал, что жизнь действительно плоха, то в эти дни складываются две составляющие юбилейного самоубийства: сценарное послание «Не жить» и собственный негативный жизненный опыт. Данный механизм близок к другому разбираемому ниже – эпикрипту.

7. Эпикрипт. Передача родителями своих посланий «Не живи» детям, с целью спасти себя от самоубийства. Бессознательное взрослого человека рассуждает приблизительно так: «Если кто-нибудь покончит жизнь самоубийством за меня, то мне не придется этого делать». Изучена проблема эпикрипта с передачей аутоагрессивных паттернов в семьях, где супруг страдает алкогольной зависимостью. В таких семьях, один из партнеров, имеющий предписание «Не живи» сам не реализует свой сценарий, за него это делает его второй партнер [5, 6, 14].

Надо отметить, что эпикрипт часто является временной мерой, и человек всё же совершает суицид, передав эстафетную палочку следующим поколениям. Возможно, это объясняет возникновение «семейных» суицидов. В таких семьях жизнь протекает в атмосфере смерти, объясняется «злым роком», нависшим над ними. Достаточно часто информация о самоубийствах «смакуется», постоянно находясь «на устах», вторым вариантом является категорическое замалчивание этих

фактов. В первом случае, рассказывая о самоубийствах предков, люди за своим псевдоспокойным, псевдоравнодушным отношением к смерти стараются скрыть свой страх за собственную жизнь. Каждый надеется, что не его выберет «рок». В результате подобного поведения, вероятность получения детьми послания «Не живи» представляется значительной, так как, во-первых, «обесценивается» понятие смерти в глазах детей, и оно не несет для них обычной смысловой нагрузки, не пугает их. Во-вторых, часто говорят: «Ты похож на папу (дедушку) и т.д.», действуя по принципу: «есть более похожие, чем Я». Ругая детей, упрекают их в том, что они ведут себя как покойный предок: «А знаешь, как он закончил?», или говорят прямо: «Очень похож, и кончит также», «Будешь делать так, умрешь как отец (и др.)».

8. Срыв сценарных защит от послания «Не живи». Одним из видов защиты от указанного послания является принятие контрсценарных сложных решений типа: «Я буду жить, пока я... буду активно трудиться, во что-то верить, буду успешным» (То есть, заключение «внутреннего» договора). Эти защиты во многих случаях успешно работают, и решение «Не жить» практически никак себя не проявляет. Проблема в том, что человек не всегда способен быть успешным, верить в какие-то идеалы, трудиться на износ. Это зависит как от самого индивидуума (болезнь, выход на пенсию), так и от политики государства. Вспомним всплеск суицидальной активности населения нашей страны при «крахе» идей коммунизма и распаде страны. Произошедшая для многих потеря идеалов, отсутствие возможности нормально трудиться, планировать без страха свое будущее, толкнули многих на совершение самоубийств. В этом случае имело и имеет место явление аномии (аномический вид самоубийства по Э. Дюркгейму), которая с успехом уничтожила сценарные защиты. Многие люди стали говорить: «А зачем теперь жить», действительно, вся жизнь была вложена в труд, веру и т.д., а когда их не стало – пустота и появившееся «откуда-то» желание умереть. Предположение, что подобный контингент людей имел «прикрытое» послание «Не живи», подтверждается, на наш взгляд, тем, что не все люди, попавшие в подобные условия, приняли решение покончить счеты с жизнью: кто-то стал активно адаптироваться к жизни, а кто-то отказался от всякой борьбы.

9. Уход от посланий: «Не расти», «Не думай», «Не чувствуй» и т.д. В определенный период жизни человек становится не способным удовлетворять родителей, повинуюсь их посланиям. Он уже не может не расти, не думать. И тогда настаёт момент, в который необходимо от них отказаться. Но, эти послания были получены ребенком в очень раннем возрасте, интроецированы им, и являются для него «святыми». Расставаясь с ними, человек испытывает вину за то, что обидел родителей этим. Одно из возможных разрешений такого чувства вины, вероятно, достаточно редкое – суицид. Особенным вариантом в таких ситуациях является вариант, когда использование указанных выше посланий, как более легких, служит защитой от «Не живи». Человек бессознательно решает, что выгоднее быть глупым (послание «Не думай»), чем умереть. И понятно, что некоторые жизненные ситуации способны вызвать декомпенсацию данной защиты так, как сознательно человек не знает, что скрывается за его глупостью, эмоциональной холодностью. Возможно, родившееся на определенном этапе чувство неполноценности, вызывая реакции компенсации и гиперкомпенсации, снимает более поверхностные пласты сценарных посланий, активируя послание «Не живи». Подобную же роль может сыграть и психотерапия, направленная на перерешение посланий «Не расти», «Не думай» и т.д., в случае если вовремя не обнаружено послание «Не живи», скрываемое за ними.

Безусловно, не все люди, имеющие перечисленные выше сценарные предпосылки, заканчивают жизнь самоубийством. Известно, что риск суицида находится в зависимости от двух противоположно направленных факторов: интенсивности суицидальных побуждений и психологических барьеров, препятствующих их реализации. Перечисленные выше возможности, как уже было сказано, определяют психологическую predisposition суицидента, но это ведь действительно, ещё не суицид. Необходимо сочетание их с аномальными для индивидуума социальными усло-

виями. Помимо этого, существуют психологические барьеры, мешающие реализации самоубийства: этические нормы и принципы человека, религиозность, чувство долга, обязательства, страх перед смертью и болью, сценарные защиты типа: «Я не умру, пока Я не ...».

Следовательно, имеются как бы три составляющих самоубийства, и вопрос: «Покончит ли человек жизнь суицидом?», решается их соотношением, при наличии каждого из них. Но вопрос становится еще более актуальным, если вспомнить уже упомянутые выше «хронические» суициды. И когда, человек утверждает, что он имеет какую-то из перечисленных predisposition и при этом говорит, что никогда не покончит жизнь самоубийством, ему хочется верить, если бы он не выкуривал в день две пачки сигарет, запивая их вином.

Таким образом, вопрос о сценарных посланиях самоубийц, на наш взгляд, является актуальным. Учитывая вышеприведенные данные, очень сложно недооценить роль сценария жизни в реализации суицидальных тенденций. На данный момент многие специалисты плохо знакомы с теорией Э. Берна и его подходом к личности человека, психодиагностике и психотерапии. Мы считаем, что анализ сценарных посланий, в случае суицидального поведения может предотвратить развитие самоубийства и имеет выраженную превентивную направленность. Но речь идет не только о явном суицидальном поведении, которое бросается в глаза, при психотерапевтической практике приходится чаще сталкиваться с сильно замаскированными и скрытыми суицидальными тенденциями. В подобных случаях, выявить фатальные послания помогают сценарные опросники. В случае выявления суицидогенных сценарных посланий, целесообразно будет заключить антисуицидальный контракт с клиентом на время терапии, а возможно и на более длительные сроки. Хочется отметить, что подобный контракт, входит в обязательные процедуры работы психотерапевтов многих стран.

Литература:

1. Амбрумова А.Г., Жезлова Л.Я. Методические рекомендации по профилактике суицидальных действий в детском и подростковом возрасте. – М.: МЦ СССР, 1978. – 13 с.
2. Берн Э. Трансакционный анализ и психотерапия: пер. с англ. – СПб.: Братство, 1992. – 224 с.

Транслитерация:

1. Ambrumova A.G., Zhezlova L.Ja. Metodicheskie rekomendacii po profilaktike suicidal'nyh dejstvij v detskom i podrostkovom vozraste. – M.: MC SSSR, 1978. – 13 s. (In Russ)
2. Bern Je. Transakcionnyj analiz i psihoterapija: per. s angl. – SPb.: Bratstvo, 1992. – 224 s. (In Russ)

3. Васяткина Н.Н., Меринов А.В. Клиническая практика детско-подростковых суицидов в Рязанской области // Тюменский медицинский журнал. – 2014. – Том 16, № 3. – С. 4-5.
4. Меринов А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом: Дисс.... канд. мед. наук. – Рязань, 2001. – 160 с.
5. Меринов А.В., Шустов Д.И., Ховрачев А.П. Эпискрипт в «алкогольном» браке // Вопросы ментальной медицины и экологии. – 2002. – Том IX, № 2. – С. 37-40.
6. Меринов А.В. Вариант эпискрипта в семьях больных алкогольной зависимостью // Наркология. – 2010. – № 3. – С. 77-80.
7. Меринов А.В., Шустов Д.И. Семейная динамика саморазрушающих паттернов поведения в семьях больных алкогольной зависимостью с позиций модели эпискрипта // Наркология. – 2010. – № 11. – С. 28-35.
8. Меринов А.В. Аутоагрессивные и клинико-психологические характеристики парасуицидальных мужчин с алкогольной зависимостью // Наркология. – 2011. – Том 10, № 8 (116). – С. 72-77.
9. Меринов А.В., Шустов Д.И., Федотов И.А. Суицидологические и личностно-психологические особенности девушек, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью // Психическое здоровье. – 2011. – № 5 (60). – С. 53-55.
10. Меринов А.В., Шустов Д.И., Федотов И.А. Современные взгляды на феномен созависимого поведения при алкогольной зависимости (обзор литературных данных) // Российский мед. - биол. вестник. – 2011. – № 3. – С. 136-141.
11. Меринов А.В., Шустов Д.И., Федотов И.А. Суицидологические и личностно-психологические особенности юношей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью // Психическое здоровье. – 2011. – № 4 (59). – С. 48-50.
12. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.01.27; 14.01.06. – М., 2012. – 48 с.
13. Меринов А.В. Суицидологические характеристики молодых людей, воспитанных в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью // Суицидология. – 2012. – Том 3, № 4 (9). – С. 22-28.
14. Меринов А.В., Шустов Д.И., Васяткина Н.Н. Эпискрипт как вариант внутрисемейной динамики аутоагрессивных паттернов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология. – 2012. – Том 3, № 1 (6). – С. 28-39.
3. Vasjatkina N.N., Merinov A.V. Klinicheskaja praktika detsko-podrostkovykh suicidov v Rjazanskoj oblasti // Tyumen medical journal. – 2014. – Vol. 16, № 3. – S. 4-5. (In Russ)
4. Merinov A.V. Autoagressivnye aspekty supruzhestva v sem'jah bol'nyh hronicheskim alkogolizmom: Diss.... kand. med. nauk. – Rjazan', 2001. – 160 s. (In Russ)
5. Merinov A.V., Shustov D.I., Hovrachjov A.P. Jepiskript v «alkogol'nom» brake // Voprosy mental'noj mediciny i jekologii. – 2002. – Tom IX, № 2. – S. 37-40. (In Russ)
6. Merinov A.V. Variant jepiskripta v sem'jah bol'nyh alkogol'noj zavisimost'ju // Narkologija. – 2010. – № 3. – S. 77-80. (In Russ)
7. Merinov A.V., Shustov D.I. Semejnaja dinamika samorazrushajushhij pat-ternov povedenija v sem'jah bol'nyh alkogol'noj zavisimost'ju s pozicij modeli jepiskripta // Narkologija. – 2010. – № 11. – S. 28-35. (In Russ)
8. Merinov A.V. Autoagressivnye i kliniko-psihologicheskie harakteristiki parasuicidal'nyh mužchin s alkogol'noj zavisimost'ju // Narkologija. – 2011. – Tom 10, № 8 (116). – S. 72-77. (In Russ)
9. Merinov A.V., Shustov D.I., Fedotov I.A. Suicidologicheskie i lichnostno-psihologicheskie osobennosti devushek, vyrosших v sem'jah, gde roditel' stradal alkogol'noj zavisimost'ju // Psihicheskoe zdorov'e. – 2011. – № 5 (60). – S. 53-55. (In Russ)
10. Merinov A.V., Shustov D.I., Fedotov I.A. Sovremennye vzgljady na fenomen sozavisimogo povedenija pri alkogol'noj zavisimosti (obzor literaturnykh dannyh) // Rossijskij med. - biol. vestnik. – 2011. – № 3. – S. 136-141. (In Russ)
11. Merinov A.V., Shustov D.I., Fedotov I.A. Suicidologicheskie i lichnostno-psihologicheskie osobennosti junoshej, vyrosших v sem'jah, gde roditel' stradal alkogol'noj zavisimost'ju // Psihicheskoe zdorov'e. – 2011. – № 4 (59). – S. 48-50. (In Russ)
12. Merinov A.V. Autoagressivnoe povedenie i ocenka suicidal'nogo riska u bol'nyh alkogol'noj zavisimost'ju i chlenov ih semej: Avto-ref. dis. ... d-ra. med. nauk: 14.01.27; 14.01.06. – M., 2012. – 48 s. (In Russ)
13. Merinov A.V. Suicidal characteristics of adultchildren which growing up in families with alcohol addiction of parent // Suicidology. – 2012. – Tom 3, № 4 (9). – S. 22-28. (In Russ)
14. Merinov A.V., Shustov D.I., Vasjatkina N.N. Episcrypt as a variant of intrafamilial dynamics of autoaggressive patterns in families of men suffering from alcohol dependence // Suicidology. – 2012. – Vol. 3, № 1 (6). – S. 28-39. (In Russ)

15. Меринов А.В. Суицидологическая, наркологическая и экспериментально-психологическая характеристика супругов в семьях мужчин, страдающих алкоголизмом, в зависимости от варианта брачной динамики // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2 (11). – С. 25-35.
16. Меринов А.В. Влияние прошлой суицидальной активности на прочие аутоагрессивные, экспериментально-психологические и наркологические характеристики мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3 (12). – С. 58-63.
17. Меринов А.В., Сомкина О.Ю. Сценарные аспекты реализации аутоагрессивных паттернов в семьях мужчин, страдающих алкогольной зависимостью [Электронный ресурс] // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: электрон. науч. журн. – 2013, № 1. – С. 95-118.
18. Меринов А.В. Суицидологическая, экспериментально-психологическая и наркологическая характеристика супругов из браков мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с первично-открытой семейной системой // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2 (15). – С. 31-38.
19. Меринов А.В. Суицидологическая, экспериментально-психологическая и наркологическая характеристика супругов из браков мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с вторично-открытой семейной системой // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 4. – С. 43-51.
20. Меринов А.В., Лукашук А.В. Особенности детей, выросших в семьях, где родитель страдал алкогольной зависимостью [Электронный ресурс] // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: электрон. науч. журн. – 2014. – № 4 (7). – С. 37-48.
21. Меринов А.В., Шитов Е.А., Лукашук А.В., Сомкина О.Ю., Байкова М.А., Филиппова М.Д., Меринов Н.Л., Юрченко А.И. Супруги мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, имеющие в анамнезе суицидальную попытку: их расширенная клинико-суицидологическая и психологическая характеристики // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 3 (20). – С. 49-54.
22. Меринов А.В., Шустов Д.И., Лукашук А.В. Взрослые дети алкоголиков: суицидологические и экспериментально-психологические характеристики // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2015. – Том 14, № 1. – С. 97-102.
23. Меринов А.В., Бычкова Т.А., Лукашук А.В., Сомкина О.Ю., Меринов Н.Л. Суицидологическая характеристика девушек, воспитанных в неполных семьях // Суицидология. – 2015. – Том 6, № 2. – С. 54-58.
15. Merinov A.V. Suicidal, narcological and psychological characteristics of the spouses in families of men suffering from alcohol dependence, depending on the variant of the dynamics of marriage // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 2 (11). – S. 25-35. (In Russ)
16. Merinov A.V. The influence of past suicidal activity on other aggressive, experimental-psychological and narcological characteristics of men suffering from alcohol dependence // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 3 (12). – S. 58-63. (In Russ)
17. Merinov A.V., Somkina O.Ju. Scenarnye aspekty realizacii autoagressivnyh patternov v sem'jah muzhchin, stradajushhih alkogol'noj zavisimost'ju [Elektronnyj resurs] // Lichnost' v menjajushhemsja mire: zdorov'e, adaptacija, razvitie: jelektron. nauch. zhurn. – 2013, № 1. – S. 95-118. (In Russ)
18. Merinov A.V. Suicidal and narcological characteristics of spouses in families of men suffering from alcohol dependence, with primarily from-covered family system // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 2 (15). – S. 31-38. (In Russ)
19. Merinov A.V. Suicidal and narcological characteristics of spouses in families of men suffering from alcohol dependence, with secondarily from-covered family system // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 4. – S. 43-51. (In Russ)
20. Merinov A.V., Lukashuk A.V. Osobennosti detej, vyrossih v sem'jah, gde roditel' stradal alkogol'noj zavisimost'ju [Elektronnyj resurs] // Lichnost' v menjajushhemsja mire: zdorov'e, adaptacija, razvitie: jelektron. nauch. zhurn. – 2014. – № 4 (7). – S. 37-48. (In Russ)
21. Merinov A.V., Shitov E.A., Lukashuk A.V., Somkina O.Y., Baykova M.A., Filippova M.D., Merinov N.L., Yurchenko A.I. Spouses of men with alcohol dependence who have a history of suicidal attempt: their advanced clinical suicidological and psychological characteristics // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 3 (20). – S. 49-54. (In Russ)
22. Merinov A.V., Shustov D.I., Lukashuk A.V. Vzroslye deti alkogolikov: suicidologicheskie i jeksperimental'no-psihologicheskie harakteristiki // Vestnik Vitebskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta. – 2015. – Tom 14, № 1. – S. 97-102. (In Russ)
23. Merinov A.V., Bychkova T.A., Lucashuk A.V., Somkina O.Y., Merinov N.L. Suicidal characteristic of girls brought up in single-parent families // Suicidology. – 2015. – Vol. 6, № 2. – S. 54-58. (In Russ)

24. Лукашук А.В., Меринов А.В. Клинико-суицидологическая и экспериментально-психологическая характеристики молодых людей, воспитанных в «алкогольных» семьях // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 4. – С. 82-87.
25. Шитов Е.А., Меринов А.В., Шустов Д.И., Федотов И.А. Клиническая и суицидологическая характеристика больных алкогольной зависимостью с сопутствующим пограничным расстройством личности // Российский медико-биологический вестник им. акад. И.П. Павлова. – 2015. – № 4. – С. 87-90.
26. Shustov D.I., Merinov A.V., Tuchina O.D. Episcrpt transmission in families of alcohol-dependent men: models and clinical observations // Transactional analysis journal. – 2015. – Vol. 45. – P. 87-95.
27. (Steiner C.M.) Штайнер К. Сценарии жизни людей: пер. с англ. – СПб.: Питер, 2003. – 416 с.
28. Steiner C.M. A Script checklist // Transactional Analysis Journal. – 1967. – Vol. 6, № 22. – P. 38-56.
24. Lukashuk A.V., Merinov A.V. Kliniko-suicidologicheskaja i jeksperimental'no-psihologicheskaja karakteristiki molodyh ljudej, vospitannyh v «alkogol'nyh» sem'jah // Nauka molodyh (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 4. – S. 82-87. (In Russ)
25. Shitov E.A., Merinov A.V., Shustov D.I., Fedotov I.A. Klinicheskaja i suicidologicheskaja karakteristika bol'nyh alkogol'noj zavisimost'ju s soputstvujushhim pograničnym rasstrojstvom lichnosti // Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik im. akad. I.P. Pavlova. – 2015. – № 4. – S. 87-90. (In Russ)
26. Shustov D.I., Merinov A.V., Tuchina O.D. Episcrpt transmission in families of alcohol-dependent men: models and clinical observations // Transactional analysis journal. – 2015. – Vol. 45. – P. 87-95.
27. Steiner C.M. Scenarii zhizni ljudej: per. s angl. – SPb.: Piter, 2003. – 416 s.
28. Steiner C.M. A Script checklist // Transactional Analysis Journal. – 1967. – Vol. 6, № 22. – P. 38-56.

THE VALUE AND PLACE OF SCENARIO MESSAGES IN THE IMPLEMENTATION OF SUICIDAL BEHAVIOR

A.V. Lukashuk, O.Y. Somkina, M.A. Baykova, M.D. Filippova

In this article, we have studied the problem of scenario messages and their importance in the development and implementation of suicidal behavior. Describes the main scenario messages and mechanisms for their transfer, "toxicity" parental requirements and options for their implementation in adulthood. Understanding this issue will allow professionals to pay attention to the analysis of the script of life that will allow to foresee the possibility of suicide in patients, and, thus, allows to consider this technique as a preventive.

Keywords: autoaggression, the script of life, regulations, apescript, suicide.

УДК: 616.985.4:613.83

ДЕПРЕССИИ У БОЛЬНЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ИММУНОРЕГУЛЯЦИОННЫХ МЕХАНИЗМОВ

А.Ю. Толстикова, Н.И. Распопова

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

Контактная информация:

Толстикова Аида Юлиановна – доктор медицинских наук. Место работы и должность: профессор кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова. Адрес: Республика Казахстан, Толе би 94 Алматы.

Распопова Наталья Ивановна – доктор медицинских наук. Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии Казахского Национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова. Адрес: Республика Казахстан, Толе би 94 Алматы. E-mail: rea83@list.ru

Изучение цитокинового статуса у пациентов с депрессивными расстройствами показало присутствие дисбаланса иммунорегуляторных механизмов. В исследовании показана целесообразность включения в общий спектр терапии иммунокорректирующего вектора.

Ключевые слова: депрессия, цитокиновый статус, иммунорегуляция, иммунокорректирующая терапия.

Патогенез основных проявлений синдрома алкогольной и наркотической зависимости – патологического влечения, абстинентного синдрома, измененной толерантности к психоактивным веществам, делирия, являются изменения функционального состояния лимбико-диэнцефальной системы мозга вследствие взаимодействия психоактивных веществ с нейромедиаторами головного

мозга [1]. Нейрогуморальная регуляция функционального состояния иммунной системы такими мозговыми структурами, как гипоталамус, гипофиз и др. и нейрохимическими системами мозга – дофаминергической, серотонинергической и др., предполагает развитие иммунных расстройств, обусловленных нарушением нейрорегуляторных механизмов при депрессии.

Таблица 1

Уровень цитокинов у больных психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (в динамике исследования)

Цитокины	Группы больных с показателями	Характер изменений	Частота наблюдений (%)	Содержание цитокинов (пг/мл) M±m	
				до лечения	после лечения
Ил-1β	в норме	без изменений	13,3	1,46±0,20	1,88±0,36
	ниже нормы	без изменений	66,7	0,35±0,10*	0,39±0,10*
		повышение	13,3	0,45±0,18*	1,44±0,10*/**
		снижение	6,7	0,70±0,04*	0,38±0,06*/**
Ил-2	в норме	без изменений	13,3	2,08±0,02	2,26±0,14
		повышение	3,3	2,09±0,01	6,55±0,01
	ниже нормы	без изменений	66,7	0,18±0,112	0,29±0,12
		повышение	13,3	0,08±0,02	1,46±0,46
		снижение	3,3	0,04±0,01	0,01±0,01
γ-ИФН	ниже нормы	без изменений	76,7	0,54±0,15	0,64±0,24
		повышение	16,7	0,33±0,17*	2,14±0,22**
		снижение	6,7	0,55±0,04*	0,20±0,03*/**
Ил-4	в норме	без изменений	10,0	1,38±0,15	1,59±0,08
		снижение	3,3	1,82±0,01	0,66±0,01
	выше нормы	без изменений	66,7	13,59±1,75	13,82±1,47
		повышение	6,7	11,32±0,15	18,96±1,41
		снижение	13,3	12,38±0,35	6,69±1,29
Ил-10	в норме	без изменений	3,3	4,59±0,01	5,22±0,01
		снижение	10,0	5,96±0,43	2,28±0,10
	выше нормы	без изменений	66,7	15,07±1,86	14,05±2,37
		повышение	3,3	12,19±0,01	18,55±0,01
		снижение	16,7	15,87±0,65	6,55±0,86
Ил-6	выше нормы	без изменений	53,3	14,44±2,69	14,57±2,68
		снижение	20,0	12,29±1,99	4,73±1,68
		повышение	3,3	7,69±0,01	13,18±0,01
	ниже нормы	без изменений	10,0	0,49±0,132	0,49±0,26
		повышение	13,3	0,43±0,25	3,29±2,23

Примечание: * – различие достоверно по сравнению с контролем; ** – различие достоверно по сравнению с показателями при обследовании до лечения.

Поскольку лимбико-диэнцефальная система является важным уровнем интеграции и регуляции не только нейромедиаторных механизмов, но и нейроиммунных, изменения функциональной активности иммунитета, как важнейшего звена регуляторных процессов неизбежны.

Так как цитокины определяют не только функциональный статус иммунитета, но и являются мессенджерами нейроиммунного взаимодействия, изучение их уровня при психических и поведенческих расстройствах вследствие употребления психоактивных веществ открывает перспективы для определения не только роли в этиопатогенезе заболевания, но и мер восстановления межсистемного регуляторного баланса [2].

Цель исследования: изучить параметры иммунорегуляторных процессов, опосредованных цитокинами, при психических и поведенческих расстройствах вследствие употребления психоактивных веществ в динамике психотропной терапии.

Материалы и методы.

Обследовано 30 больных психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ, находящихся на лечении в РНПЦ ППН. Обследование проводили двукратно: при поступлении и перед выпиской. Концентрации γ -интерферона (ИФН), интерлейкина (Ил) Ил-1 β , Ил-2, Ил-10, Ил-4, Ил-6 в крови определяли методом иммуноферментного анализа с использованием набора реагентов производства ЗАО «Вектор Бест», Россия. Контрольную группу составили практически здоровые доноры. Статистическую обработку данных проводили с использованием программы Microsoft Excel.

Результаты и обсуждение.

Уровень цитокинов у 30 обследованных здоровых лиц составил для Ил-1 β – $1,60 \pm 0,22$ пг/мл, γ -ИФН – $2,22 \pm 0,27$ пг/мл, Ил-2 – $2,21 \pm 0,21$ пг/мл, Ил-4 – $1,28 \pm 0,23$ пг/мл, Ил-10 – $2,21 \pm 0,21$ пг/мл и Ил-6 – $2,42 \pm 0,22$ пг/мл. Результаты изучения содержания цитокинов в крови больных с депрессивными расстройствами в динамике традиционного лечения представлены в таблице 1.

У 86,7% больных обследованных при поступлении в стационар выявлено снижение уровня Ил-1 β в 2,03 – 7,6 раза по сравнению со значениями в норме. Учитывая, что Ил-1 обладает плейотропным спектром биологической активности, направленным на активацию различных ме-

ханизмов иммунологической реактивности, есть основание предполагать наличие вторичных иммунодефицитов, связанных с нарушениями образования данного цитокина у обследованных пациентов вследствие употребления психоактивных веществ. После проведения курса психотерапии повышение низких показателей до $1,44 \pm 0,10$ пг/мл отмечалось только у 13,3% обследуемых.

Поскольку наиболее эффективным прямым механизмом регуляции активности провоспалительных цитокинов является Ил-1, вполне оправданы выявленные низкие показатели Ил-2 – $0,17 \pm 0,13$ пг/мл и γ -ИФН – $0,50 \pm 0,16$ пг/мл у 83,3% и 100,0% больных соответственно. Антагонизм про- и противовоспалительных цитокинов проявлялся высокими значениями Ил-4 ($12,12 \pm 1,08$ 14 пг/мл) и Ил-10 ($14,35 \pm 2,66$ 14 пг/мл) у 86,6% и 80,1% человек соответственно.

Как видно дисбаланс регуляторных механизмов иммунореактивности характеризовался поляризацией иммунорегуляторных процессов в сторону Т-хелперов 2 типа. В результате проведенных психотерапевтических мероприятий повышение концентраций провоспалительных цитокинов Ил-2 и γ -ИФН в 7,88-23,83 раза и в 9,25-10,39 раза соответственно, наблюдалось лишь у 6,7% и 3,3% пациентов с показателями ниже нормы при поступлении и снижение повышенного уровня противовоспалительных цитокинов Ил-4 в 2,87-6,25 раза и Ил-10 в 1,67-4,12 раза – у 13,3% и 6,7% больных соответственно. У остальных обследуемых высокие показатели Ил-4 и Ил-10 либо оставались на прежнем уровне, либо даже повышались в 1,58-1,75 раза. Иммуномодулирующий эффект психотерапии явился подтверждением взаимосвязи регуляторных нейромедиаторных и цитокиновых механизмов. Разнонаправленные изменения концентрации Ил-6 при обследовании больных при поступлении в стационар: повышение в 3,23-8,17 раза у 80,0% и снижение в 3,55-16,50 раза у 13,3% человек, вероятно, связаны с двойственной иммунобиологической ролью цитокина. У 53,3% больных высокий уровень сохранялся в течение всего курса терапии. Более того, отмечалось и дальнейшее повышение высоких показателей Ил-6 у 6,7% пациентов. Снижение высокого содержания Ил-6, но не до уровня у здоровых лиц, отмечалось только у 20,0% больных.

Таким образом, результаты исследования показали, что иммунопатогенез психических и по-

веденческих расстройствах вследствие употребления психоактивных веществ характеризовался снижением параметров иммунореактивности и дисбалансом иммунорегуляторных механизмов. Необходимость включения иммунокорригирующей терапии в комплекс лечебных мероприятий демонстрировалась недостаточным модулирующим эффектом психотерапии.

Литература:

1. Woodside A.B. Serotonin in psychiatric illness // Biol. Psychiatry. – 2007. – Vol. 2. – P. 858–860.
2. Weng X., Yu–Shin Ding, Volkow N.D. Imaging the functioning human brain // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. – 2008. – Vol. 96, № 20. – P. 1073–1074.

DEPRESSIONS AND SUICIDE BEHAVIOUR AT PATIENTS WITH DEPENDENCE ON PSYCHOACTIVE AGENTS FROM THE POINT OF VIEW OF IMMUNOREGULATORY MECHANISMS

A.Yu. Tolstikova, N.I. Raspopova

Kazakh National Medical University named
after S.D. Asfendiyarov, Almaty

Research of cytokine status at the patients with depressive disorders showed the presence of immunoregulatory mechanisms' disbalance. The necessity of inclusion immunocorrective therapies to the complex of therapeutic measures was demonstrated by the research's results.

Keywords: depression, cytokin status, immune - regulation, immune-corrective therapy.

УДК: 615.851

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Б.Ю. Приленский, А.В. Приленская

ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Приленский Борис Юрьевич – д.м.н., профессор. Место работы и должность: заведующий кафедрой медицинской психологии и психотерапии ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. E-mail: prilensk@mail.ru

Приленская Анна Владимировна – к.м.н. Место работы и должность: доцент кафедры медицинской психологии и психотерапии ГОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54.

Проанализированы механизмы развития психосоматических расстройств и обобщен опыт применения телесноориентированной и трансперсональной психотерапии при лечении психосоматической патологии.

Ключевые слова: психосоматические расстройства, телесноориентированная, трансперсональная психотерапия

Современный период развития общества будет сопровождаться неуклонным ростом стрессового воздействия на человека. Неблагоприятные геополитические, экономические и социальные процессы, негативное воздействие средств массовой информации, постоянная гонка за достижениями, рост конкуренции, нехватка времени, неумение организовать отдых приводит к значительному росту уровня напряжения. В культуре фактически утрачены навыки совладания со стрессом. Низкая физическая активность не позволяет испытать «мышечную радость» и снять напряжение.

Доля пациентов со стрессозависимыми расстройствами также неуклонно будет расти [2, 3].

Отмечается, что до 60% больных, посещающих поликлиники и находящихся в соматических стационарах, нуждаются в помощи психотерапевта. К сожалению, современная система оказания медицинской помощи не уделяет должное внимание этим больным, поскольку штатный психотерапевт в поликлинике и в соматическом стационаре, скорее всего исключение из правил. К сожалению, оптимизация системы здравоохранения не лучшим образом складывается на ситуации.

Говоря об психосоматических расстройствах, мы имеем в виду, прежде всего, неврозы, отнюдь не безобидное расстройство с учетом негативных социально-психологических последствий. Аддик-

тивное или зависимое поведение лежит в основе развития избыточного веса, курения, алкоголизма, игромании, компьютерной зависимости и т.д. [7, 9].

Психосоматические заболевания (бронхиальная астма, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, остеохондроз, дискинезия желчевыводящих путей и т.д.) занимают особое место среди стрессозависимых нарушений [4, 5, 6]. Соматический фасад заболевания мешает разглядеть этиопатогенетические механизмы. В любом современном учебнике по терапии психологические механизмы возникновения такой патологии могут в лучшем случае упоминаться лишь где-то в конце списка этиологических факторов.

Система оказания помощи таким пациентам не предусматривает оказание психотерапевтической помощи. В лучшем случае врач может ограничиться рекомендациями успокоиться, взять себя в руки. Рекомендуемый приём транквилизаторов или антидепрессантов смягчает уровень имеющихся переживаний, но не влияет на имеющиеся этиопатогенетические механизмы развития психосоматического заболевания.

Важнейшей задачей при работе со стрессозависимыми расстройствами является высвобождение накопившихся эмоций, снятие мышечных зажимов с восстановлением микроциркуляции в тканях и органах, восстановлением местного иммунитета.

Психосоматическая природа патологии внутренних органов определяется у 48,3% пациентов терапевтического отделения (U.Stur, A.Нааг, 1989). В этиологии психосоматических расстройств значительную роль играют эмоциональные расстройства. Накопившиеся негативные переживания вытесняются в бессознательное и продолжают при этом влиять на деятельность органов и систем, поддерживая напряжение в гладкой и поперечнополосатой мускулатуре.

Для пациентов с психосоматическими расстройствами характерной чертой личности является подавление эмоциональных реакций в виде так называемой алекситимии (неспособность свободно выражать и осознавать эмоции). Современное цивилизованное общество не приветствует свободное выражение эмоций. Принято считать, что эмоции – это удел людей слабых, невоспитанных, в результате чего у многих с детства

формируется привычка подавлять различные переживания.

Известно, что любая эмоция – это не только наблюдаемые изменения в поведении (мимика и пантомимика), но и обширная гамма внутренних переживаний, чаще всего тщательно скрываемая от окружающих. Эмоциональная реакция сопровождается разнообразными изменениями в физиологических процессах в организме. Это и нейрогуморальные сдвиги, приводящие к изменению обмена веществ в органах и тканях. Эмоциональная реакция сопровождается изменением тонуса мускулатуры (гладкой и поперечнополосатой). Эти соматические изменения особенно становятся выраженными и продолжительными, если переживаемые эмоции подавляются, сдерживаются и накапливаются.

Как подчеркивает основоположник телесно-ориентированной психотерапии Вильгельм Райх [8], неотрагированные эмоции приводят к образованию хронических мышечных зажимов (блоков). Мышечные зажимы составляют так называемую броню характера, отражающую индивидуальные особенности эмоционального реагирования. Мышечные блоки формируются как в поперечнополосатой, так и в гладкой мускулатуре.

Эти мышечные блоки могут причиной различных психосоматических нарушений – на начальном этапе приводят к гемодинамическим сдвигам, нарушению моторики в гладкой мускулатуре, лимфостазу, ухудшению питания, гипоксии. Страдает местный иммунитет, развиваются неизбежные дегенеративные изменения.

К сожалению, в медицинской практике не принято обращать внимание на доклинические и функциональные расстройства. Нередко поэтому на психосоматического пациента вначале, на стадии функциональных расстройств наклеивается ярлык ипохондрика, невротика, симулянта, хотя именно на ранних стадиях помощь при психосоматической патологии наиболее эффективна.

Представляется целесообразным учитывать эти этиопатогенетические факторы в лечении и реабилитации пациентов с широко распространенными и трудноизлечимыми психосоматическими заболеваниями

За двадцатилетний период нами накоплен большой опыт (около 1500 наблюдений) применения психотерапии в процессе лечения больных с психосоматической патологией. Глубинная психотерапевтическая работа позволяет более эф-

фективно устранить первопричину психосоматических заболеваний, поскольку направлена на основные патогенетические звенья психосоматической патологии.

Психические травмы, острые или хронические, в глубинах бессознательного образуют так называемую систему конденсированного опыта [1]. К нему относятся совокупность телесных страданий, пережитых и вытесненных эмоций и чувственного опыта. Психологические защиты надёжно охраняют сознание от травматичного опыта, но не позволяют обеспечить гармоничное равновесие в работе органов и систем. Психические травмы, окружённые валом психологических защит, продолжают являться причиной тревоги, приводят к нарушениям сна, вызывают вегетативные и нейрогуморальные сдвиги, приводящие к расстройствам в работе органов и систем.

На первом этапе работы с психосоматическими пациентами, проводимой преимущественно в группе, нами применяется телесноориентированная психотерапия, основанная на идеях В. Райха и А. Лоуэна. Упражнения направлены на осознание тела, устранение напряжения и тревоги, высвобождение заблокированных эмоций. В группе постепенно возникает атмосфера доверия и безопасности. Нередко переживания в процессе работы были связаны с детским опытом (отношения с родителями, чувство одиночества или защищённости). В результате целенаправленной работы с телом последовательно снималось напряжение. Пациентам предлагалось свободно выражать возникающие эмоции, что служило необходимым условием освобождения от мышечных зажимов.

Для достижения терапевтических целей тело постепенно начинало «включаться» в область осознания пациента, что позволяло «разморозить» заблокированные чувства. Без осознания телесных потребностей невозможно гармоничное взаимоотношение рационального, эмоционального и телесного в человеке. Своевременное удовлетворение естественных потребностей здорового тела – это залог его долгого оптимального функционирования.

Цель телесноориентированной терапии – это освобождение от хронического мышечного и эмоционального напряжения и возвращение способности к переживанию широкой гаммы естественных чувств.

Трансперсональная психотерапия применялась для освобождения глубин бессознательного от так называемой «системы конденсированного опыта» [1]. Накопленные эмоции, тесно связанные с соматическими ощущениями и телесными реакциями, объединяются в эту систему, которая лежит в основе психосоматических расстройств.

Интенсивные дыхательные технологии в сопровождении специально подобранных музыкальных программ позволяют пациенту войти в состояние измененного сознания, в котором «проживается» психотравмирующий опыт, что позволяет осознать и проработать психические травмы. Это требуется для достижения проработки системы конденсированного опыта, своеобразного конгломерата, в котором могут быть связаны схожие события из разных этапов жизни. В процессе проработки важным компонентом является освобождение от накопившихся эмоций, а также целенаправленная работа с телом. Интенсивные дыхательные технологии, применяемые в работе, позволяют в особом состоянии сознания проработать бессознательный материал.

Применяемый психотерапевтический комплекс в результате ликвидирует психологический конфликт, помогает выплеснуть накопившиеся эмоции и выработать более эффективные стратегии поведения. Иными словами, трансперсональная и телесноориентированная психотерапия разрешают противоречия в психологических «программах» пациента, которые лежат в основе физиологических и морфологических нарушений. Важно подчеркнуть, что применяемая схема психотерапевтической работы позволяет добиться значительного улучшения не только в психическом состоянии психосоматического больного, но и оказать существенную помощь в терапии соматического страдания.

Катамнестические наблюдения дают основания говорить о достаточно высокой эффективности предлагаемой психотерапевтической схемы в реабилитации психосоматических больных.

Таким образом, мы считаем, что для эффективной терапии психосоматической патологии следует наладить тесные взаимоотношения терапевтов и психотерапевтов. Может быть, есть смысл в организации психосоматического отделения. Кроме того, представляется повышения уровня знаний терапевтов и врачей общей практики в области психотерапии.

Литература:

1. Гроф С. Психология будущего. Уроки современных исследований сознания. – М.: Изд-во Института трансперсональной психологии, 2001. – 458 с.
2. Захаров С.Е., Валиев В.В., Жужуленко П.Н., Кривда Г.Ф., Розанов В.А. Мониторинг суицидальных попыток и завершённых суицидов в городе Одессе – рост среди наиболее молодой части населения // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 5. – С. 25-26.
3. Зотов П.Б. Суицидальные попытки в г. Тюмени и юге Тюменской области в 2013 году // Академический журнал Западной Сибири. – 2014. – Том 10, № 1. – С. 25-26.
4. Карнута Г.Г. Современные аспекты диагностики и лечения синдрома раздражённого кишечника // Академический журнал Западной Сибири. – 2013. – Том 9, № 6. – С. 67-68.
5. Ковалев Ю.В. Психогенез гипертонической болезни и особенности внутриличностных конфликтов // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 3. – С. 37-38.
6. Костогрыз М.А., Корнилов А.А., Агафонова Т.Н. Особенности психологического статуса больных бронхиальной астмой // Академический журнал Западной Сибири. – 2008. – № 3. – С. 19-20.
7. Меринов А.В. К вопросу диагностики суицидального поведения при алкогольной зависимости у мужчин // Суицидология. – 2012. – № 2. – С. 21-24.
8. Райх В. Анализ характера // Телесно-ориентированная психотерапия. – СПб, 2000. – С. 40-53.
9. Родяшин Е.В., Зотов П.Б., Габсальямов И.Н., Уманский М.С. Алкоголь среди факторов смертности от внешних причин // Суицидология. – 2010. – № 1. – С. 21-23.

Транслитерация:

1. Grof S. Psihologija budushhego. Uroki sovremennyh issledovaniy soznaniya. – M.: Izd-vo Instituta transpersonal'noj psihologii, 2001. – 458 s.
2. Zaharov S.E., Valiev V.V., Zhuzhulenko P.N., Krivda G.F., Rozanov V.A. Monitoring suicidal'nyh popytok i zavershennyh suicidov v gorode Odesse – rost sredi naibolee molodoy chasti naseleniya // Academic Journal of West Siberia. – 2012. – № 5. – S. 25-26.
3. Zotov P.B. Suicidal'nye popytki v g. Tjumeni i juge Tjumenskoj oblasti v 2013 godu // Academic Journal of West Siberia. – 2014. – Vol. 10, № 1. – S. 25-26.
4. Karnuta G.G. Sovremennye aspekty diagnostiki i lecheniya sindroma raz-drazhennogo kishechnika // Academic Journal of West Siberia. – 2013. – Vol. 9, № 6. – S. 67-68.
5. Kovalev YU.V. Psihogenez gipertonicheskoy bolezni i osobennosti vnutrilichnostnyh kon-fliktov // Academic Journal of West Siberia. – 2012. – № 3. – S. 37-38.
6. Kostogryz M.A., Kornilov A.A., Agafonova T.N. Osobennosti psihologicheskogo statusa bol'nyh bronhial'noj astmoj // Academic Journal of West Siberia. – 2008. – № 3. – S. 19-20.
7. Merinov A.V. K voprosu diagnostiki suicidal'nogo povedeniya pri alkogol'noj zavisimosti u muzhchin // Suicidology. – 2012. – № 2. – S. 21-24.
8. Rajh V. Analiz haraktera // Telesno-orientirovannaja psihoterapija. – SPb, 2000. – S. 40-53.
9. Rodjashin E.V., Zotov P.B., Gabsaljamov I.N., Umanskij M.S. Alkogol' sredi faktorov smertnosti ot vneshnih prichin // Suicidology. – 2010. – № 1. – S. 21-23.

PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACHES IN PSYCHOSOMATIC MEDICINE

B. Yu. Prilensky, A.V. Prilenskaya

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

Analyze the mechanisms of development of psychosomatic disorders and summarizes the experience of applying externally oriented and transpersonal psychotherapy in the treatment of psychosomatic disorders.

Keywords: psychosomatic disorders, externally oriented, transpersonal psychotherapy.

ДИАЛИЗНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ: КЛИНИКО - ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ ГРАНИ ОДНОГО ХАРАКТЕРА

О.А. Прилепская, О.А. Кичерова, А.В. Борисюк, Л.И. Рейхерт

ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Прилепская Олеся Александровна – ассистент кафедры нервных болезней ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. E-mail авторов: Prilepskaya.o@yandex.ru

Кичерова Оксана Альбертовна – д.м.н. Место работы и должность: заведующая кафедрой нервных болезней ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. Тел.: 8 (3452) 44-81-92. E-mail: pan1912@mail.ru

Борисюк Андрей Валерьевич – к.м.н. Место работы и должность: руководитель филиала «Нефросовет» в г. Тюмени. Адрес: 625048, г. Тюмень, ул. Советская, д. 65, корп. 2.

Рейхерт Людмила Ивановна – д.м.н. Место работы и должность: профессор кафедры нервных болезней ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: г. Тюмень, ул. Одесская, д.54. Главный невролог г. Тюмени, председатель региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация неврологов Тюменской области».

В статье рассмотрены основные патогенетические механизмы развития диализной энцефалопатии, особенности клинических проявлений неврологических синдромов в зависимости от доминирующего патогенетического механизма, способы их немедикаментозной и медикаментозной коррекции. Данная статья будет интересна большому кругу врачей клинических специальностей, оказывающим медицинскую помощь больным терминальной почечной недостаточностью, получающим терапию программным гемодиализом.

Ключевые слова: диализная энцефалопатия, программный гемодиализ, основные патогенетические механизмы, клиническая манифестация неврологических синдромов.

Диагностика, лечение и профилактика неврологических расстройств у больных терминальной почечной недостаточностью (ТПН), получающих терапию программным гемодиализом (ПГ), представляет собой довольно сложную задачу, с которой приходится сталкиваться в повседневной работе врачам диализных отделений. Трудности в лечении этих нарушений связаны с несколькими основными причинами: с тяжестью основного заболевания, со стертостью и атипичными клиническими проявлениями осложнений, затрудняющих их своевременную диагностику, с невозможностью выполнить полный комплекс лечебно-диагностических мероприятий в связи с тяжестью больного по основному заболеванию. Осложняет задачу также и то, что лечением данного контингента больных занимаются нефрологи и урологи, плохо владеющие вопросами неотложной неврологии, а для невролога диагностика и лечение неврологических расстройств у данной категории пациентов представляет определенные сложности ввиду того, что он, как правило, плохо информи-

рован о специфике ведения пациентов ТПН, получающих терапию ПГ [1].

Одним из наиболее часто встречающихся неврологических осложнений ТПН при проведении ПГ является диализная энцефалопатия (ДЭ). ДЭ представляет собой поликомпонентное в отношении патогенетических механизмов развития патологическое состояние [12]. Определение в каждой конкретной клинической ситуации ведущего клинко-патогенетического модуля (КПГМ) позволяет облегчить практическому врачу задачу лечения и диагностики ДЭ.

Условно для удобства работы практических врачей эти патогенетические механизмы развития разделены на несколько модулей. Ниже мы подробнее рассмотрим каждый из клинко - патогенетических модулей и способы коррекции расстройств, вызываемых патогенетическими механизмами внутри каждого из них.

По данным немногочисленных литературных источников развитие ДЭ связано с накоплением алюминия в сером веществе головного мозга, а

сама ДЭ трактуется авторами как хроническая интоксикация центральной нервной системы (ЦНС) алюминием [15] и рассматривается как расстройство метаболических процессов в нейронах и нейроглии. В нейронах алюминий связывается с РНК, вследствие чего нарушается синтез белка, а также с ДНК, что изменяет процессы транскрипции генов и снижает продукцию и полимеризацию нейротубулина, и уменьшает образование в клетках микротрубочек. Последние обеспечивают доставку в дистальные дендриты нейромедиаторов и ферментов, в частности цитозольной и митохондриальной гексокиназы, обеспечивающей гликолиз и утилизацию глюкозы нервными клетками, и дегидроптеринредуктазы, за счет которой образуются нейромедиаторы в головном мозге (Wen G., Wisnewski H., 1985; Pergu F. и соавт., 1985; Altmann P., 1987).

Основными проявлениями данного клинко-патогенетического модуля являются синдром когнитивных нарушений вплоть до развития диализной деменции, и нейроповеденческий синдром, проявляющий себя дезориентацией, психомоторным возбуждением, нарушением сознания вплоть до комы, развитием делирия и расстройств речи. Снижение когнитивной функции у пациентов ТПН, получающих терапию ПГ, опережает таковое у людей одинаковой возрастной группы в общей популяции (Musolino R. и соавт., 1992). ДЭ, связанную с интоксикацией алюминием, диагностируют на основании клинических данных и обнаружения гипералюминемии, в то время как изменений при проведении нейровизуализации и исследований ликвора не обнаруживается. Факторами, ускоряющими развитие клинических проявлений данного модуля, являются лечение глюкокортикостероидами, препаратами, используемыми для контроля гиперфосфатемии, применение антацидов, содержащих алюминий, иммобилизация и оперативные вмешательства. Так как коррекция синдрома когнитивных нарушений ингибиторами ацетилхолинэстеразы и препаратами мемантина часто признается неэффективной у этой категории больных, большое значение придается профилактике развития проявлений данного модуля, которая сводится к коррекции факторов прогрессирования, использовании безалюминиевого диализирующего раствора, обязательной очистке водопроводной воды от алюминия обратным осмосом. При развитии диализной деменции трансплантация донорской почки может приве-

сти практически к полному исчезновению симптомов.

Именно при заболеваниях почек сочетание артериальной гипертензии, перемежающейся гипергидратации, повышенной проницаемости капилляров, гипоксии центральной нервной системы, обусловленной анемией и сердечной недостаточностью, утратой на фоне ацидоза способности мозговых сосудов к ауторегуляции кровотока, электролитные расстройства приводят к формированию клинических проявлений дисциркуляторного клинко-патогенетического модуля.

Важнейшим патогенетическим механизмом развития дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭП) у больных ТПН является артериальная гипертензия, которая по нашим собственным данным встречается у 100% больных ТПН, получающих терапию ПГ. Развитие артериальной гипертензии (АГ) связано с задержкой жидкости в организме на фоне снижения диуреза, с выбросом в кровь значительного количества ренина, который запускает сложный механизм активации ренин – ангиотензин – альдостероновой системы, приводящей к повышению общего периферического сопротивления сосудов [4, 5, 8]. Длительное повышение уровня артериального давления приводит к тотальному повреждению сосудов головного мозга. По мере прогрессирования заболевания стенки артерий пропитываются белковыми фракциями [6], что приводит к склерозированию церебральных артерий, а в сочетании с другими факторами риска сосудистых событий (дислипидемия, гиперинсулинемия, нарушение толерантности к глюкозе, сердечного ритма, патология свертывающей системы крови) – к развитию острых и хронических нарушений мозгового кровообращения [2].

Следует отметить, что гиперхолестеринемия, определяемая у 90% больных ТПН, получающих терапию ПГ, является важным этиологическим фактором развития и прогрессирования хронической ишемии головного мозга, а при нарушении функции почек выявлена U-образная зависимость между уровнем холестерина и летальностью [16]. Снижение холестерина в крови сопровождается повышением сердечно - сосудистой смертности у пациентов ТПН, а в условиях хронической тяжелой уремии дополнительно к выше описанным факторам риска сосудистых событий развивается тромбоцитопения, которая приводит к увеличению времени кровотечения с высокой вероятностью

стью развития спонтанных внутримозговых кровоизлияний.

Клиническая картина дисциркуляторного клинико - патогенетического модуля [9, 11] складывается из суммы субъективных симптомов и объективно выявляемых при осмотре синдромов: цефалгического, дискоординаторного, псевдобульбарного, пирамидного, амиостатического, диссомнического, синдрома эмоционально - аффективных расстройств. В отличие от «классической» хронической ишемии мозга при развитии дисциркуляторного модуля у больных ТПН, получающих терапию ПГ, практически не встречается ступенеобразный и стадийный тип развития клинических симптомов. Вся яркость клинической картины «почечной» ДЭП зависит от объема фильтрации воды на сеансе ПГ, уровня АД при входе и на выходе из процедуры ПГ, даты начала ПГ по отношению к стажу почечного заболевания, применения лекарственных средств в протоколе процедуры ПГ (гепарин, эуфиллин, кофеина бензоат натрия, β -блокаторы, витамины группы В, концентрированный раствор глюкозы).

Основой профилактики и лечения клинических появлений дисциркуляторного КППМ являются мероприятия первичной и вторичной профилактики сосудистых мозговых событий, которые подобно освещены в соответствующих методических руководствах [2]. Практическому врачу следует помнить, что при назначении медикаментозной терапии больным, проходящим до нескольких раз в неделю сеансы ПГ, требуется учитывать факт фильтрации медикамента аппаратом гемодиализа, процент его связывания с белками плазмы, нефротоксические эффекты и период полужизни в плазме крови.

Нами при изучении литературных источников, посвященных вопросам неврологических осложнений у больных ТПН, получающим терапию ПГ, выделены еще 2 КППМ: дефицитарный и демиелинизирующий [10, 13].

Случаи развития клинических проявлений дефицитарного КППМ редки, встречаются лишь тогда, когда имеет место несбалансированность питания больного (вегетарианство, самовольный отказ от еды в суицидальных целях), прием алкогольсодержащих напитков и медикаментов на основе этилового спирта, использование петлевых диуретиков (фуросемидзависимая почка), дегидратация (рвота, диарея, гипертермия). В основе появления данного КППМ лежит потеря во-

дорастворимых витаминов группы В [7], что уменьшает их концентрацию в нервной ткани и ведет к развитию дефицитарных состояний, проявляющихся диффузными парестезиями, синдромом мышечной утомляемости, нейропатическими болями при вовлечении болевых проводников, сенситивной атаксией, синдромом ночной почечной атаксии. Коррекция патологических синдромов дефицитарного КППМ заключается в назначении комбинации водо- и жирорастворимых витаминов группы В в режиме: водорастворимый витамин – после сеанса ПГ, жирорастворимый витамин – перманентно, курсом. Режимные мероприятия и обучение пациентов и врачей, которому в диализных центрах Тюмени уделяется большое внимание, привели к тому, что на практике наблюдаются лишь стертые варианты данного КППМ.

О демиелинизирующем КППМ встает вопрос только в случаях, когда у пациента в клинической картине преобладают расстройства со стороны периферической нервной системы или сочетание последних с поражением центральной нервной системы. Ряд исследователей зарегистрировали накопление при уремии миоинозитола, метилгуанидина и фенольных производных – полиаминов, факторов, влияющих на активность транскетолаз нервной ткани, которые в свою очередь отвечают за метаболизм миелина, поддержание и сохранение миелиновых цилиндров [3]. При проведении сеансов ПГ скорость элиминации этих токсических веществ ниже, чем скорость выведения продуктов азотистого обмена, а в междиализный период их концентрация в крови растет быстрее, чем мочевины и креатинина, поэтому клинические проявления демиелинизирующего КППМ наиболее отчетливы в междиализный период. Кардинальным решением проблемы является трансплантация донорской почки вследствие способности последней метаболизировать токсические субстанции.

В данной статье мы не рассматриваем крайне редко встречающиеся патогенетические механизмы формирования ДЭ (накопление аммония вследствие многодневных запоров, использование неадекватных программ фильтрации, острые кровопотери из артериовенозных фистул), так как они не играют основной роли в выраженности неврологических расстройств.

Таким образом, практический врач при работе с пациентом с ТПН, получающим терапию ПГ,

должен четко представлять патогенетический механизм формирования отдельных клинических синдромов ДЭ. Выделение в клиническом течении КПГМ позволит упростить данную задачу и

повысить качество оказания медицинской помощи такой сложной и неоднозначной категории пациентов.

Литература:

1. Клинический диализ: руководство / С. Ахмад; пер. с англ., под ред. Е.А. Стецюка. – М.: Логосфера, 2011. – 304 с.
2. Кичерова О.А., Побеляцкий С.И., Орлова Е.Б., Кудряшов А.А., Дурова М.В. Меры по вторичной профилактике мозгового инсульта на основании анализа значимости факторов риска инсульта в г. Салехарде // Медицинская наука и образование Урала. – 2014. – № 2, вып. 2 (78). – С. 101-103.
3. Кичерова О.А., Быченко С.М., Маркина О.Л. Роль нарушений метаболизма в механизмах формирования демиелинизирующего процесса при рассеянном склерозе // Медицинская наука и образование Урала. – 2012. – № 1, вып. 1 (69). – С. 15-18.
4. Николаев А.Ю. Особенности диализной гипертензии // Нефрология. – 2000. – № 4 (1). – С. 96-98.
5. Bianch G. Hypertension in chronic renal failure and end-stage renal disease patients treated with haemodialysis or peritoneal dialysis // Nephrol. Dial. Transplant. – 2000. – № 15. – С. 105-110.
6. Blacher J., Guerin A.P., Pannier B. et al. Arterial calcifications, arterial stiffness and cardiovascular risk in end-stage renal disease // Hypertension. – 2001. – Vol. 38. – P. 938-942.
7. Boston A.G., Shemin D., Lapane K.L. et al. High dose B-vitamin treatment of hyperhomocysteinemia in dialysis patients // Kidney Int. – 1996. – Vol. 49. – P. 147-152.
8. Compese V.M., Chervu I. Hypertension in Dialysis Patients // Principles and practice of dialysis / W.L. Henrich, M.D. Williams, Wilkins (eds.). – 1994. – P. 148-170.
9. Culleton B.F., Larson M.G., Willson P.W.F. et al. Cardiovascular disease and mortality in a community-based cohort with mild renal insufficiency // Kidney Int. – 1999. – Vol. 56. – P. 2214-2219.
10. John T., Dandirdas., Kunig P., Neyer U. et al. Neurological disease of Renal Failure // Neurology and general medicine. – 3rd ed. – 2002. – P. 131-142.
11. London G.M. Pathophysiology of cardiovascular damage in the early renal population // N.D.T. – 2001. – Vol. 16, Suppl. 2. – P. 3-6.
12. Nathan E., Penersen S.E. Dialysis encephalopathy // Acta. Paediat. Scand. – 1980. – № 69. – P. 793-796.
13. Raskin Neil H. Neurological Aspects of Renal Failure // Neurology and general medicine / Ed. By M.J. Aminoff. – 3rd ed. – 2001. – P. 231-246.
14. Savazzi G.M., Cusmano F., Musini S. Cerebral imaging changes in patients with chronic renal failure treated conservatively or in hemodialysis // Nephron. – 2001. – № 89. – P. 31-36.

Транслитерация:

1. Klinicheskij dializ: rukovodstvo / S. Ahmad; per. s angl., pod red. E.A. Stecjuka. – M.: Logosfera, 2011. – 304 s. (In Russ)
2. Kicherova O.A., Pobeljackij S.I., Orlova E.B., Kudrjashov A.A., Durova M.V. Mery po vtlichnoj profilaktike mozgovogo insul'ta na osnovanii analiza znachimosti faktorov riska insul'ta v g. Saleharde // Medicinskaja nauka i obrazovanie Urala. – 2014. – № 2, vyp. 2 (78). – S. 101-103. (In Russ)
3. Kicherova O.A., Bychenko S.M., Markina O.L. Rol' narushenij metabolizma v mehanizmah formirovanija demielinizirujushhego processa pri rassejanom skleroze // Medicinskaja nauka i obrazovanie Urala. – 2012. – № 1, vyp. 1 (69). – S. 15-18. (In Russ)
4. Nikolaev A.Ju. Osobennosti dializnoj gipertonii // Nefrologija. – 2000. – № 4 (1). – S. 96-98. (In Russ)
5. Bianch G. Hypertension in chronic renal failure and end-stage renal disease patients treated with haemodialysis or peritoneal dialysis // Nephrol. Dial. Transplant. – 2000. – № 15. – С. 105-110.
6. Blacher J., Guerin A.P., Pannier B. et al. Arterial calcifications, arterial stiffness and cardiovascular risk in end-stage renal disease // Hypertension. – 2001. – Vol. 38. – P. 938-942.
7. Boston A.G., Shemin D., Lapane K.L. et al. High dose B-vitamin treatment of hyperhomocysteinemia in dialysis patients // Kidney Int. – 1996. – Vol. 49. – P. 147-152.
8. Compese V.M., Chervu I. Hypertension in Dialysis Patients // Principles and practice of dialysis / W.L. Henrich, M.D. Williams, Wilkins (eds.). – 1994. – P. 148-170.
9. Culleton B.F., Larson M.G., Willson P.W.F. et al. Cardiovascular disease and mortality in a community-based cohort with mild renal insufficiency // Kidney Int. – 1999. – Vol. 56. – P. 2214-2219.
10. John T., Dandirdas., Kunig P., Neyer U. et al. Neurological disease of Renal Failure // Neurology and general medicine. – 3rd ed. – 2002. – P. 131-142.
11. London G.M. Pathophysiology of cardiovascular damage in the early renal population // N.D.T. – 2001. – Vol. 16, Suppl. 2. – P. 3-6.
12. Nathan E., Penersen S.E. Dialysis encephalopathy // Acta. Paediat. Scand. – 1980. – № 69. – P. 793-796.
13. Raskin Neil H. Neurological Aspects of Renal Failure // Neurology and general medicine / Ed. By M.J. Aminoff. – 3rd ed. – 2001. – P. 231-246.
14. Savazzi G.M., Cusmano F., Musini S. Cerebral imaging changes in patients with chronic renal failure treated conservatively or in hemodialysis // Nephron. – 2001. – № 89. – P. 31-36.

15. Sideman S., Manor D. The dialysis dementia syndrome and aluminum intoxication // *Nephron*. – 1982. – № 31. – P. 1-10.
16. Zindner A., Charra A., Sherrard D.J., Scribner B.H. Accelerated atherosclerosis in prolonged maintenance hemodialysis // *New Engl. J. Med.* – 1974. – Vol. 290. – P. 697.
15. Sideman S., Manor D. The Dialysis Dementia Syndrome and Aluminum Intoxication // *Nephron*. – 1982. – № 31. – P. 1-10.
16. Zindner A., Charra A., Sherrard D.J., Scribner B.H. Accelerated atherosclerosis in prolonged maintenance hemodialysis // *New Engl. J. Med.* – 1974. – Vol. 290. – P. 697.

DIALYSIS ENCEPHALOPATHY: CLINICAL – PATHOGENETIC FACETS OF NATURE

O. Prilepskaya, O. Kicherova, A. Borisiuk, L. Reyichert

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

In the article the basic pathogenetic mechanisms of dialysis encephalopathy, clinical manifestations of neurological syndromes, depending on the dominant pathogenetic mechanism, methods of non – pharmacological and pharmacological correction. This article will be interesting for a large range of clinical specialties of doctors who provide medical care to patients stage renal disease receiving hemodialysis therapy program.

Keywords: dialysis encephalopathy, stage renal disease, hemodialysis therapy program, basic pathogenetic mechanisms, clinical manifestations of neurological syndromes.

УДК: 616.89-008.444.9

ПОВТОР «СЛУЧАЙНЫХ» ПРОИСШЕСТВИЙ КАК ЛАТЕНТНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Т.А. Мединцева, С.Ф. Карпушина, А.Г. Котов, Н.Л. Меринов

ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России, г. Рязань, Россия

ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова», г. Рязань, Россия

ГАУЗ МО «Одинцовский наркологический диспансер», г. Одинцово, Россия

Контактная информация:

Мединцева Татьяна Александровна – студентка шестого курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Рязанский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России. Адрес: г. Рязань, ул. Высокосовольная, д. 9. E-mail: tatiana_medentseva@mail.ru

Карпушина Светлана Федоровна – заведующая вторым отделением ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова». Адрес: г. Рязань, ул. Баженова, д. 35. Телефон: (4912) 75-37-33. E-mail: karpushina63@mail.ru

Котов Альберт Георгиевич – заведующий шестым отделением ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая больница им. Н.Н. Баженова». Адрес: г. Рязань, ул. Баженова, д. 35. Телефон: (4912) 75-33-81. E-mail: rokpb@mail.ru

Меринов Николай Львович – заведующий амбулаторным отделением ГАУЗ МО «Одинцовский наркологический диспансер». Адрес: г. Одинцово, ул. Можайское шоссе, д. 55. E-mail: nikmerinov@gmail.com

Работа посвящена изучению такого феномена, как повтор «случайных» происшествий в качестве одной из латентных характеристик аутоагрессивного поведения, которое является весомой психиатрической проблемой, требующей коррекции. Зачастую, некоторые происшествия из жизни пациента, не относят к проявлению аутоагрессии, и данные случаи остаются без внимания. В данной статье мы привели наглядные примеры, которые демонстрируют, что некоторые «случайности» в жизни человека могут иметь вполне логичное объяснение с позиции аутоагрессии. В этом ключе также рассмотрены и изучены рискованно-виктимные паттерны и патология соматической сферы, выявленные при работе с женами мужчин, страдающих хроническим алкоголизмом. Проведя анализ приведенных данных, мы смогли сделать вывод о том, что подобные жизненные «случайности» могут быть появлением аутодеструктивных установок личности, что требует пристального внимания в контексте суицидологии.

Ключевые слова: аутоагрессивное поведение, суицид, алкогольная зависимость.

Под термином аутоагрессивное поведение (АП), обычно понимается осознаваемая или неосознаваемая активность, которая направлена на причинение себе вреда в физической, психической, социальной и духовной сферах [1]. То есть любые действия, укладывающиеся в это определение, по сути, являются аутодеструктивными. И если такие варианты АП, как завершённый суицидальный акт или парасуицид не вызывают сомнений, то некоторые несуйцидальные аутодеструктивные феномены, по мнению некоторых исследователей, занимают довольно спорное место в феноменологии АП [3].

Наиболее часто это касается принадлежности акцепции соматических заболеваний, хирургической патологии, вариантов виктимного поведения (подверженность физическому и сексуальному насилию, различным несчастным случаям) и т.д. [16, Солдаткин].

Основным аргументом противников аутоагрессивного происхождения данных феноменов является распространённость их у населения в целом, спорадический и зачастую однократный характер. Весьма сложно оспаривать случайность ситуации, когда человек вышел в поле и погиб от падения на него парашютиста с нераскрывшимся парашютом, или заболел гриппом во время эпидемии. Однако если человек располагает информацией о потенциальной опасности имеющейся ситуации (зная, что в данной местности падение парашютистов – обычное дело), продолжает прогуливаться по полю, как ни в чём не бывало, – это уже наводит на размышления. Таким образом, приходится констатировать, что в настоящее время отсутствует четкая граница между АП и другим, похожим на него, поведением, которое не носит аутоагрессивный характер. Иными словами, между феноменом и его трактовкой не всегда

можно ставить знак равенства как в случае завершённого суицида [14, 15]

Следует подчеркнуть, что, действительно, содержательно эти феномены будут схожи (двух мужчин на протяжении жизни *избили*, первого один раз, второго 100 раз). Однако, посмотрев на них с позиции процессуального подхода, мы увидим, что это совершенно разные ситуации. Подобное повторение «случайных» избиений и т.п. приводит нас к мысли об их неслучайном происхождении [6, 9].

В данном контексте нам представляется любопытным рассмотреть различные варианты «случайностей», которые были выявлены нами при работе с женами мужчин, болеющих хроническим алкоголизмом (ЖМБА), так как, нашим данным, эта категория женщин часто имеет аутоагрессивную направленность [2, 4, 9].

С этой целью нами были обследованы 62 женщины, состоявшие в браке с мужчиной страдающим алкогольной зависимостью, средний возраст в группе составил $39,6 \pm 4,6$ года. А также аналогичную по численности и возрастной характеристике группу женщин, состоящих в браке с мужчиной без алкогольных проблем. В качестве основного метода исследования использовался опросник для выявления аутоагрессивных паттернов и их предикторов [3]. Для обработки результатов использовались параметрические и непараметрические методы с использованием программы STATISTICA 7.0.

Были получены следующие результаты. В первую очередь, обращает на себя внимание достоверное накопление у ЖМБА различных вариантов несчастных случаев, травматической патологии, подверженности физическому и сексуальному насилию, что отражено в таблице 1.

Таблица 1

Результаты сравнения ЖМБА и жен из неалкогольных браков по представленности у них рискованно-виктимных паттернов

Критерии	ЖМБА, %	Жены из «неалкогольных» браков, %	P<
Несчастные случаи ранее последних двух лет	32,3	6,45	0,01
Подверженность насилию ранее последних двух лет	32,3	9,67	0,05
Подверженность насилию в последние два года	22,58	0	0,01
Переломы костей ранее двух последних лет	38,7	12,9	0,02
ЧМТ ранее последних двух лет	29,03	6,45	0,02
ЧМТ в последние два года	9,67	0	0,02

Результаты сравнения ЖМБА и жен из «неалкогольных» браков по критериям поражения соматической сферы

Критерии	ЖМБА, %	Жены из «неалкогольных» браков, %	P<
Наличие хронических заболеваний (двух и более)	45,2	16,13	0,02
Наличие хронических заболеваний (четырёх и более)	19,35	0	0,01
Мелкие операции в последние два года	35,5	0	0,01
Серьезные операции ранее последних двух лет	32,26	9,67	0,05
Оперативные вмешательства (четырёх и более)	25,8	0	0,01

Данные закономерности обнаруживаются и в ряде других исследователей [3, 10].

Рассматривая рискованные формы поведения ЖМБА в контексте аутодеструктивности, подчеркнем разнообразный характер имеющихся проявлений (изнасилования, серьезные побои, травмы, несчастные случаи, сопряженные с непосредственной опасностью для жизни: дорожно-транспортные происшествия, бытовой травматизм, происшествия на воде).

Похожая картина складывается у ЖМБА и в соматической сфере, что отражено в таблице 2.

ЖМБА достоверно накапливают значительное количество соматических заболеваний на одного человека (четыре и более). Жизнь в алкогольном браке сказывается для ЖМБА, в большей степени, в тяжести и количестве соматических заболеваний, их обострениях, а не просто в констатации их наличия. Помимо этого ЖМБА являются акцепторами оперативных вмешательств, что касается как их тяжести, так и их количества [5, 11].

Для иллюстрации приведем следующий пример.

Пациентка В. (39 лет), бухгалтер. Замужем один раз, имеет одного ребенка. На фоне сниженного настроения у В. часто бывают суицидальные мысли, нередко обдумывает варианты реализации суицида, представляет себя мертвую, размышляет, что «люди скажут». Часто вспоминает лучшую подругу, которая совершила суицид «тоже из-за пьянок мужа». Считает, что той повезло больше, чем ей. Характеризует себя как человека, долго переживающего вину, склонного к периодическим понижениям настроения, периодам острой безысходности. Периодически теряется смысл жизни, возникает желание начать жить сначала (при этом выявляются выраженные

реинкарнационные установки). Стала «неосторожной», несколько раз чуть не попала под машину. Собственной смерти не боится. В. уверена, что не проживет более 50 лет. Склонна к периодам немотивированного повышения аппетита, из-за этого постоянно использует изнуряющие диеты: «Знали бы Вы, сколько я мучаюсь». Имеет следующие соматические заболевания: гломерулонефрит, ревматизм с пороком митрального клапана, стенокардию напряжения, миому матки (шесть недель). На момент обследования – фаза обострения ревматизма. Оперативная патология: аппендэктомия, кесарево сечение, первичная хирургическая обработка раны головы, вскрытие подногтевого панариция, девять медицинских аборт. Травматическая патология: 1,5 года назад перелом шейки бедра (сбил мотоцикл), черепно-мозговая травма 10 лет назад (мыла окно и упала с лестницы с высоты второго этажа), в четыре года был очень сильный ожог кипятком: 2,5 месяца лечилась в отделении термической травмы. Четыре года назад была сильно избита на улице неустановленными личностями и обворована (украдена крупная сумма денег). Кроме указанного случая ранее неоднократно была жертвой краж, что также часто рассматривается как вариант скрытой несуйцидальной аутодеструкции [7, 17, 18].

Таким образом, все указывает на неслучайность этих находок у ЖМБА, которые, на первый взгляд, носят достаточно «обыденный» и распространенный характер. Все это, в ряде случаев, является вполне закономерным, и подразумевает реализацию собственных аутодеструктивных личностных установок, принимающих подобные закамуфлированные формы [12, 13, 19].

Есть смысл повторно подчеркнуть контекстуальную зависимость трактовки находимых фено-

менов. В «просто» несчастных случаях, соматической заболеваемости иногда не стоит бояться увидеть саморазрушающее поведение пациента, поскольку именно это позволяет вносить необходимые коррективы в терапию, не избегая запретной для многих терапевтов темы.

В заключение отметим некоторые признаки несуицидального аутоагрессивного поведения: повторяемость или клишированность проявлений;

зачастую наличие других феноменов, имеющих аутоагрессивное происхождение; рационалистический комплекс «неудачника или невезучего»: «У людей все нормально, а со мной все время что-то случается»; наличие «видимой» причины для АП (супруга поругалась с мужем, много выпила и пошла ночью гулять одна, в результате чего была изнасилована).

Литература:

1. Агазаде Н.В. Аутоагрессивные явления в клинике психических болезней: дис. ... докт. мед. наук. – М., 1989. – 339 с.
2. Меринов А.В. Аутоагрессивные аспекты супружества в семьях больных хроническим алкоголизмом: дис. ... канд. мед. наук. – М., 2001. – 21 с.
3. Меринов А.В. Аутоагрессивное поведение и оценка суицидального риска у больных алкогольной зависимостью и членов их семей: дис. ... д-ра. мед. наук: 14.01.27; 14.01.06. – М., 2012. – 277 с.
4. Меринов А.В., Шустов Д.И. Супружеские аспекты аутоагрессивного поведения в семьях больных хроническим алкоголизмом // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 3. – С. 58-61.
5. Меринов А.В. Вариант эпикрипта в семьях больных алкогольной зависимостью // Наркология. – 2010. – № 3. – С. 77-80
6. Меринов А.В. Аутоагрессивные и клинико-психологические характеристики парасуицидальных мужчин с алкогольной зависимостью // Наркология. – 2011. – Том 10. – № 8 (116). – С. 72-77
7. Меринов А.В., Шустов Д.И., Федотов И.А. Современные взгляды на феномен созависимого поведения при алкогольной зависимости (обзор литературных данных) // Российский мед. - биол. вестник. – 2011. – № 3. – С. 136-141
8. Меринов А.В. Суицидологическая, наркологическая и экспериментально-психологическая характеристика супругов в семьях мужчин, страдающих алкоголизмом, в зависимости от варианта брачной динамики // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 2 (11). – С. 25-35.
9. Меринов А.В. Влияние прошлой суицидальной активности на прочие аутоагрессивные, экспериментально-психологические и наркологические характеристики мужчин, страдающих алкогольной зависимостью // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 3 (12). – С. 58-63.
10. Меринов А.В. Типология семей мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с позиций наркологической и суицидологической практик // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 1. – С. 15-18

Транслитерация:

1. Agazade N.V. Autoagressivnye javlenija v klinike psihicheskikh boleznej: dis. ... dokt. med. nauk. – M., 1989. – 339 s.
2. Merinov A.V. Autoagressivnye aspekty supruzhestva v sem'jah bol'nyh hronicheskim alkogolizmom: dis. ... kand. med. nauk. – M., 2001. – 21 s.
3. Merinov A.V. Autoagressivnoe povedenie i ocenka suicidal'nogo riska u bol'nyh alkogol'noj zavisimost'ju i chlenov ih semej: dis. ... d-ra. med. nauk: 14.01.27; 14.01.06. – M., 2012. – 277 s.
4. Merinov A.V., Shustov D.I. Supruzheskie aspekty autoagressivnogo povedenija v sem'jah bol'nyh hronicheskim alkogolizmom // Rossijskij psichiatricheskij zhurnal. – 2002. – № 3. – S. 58-61.
5. Merinov A.V. Variant jepiskripta v sem'jah bol'nyh alkogol'noj zavisimost'ju // Narkologija. – 2010. – № 3. – S. 77-80
6. Merinov A.V. Autoagressivnye i kliniko-psihologicheskie harakteristiki parasuicidal'nyh muzhchin s alkogol'noj zavisimost'ju // Narkologija. – 2011. – Vol. 10. – № 8 (116). – S. 72-77
7. Merinov A.V., Shustov D.I., Fedotov I.A. Sovremennye vzgljady na fenomen sozavisimogo povedenija pri alkogol'noj zavisimosti (obzor literaturnyh dannyh) // Rossijskij med. - biol. vestnik. – 2011. – № 3. – S. 136-141
8. Merinov A.V. Suicidologicheskaja, narkologicheskaja i jeksperimental'no-psihologicheskaja harakteristika suprugov v sem'jah muzhchin, stradajushhih alkogolizmom, v zavisimosti ot varianta brachnoj dinamiki // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 2 (11). – S. 25-35.
9. Merinov A.V. Vlijanie proshloj suicidal'noj aktivnosti na prochie autoagressivnye, jeksperimental'no-psihologicheskie i narkologicheskie harakteristiki muzhchin, stradajushhih alkogol'noj zavisimost'ju // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 3 (12). – S. 58-63.
10. Merinov A.V. Tipologija semej muzhchin, stradajushhih alkogol'noj zavisimost'ju, s pozicij narkologicheskoi i suicidal'noj praktik // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 1. – S. 15-18

11. Меринов А.В., Сомкина О.Ю., Сафронова А.В., Коршунова Д.Р. Роль феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью // Тюменский медицинский журнал. – 2013. – Том 15, № 3. – С. 10-11.
12. Меринов А.В. Суицидологическая, экспериментально-психологическая и наркологическая характеристика супругов из браков мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с первично-открытой семейной системой // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2 (15). – С. 31-38
13. Меринов А.В. Суицидологическая, экспериментально-психологическая и наркологическая характеристика супругов из браков мужчин, страдающих алкогольной зависимостью, с вторично открытой семейной системой // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 4. – С. 43-51.
14. Лукашук А.В., Меринов А.В. Клинико - суицидологическая и экспериментально-психологическая характеристики молодых людей, воспитанных в «алкогольных» семьях // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 4. – С. 82-87.
15. Шитов Е.А., Меринов А.В., Шустов Д.И., Федотов И.А. Клиническая и суицидологическая характеристика больных алкогольной зависимостью с сопутствующим пограничным расстройством личности // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2015. – № 4. – С. 87-90
16. Пилягина Г.Я., Чумак С.А. Предикторы формирования и рецидивирования саморазрушающего поведения // Суицидология. – 2014. – Том 5, № 2 (15). – С. 3-20.
17. Емяшева Ж.В. Некоторые закономерности влияния стрессовых событий жизни на формирование суицидальных тенденций при аддиктивном синдроме // Суицидология. – 2013. – Том 4, № 4 (13). – С. 32-41.
18. Солдаткин В.А., Мавани Д.Ч., Дьяченко А.В. Игровая зависимость: криминогенность, виктимность и суицидогенность // Суицидология. – 2012. – № 1. – С. 13-18.
19. Рахимкулова А.С., Розанов В.А. Взаимосвязь суицидального и рискованного поведения у подростков // Академический журнал Западной Сибири. – 2012. – № 5. – С. 31-32.
11. Merinov A.V., Somkina O.Ju., Safronova A.V., Korshunova D.R. Rol' fenomena autoagressii v sem'jah bol'nyh alkogol'noj zavisimost'ju // Tyumen Medical Journal. – 2013. – Vol. 15, № 3. – S. 10-11.
12. Merinov A.V. Suicidologicheskaja, jeksperimental'no-psihologicheskaja i narkologicheskaja harakteristika suprugov iz brakov muzhchin, stra-dajushhih alkogol'noj zavisimost'ju, s pervichno-otkrytoj semejnoj sistemoj // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 2 (15). – S. 31-38
13. Merinov A.V. Suicidologicheskaja, jeksperimental'no-psihologicheskaja i narkologicheskaja harakteristika suprugov iz brakov muzhchin, stra-dajushhih alkogol'noj zavisimost'ju, s vtorichno otkrytoj semejnoj sistemoj // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 4. – S. 43-51.
14. Lukashuk A.V., Merinov A.V. Kliniko - suicidologicheskaja i jeksperimen-tal'no-psihologicheskaja harakteristiki molodyh ljudej, vospitannyh v «alkogol'nyh» sem'jah // Nauka molodyh (Eruditio Juvenium). – 2014. – № 4. – S. 82-87.
15. Shitov E.A., Merinov A.V., Shustov D.I., Fedotov I.A. Klinicheskaja i suicidologicheskaja harakteristika bol'nyh alkogol'noj zavisimost'ju s soputstvujushhim pograničnym rasstrojstvom lichnosti // Rossijskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova. – 2015. – № 4. – S. 87-90
16. Piljagina G.Ja., Chumak S.A. Prediktory formirovanija i recidi-virovanija samorazrushajushhego povedenija // Suicidology. – 2014. – Vol. 5, № 2 (15). – S. 3-20.
17. Emjasheva Zh.V. Nekotorye zakonovernosti vlijanija stressovyh sobytij zhizni na formirovanie suicidal'nyh tendencij pri addiktivnom sindrome // Suicidology. – 2013. – Vol. 4, № 4 (13). – S. 32-41.
18. Soldatkin V.A., Mawani D.CH., Dyachenko A. Compulsive gambling: criminological, victimological and suicidological aspects // Suicidology. – 2012. – № 1. – S. 13-18.
19. Rahimkulova A.S., Rozanov V.A. Vzaimosvjaz' suicidal'nogo i riskovogo povedenij u podrostkov // Academic Journal of West Siberia. – 2012. – № 5. – S. 31-32.

REPEAT OF "RANDOM" ACCIDENTS AS A LATENT CHARACTERISTIC OF AUTOAGRESSIVE BEHAVIOR

T.A. Medentseva, S.F. Karpushina, A.G. Kotov, N.L. Merinov

Work is devoted to studying of such a phenomenon as repeat of "random" accidents as one of latent characteristics of autoaggressive behavior, which is a significant mental health problem requiring correction. Often, some incidents of the life of the patient are not considered to be autoaggressive, and these cases stay unheeded. In this article we've demonstrated vivid examples which show that some "randomnesses" in a person's life can have a perfectly logical explanation from the perspective of autoaggressive position. Also, in this vein, were considered and studied risky and viktimny patterns and somatic pathology, identified during work with the wives of the men suffering from chronic alcoholism. By analyzing the data, we were able to conclude that similar life "randomnesses" could be the advent of the autoaggressive plant of a person that requires close attention in the context of Suicidology.

Keywords: autoaggressive behaviour, suicide, and alcohol addiction.

УДК: 616.891-053

ДИАГНОСТИКА РЕЗИДУАЛЬНО-ОРГАНИЧЕСКИХ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

Г.Г. Буторин, Л.А. Бенько

ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный педагогический университет», г. Челябинск, Россия
ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Челябинск

Контактная информация:

Буторин Геннадий Геннадьевич – доктор психологических наук, профессор. Место работы и должность: профессор кафедры теоретической и прикладной психологии ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный педагогический университет». Адрес: 454080, г. Челябинск, пр-кт Ленина, д. 69. E-mail: g1966@mail.ru

Бенько Лариса Александровна – кандидат медицинских наук, доцент. Место работы и должность: доцент кафедры психиатрии ГБОУ ВПО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64.

В статье представлен анализ развития представлений о клинических проявлениях органических нервно-психических расстройствах в детском возрасте. Современное терминологическое многообразие создаёт не только понятийные, но и диагностические проблемы, поэтому различные специалисты не оставляют попыток найти общее определение для разнообразных энцефалопатических симптомов у детей, при этом сохранить все разнообразие при описании их клинических проявлений. Одним из наиболее удачных, по мнению авторов, является полидисциплинарный подход к диагностике нервно-психических расстройств у детей с опорой на многоосевую классификационную систему, в которой используются шесть осей применительно к психическим и поведенческим расстройствам детского и подросткового возраста. Получившая в последнее время широкое распространение биопсихосоциальная модель оказания помощи детям с нервно-психическими расстройствами органического генеза с включением медико-биологического, психолого-педагогического, а также социального аспектов, позволяет повысить эффективность полидисциплинарной помощи, направленной на превенцию, своевременную диагностику, лечение и реабилитацию.

Ключевые слова: полидисциплинарный подход, резидуально-органическое расстройство, многоосевая классификационная система.

Изучение резидуально-органических поражений головного мозга у детей началось на рубеже XIX и XX веков с описания «детских энцефалопатий» E. Brissaud (1899), R. Gaupp (1925) [цит. по 15]. В историческом аспекте изучение данной группы расстройств проходило от выделения более тяжелых расстройств (органическое слабоумие, параличи, эпилепсия) к описанию более легких пограничных форм [14].

Первые научные исследования и описания органических нервно-психических расстройств появились в конце XIX – начале XX в. в немецкой литературе и определялись как органические психические расстройства. Позднее возникли такие определения, как «органический психосиндром», «диффузный мозговой психосиндром», «локальный мозговой психосиндром». В английской психиатрической литературе в начале XX в. эта группа расстройств определялась термином «хронический мозговой синдром», а в американской психиатрии она получила название «органический мозговой синдром».

Английский детский психиатр проф. Р. Никол [7] считает, что ряд психиатрических и поведенческих проблем, связанных с поражением мозга, в прошлом считались проявлением именно «минимального мозгового поражения», но замечает, что в последнее время «...эта концепция вышла из употребления», так как в англо-американской клинической теории и практике появилось новое определение органической группы расстройств – «минимальная мозговая дисфункция» (ММД).

По мнению некоторых исследователей, такое терминологическое многообразие («минимальное мозговое поражение», «минимальная мозговая дисфункция», «мягкая мозговая дисфункция», «специфические расстройства обучения», «дефицит внимания», «ранние резидуально - органические церебральные поражения») создаёт не только понятийные, но и диагностические проблемы [3, 4]. Кроме того, анализ данных литературы показывает также, что термин «энцефалопатия» до сих пор применяется в клинической практике «специалистов детства» для характери-

стики различных повреждений головного мозга у детей.

В отечественной детской психиатрии исследование проблемы резидуально-органических нервно-психических расстройств практически началось с работ С.С. Мнухина и Г.Е. Сухаревой. Так, изучая резидуальные нервно-психические расстройства у детей, С.С. Мнухин [6] отводил им наиболее существенное место в ряду всех нарушений, встречающихся в детском возрасте. Критически анализируя состояние этой проблемы «в рамках детских резидуальных энцефалопатий», он отмечал разнообразный характер расстройств, объединенных в общую группу, при этом подчёркивая неопределённость самого термина «Residua». Признанный некоторыми авторами основной признак резидуально-органических нервно-психических расстройств – отсутствие прогрессивного течения, отнюдь не представлялся С.С. Мнухину бесспорным, если учесть характер течения такого заболевания, например, как эпилепсия. К резидуально-органическим нервно-психическим расстройствам автор относил изменения характера психопатического или невропатического типа, так называемые органические или резидуальные психопатии и невропатии, различные формы и степени умственной отсталости и «временных» задержек развития, состояния «частичного недоразвития» (алалии, алексии, аграфии, акалькулии и др.), многообразные двигательные расстройства, значительную часть эндокринно-вегетативных и трофических расстройств.

В дальнейшем клинико-физиологический подход к изучению резидуальных энцефалопатий в детском возрасте, использованный С.С. Мнухиным [5, 6], лег в основу сформулированной им гипотезы о существовании при них двух основных типов нарушений высшей нервной деятельности – «стенического», который характеризуется большой силой основных нервных процессов, их инертностью и неуравновешенностью, и «астенически-атонического», которому свойственны выраженная слабость процессов возбуждения, его быстрая истощаемость, замедленное образование условно-рефлекторных связей, нарушение взаимодействия первой и второй сигнальной систем с относительным преобладанием деятельности последней. В первом случае предполагается наличие первичного коркового поражения, а во втором – преобладание поражения активирующей системы ствола мозга и структур

лимбической системы. Описанные два типа резидуальных энцефалопатий автор объясняет влиянием индивидуальных особенностей организма на возникновение, проявления, течение и исход болезни. Всё это вносит в клиническую картину расстройства особый оттенок, облегчающий диагностику заболеваний.

По мнению академика РАМН А.С. Тиганова [11], индивидуальные особенности проявления и развития патологического процесса в значительной степени зависят от свойств личности, в частности её стенического или астенического склада (строя жизнедеятельности). При этом автор указывает, что первое описание стенического и астенического строя принадлежит английскому врачу XVIII в. J. Brown [цит. по 12], разделившему в соответствии с этим абсолютно все болезни на стенические и астенические. Идею поддерживали и развивали такие ученые, как E. Kretschmer, П.Б. Ганнушкин, Т.И. Юдин, П.М. Зиновьев, И.П. Павлов, А.Г. Иванов-Смоленский [цит. по 11].

В детской психиатрии такого взгляда придерживалась Г.Е. Сухарева [10], которая в клинических вариантах органической невропатии как первоначального источника динамики резидуально-органических расстройств выделяет два клинических варианта: астенический и возбудимый, в зависимости оттого, что обуславливает клинические проявления – процессы возбуждения или торможения. В современной зарубежной детской психиатрической литературе такую же точку зрения высказал и английский детский психиатр проф. Р. Никол, который все расстройства детского возраста, описанные в Международном классификаторе (МКБ-10), разделяет на две группы – интернализирующие или экстернализирующие расстройства. По мнению автора, эти термины используются для проведения различия между детьми, у которых проблемы проявляются преимущественно в виде внутренних душевных страданий, и детьми, которых проблема подталкивает к внешним действиям в условиях социальной среды. Наряду с этим, при проведении исследований клинических особенностей резидуально-органических нервно-психических расстройств у детей младшего возраста Н.Е. Буториной [2] были выявлены два психопатологических варианта энцефалопатических состояний, которые были определены как *астеногипердинамический* и *астеногиподинамический*.

Получившая в последнее время широкое распространение биопсихосоциальная модель оказания помощи детям с нервно-психическими расстройствами органического генеза с включением медико-биологического, психолого - педагогического, а также социального аспектов, позволяет повысить эффективность полидисциплинарной помощи, направленной на превенцию, своевременную диагностику, лечение и реабилитацию. Существенно, что к задачам *медико - биологического* блока относится установление своевременного развёрнутого диагноза с оценкой всех факторов, играющих важную роль в формировании нервно-психических расстройств органического генеза и с учетом диагностических критериев категорий МКБ-10. При этом следует заметить, что в психоневрологических проявлениях органических расстройств всеми специалистами выделяются группы острых и хронических психоорганических синдромов, которые в первом варианте (острых) используются практически как синонимы острых экзогенных реакций, во втором (хронических) – как симптоматическое расстройство при основном текущем заболевании. Последствия же органического повреждения мозга, которые практически представляют *«резидуальный»* психоорганический синдром, рассматриваются чаще всего в рамках именно хронических синдромов.

В детской психиатрии выделение острых и хронических форм психоорганического синдрома приводит к необходимости акцентировать внимание на известное положение, высказанное В.В. Ковалёвым, относящееся к пониманию термина «резидуально-органические психические расстройства». Этим расстройствам, по его мнению, свойственна более или менее непрогредиентная динамика, которая связана с процессами репарации, компенсации и декомпенсации нарушенных функций в сочетании с процессами возрастного созревания систем мозга. При этом органический дефект может проявляться либо дизонтогенетической формой (если церебральные повреждения возникли до завершения формирования основных структур и физиологических механизмов мозга), либо энцефалопатической (если церебральные повреждения возникли после их завершения). В современной психиатрической клинике диагностика психических расстройств, в том числе и органического генеза, определяется в соответствии с клиническими описаниями и основными диагностическими указаниями, представленными

в Главе V МКБ-10 (Психические и поведенческие расстройства) в разделе F00–F09 «Органические, включая симптоматические, психические расстройства». Раздел представлен группой расстройств с четкой этиологией, заключающейся в мозговых повреждениях, приводящих к церебральной дисфункции. Учитывая это обстоятельство, Т.Н. Осипенко [8], И.А. Скворцов [9] и Э.И. Ямпольская [12] пришли к выводу о необходимости диспансеризации детей, перенесших перинатальное поражение центральной нервной системы, с целью выявления минимальных признаков неврологической недостаточности, подчеркивая, что незначительные отклонения в развитии ребенка могут не приводить к тяжелым неврологическим дефектам, но обусловить минимальную мозговую дисфункцию.

Исходя из понимания, что психические расстройства резидуально-органического происхождения в детском возрасте определяются многофакторными этиопатогенетическими механизмами и многообразными клиническими признаками, выявление которых требует значительно больше информации, чем просто определение психопатологических феноменов, решение диагностических, прогностических и лечебно - реабилитационных задач будет более успешным, если оно станет базироваться на комплексе психодиагностических оценок разных специалистов: психиатров, неврологов, педиатров, психологов, электрофизиологов, педагогов и социальных работников.

Объединение всех полученных данных и формулирование полидисциплинарного диагноза при таком подходе наиболее полно может быть осуществлено при применении многоосевой классификационной системы, в которой используются шесть осей применительно к психическим и поведенческим расстройствам детского и подросткового возраста. Основные принципы многоосевого диагноза применительно к непсихотическим формам резидуально-органического психосиндрома можно представить следующим образом, как это предложила Н.Е. Буторина [1].

Ось 1 – должна раскрывать клиническое содержание резидуально-органических психосиндромов, основные категории которых относятся, главным образом, к разделам F00–F09, F30–F39, F40–F49, F50–F59, F80–F89, F90–F99. При необходимости могут использоваться рубрики других разделов. Диагностическую задачу должен решать врач-психиатр с использованием всех кли-

нических и необходимых различных параклинических методов.

Ось 2 – представляет специфические расстройства психологического развития, отражающие церебрально-органические дизонтогенетические нарушения с выделением их особенностей на клинико-онтогенетических этапах. В диагностике участвуют психиатры, педиатры, клинические психологи, логопеды, дефектологи. При этом выявляются расстройства психологического развития, полное диагностическое определение которых дано в рубриках раздела F80–F89.

Ось 3 – отражает уровень интеллектуального развития, которое кодируется в рубриках F70–F79 от степени легкой умственной отсталости до тяжелой, а использование четвертой характеристики дает возможность оценить при этих расстройствах размер поведенческих девиаций. Оценка уровня когнитивного дефицита опирается на результаты обследования психиатров, клинических психологов, дефектологов.

Ось 4 – относится к аспектам физического здоровья. Диагностика осуществляется в основном врачами различных специальностей, кодирование этих расстройств отражено в полной классификации заболеваний ВОЗ, которой пользуются эти специалисты. Однако психиатр во время обследования пациента должен акцентировать свое внимание на тех заболеваниях, которые могут быть связаны как с причиной, так и следствием резидуально-органической патологии и которые отражены в различных разделах всей МКБ-10.

Ось 5 – констатирует неблагоприятные психосоциальные факторы, которые могут явиться причиной утяжеления резидуально-органического психосиндрома в детском и подростковом возрасте. Кодирование этих факторов относится к

разделу «Z» МКБ-10 (факторы, влияющие на статус здоровья и контакт со службами здравоохранения). Аномальные психосоциальные ситуации относятся к внутрисемейным взаимоотношениям, к психическому здоровью родителей, к типам неправильного воспитания, к аномальности ближайшего окружения, к различным психогенным ситуациям. Аномальность психосоциальных условий выявляется психологом в процессе психодиагностики, но основной удельный вес выявления этих факторов принадлежит специалисту по социальной работе.

Ось 6 – результаты анализа психологического и социального функционирования пациента с определением уровня детской социальной инвалидизации. Это довольно сложное обследование. Оно основывается на степени социальной адаптации, в которой ребенок способен выполнять различные виды деятельности, согласующиеся с его возрастом, психическим здоровьем и социальными обстоятельствами. Вывод о том, что инвалидность является результатом психического расстройства, строится на полидисциплинарной диагностике, доказывающей, что наличие психиатрического расстройства является причиной психосоциальной инвалидизации.

Формулирование диагноза и планирование лечебно-коррекционной работы является следствием обобщения данных, полученных в процессе полидисциплинарного обследования с акцентом на его основных аспектах. Таким образом, использование многоосевой классификации позволяет дифференцированно оценить психиатрический диагноз, установить наиболее вероятные этиопатогенетические механизмы заболевания, которые могут помочь сформулировать наиболее адекватный комплекс терапевтических методов.

Литература:

1. Буторина Н.Е. Полидисциплинарный подход и многоосевая классификационная система при диагностике резидуально-органического психосиндрома // Современные проблемы резидуально-органических нервно-психических расстройств в детско-подростковом возрасте: Материалы конференции / Под ред. проф. Н.Е. Буториной. – Челябинск, 2004. – С. 22–25.
2. Буторина Н.Е., Благинина Н.А. Клинические особенности резидуально-органических нервно-психических расстройств у детей младшего школьного возраста: полидисциплинарные аспекты. – Челябинск: Изд-во Сити-Принт, 2011. – 260 с.

Транслитерация:

1. Butorina N.E. Polidisciplinarnyj podhod i mnogoosevaja klassifikacionnaja sistema pri diagnostike rezidual'no-organicheskogo psihosindroma // Sovremennye problemy rezidual'no-organicheskikh nervno-psihičeskikh rasstrojstv v detsko-podrozkovom vozraste: Materialy konferencii / Pod red. prof. N.E. Butorinoj. – Cheljabinsk, 2004. – S. 22–25. (In Russ)
2. Butorina N.E., Blaginina N.A. Klinicheskie osobennosti rezidual'no-organicheskikh nervno-psihičeskikh rasstrojstv u detej mladshego shkol'nogo vozrasta: polidisciplinarnye aspekty. – Cheljabinsk: Izd-vo Siti-Print, 2011. – 260 s. (In Russ)

3. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. – М.: Медицина, 1985. – 288 с.
4. Кириченко Е.И., Козловская Г.В., Скобло Г.В. Клинико-психологическое изучение детей раннего возраста. – М.: ЦОЛИУВ, 1982. – 31 с.
5. Мнухин С.С. О современном состоянии и путях дальнейшей разработки проблемы «детских резидуальных энцефалопатий» // Всероссийская научная конф. по психоневрологии детского возраста: материалы конференции. – Л., 1965. – С. 103–108.
6. Мнухин, С.С. О резидуальных нервно-психических расстройствах у детей // Резидуальные нервно-психические расстройства у детей: труды Лен. педиатрического мед. ин-та / Под ред. С.С. Мнухина. – Т. 51. – Л., 1968. – С. 5–22.
7. Никол Р. Практическое руководство по детско-подростковой психиатрии: многодисциплинарные подходы. – Екатеринбург: Изд-во Уральского ун-та, 2009. – 306 с.
8. Осипенко Т.Н. Психоневрологическое развитие дошкольников. – М.: Медицина, 1996. – 288 с.
9. Скворцов И.А., Развитие нервной системы у детей в норме и патологии. – МЕДпресс-информ, 2003. – 368 с.
10. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. – М.: Медицина, 1974. – 320 с.
11. Тиганов А.С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики // Депрессия и коморбидные расстройства / Под ред. проф. А.Б. Смудевича. – М.: Научный центр психического здоровья РАМН, 1997. – С. 12–26.
12. Ямпольская Э.И. Болезни нервной системы у новорожденных и детей раннего возраста. – М.: Медицина. 1979 г. – 280 с.
13. Alexander F. Psychosomatic medicine: Its principles and applications. – N.Y.: Konald, 1951.
14. Bastiaens L.J. Quality of life in patients treated for adhd with atomoxetine or stimulants institutions // Česka a slovenska psychiatrie Journal of Czech and Slovak Psychiatry: XIV World Congress of Psychiatry (Prague, 20–25 September 2008). – 2008. – Sept. – Vol. 104, Suppl. 2. – P. 1–270.
15. Homburger A. Vorlesunger über die Psychpathologie des Kindesalters. – Berlin, 1926. – 852 s.

THE DIAGNOSIS OF RESIDUAL-ORGANIC NEURO-PSYCHIC DISORDERS AT CHILDREN

G. Butorin, L. Benco

Chelyabinsk State Pedagogical University, Chelyabinsk, Russia
Southern-Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia

The article presents the analysis of development of ideas about clinical displays of organic mental disorders in child's age. A modern terminological variety creates not only concept but also diagnostic problems, therefore different specialists do not abandon attempts to find a common determination for various encephalopathic symptoms for children, here to save all variety at description of their clinical displays. One of the most successful, in authors opinion, there is the multidisciplinary approach for diagnostic of neuropsychic disorders for children with support on the multiaxial classification system. It six axes are used as applies to psychical and behavioural disorders of child's and adolescent's age. Getting lately a wide distribution so called bi-

opsychosocial model of helping to the children with neuropsychic disorders of organic genesis with including mediocal-biological, psychological-pedagogical and also social aspects, allows to promote efficiency of the multidisciplinary help, aimed to prevention, timely diagnostics, treatment and rehabilitation.

Keywords: multidisciplinary approach, residual-organic disorder, multiaxial classification system.

УДК: 616.831-005.1

СПЕЦИАЛЬНЫЕ БИОХИМИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТРОМБОЛИТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

В.Г. Скорикова, О.А. Кичерова, Л.И. Рейхерт, С.А. Семешко

ГАУЗ ТО «Областной лечебно-реабилитационный центр», г. Тюмень, Россия

ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Тюмень, Россия

ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2», г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Скорикова Виктория Геннадьевна – врач-невролог ГАУЗ ТО «Областной лечебно-реабилитационный центр». Адрес: г. Тюмень, ул. Щорса, д. 9. E-mail: nvica1011@gmail.com

Кичерова Оксана Альбертовна – д.м.н. Место работы и должность: заведующая кафедрой нервных болезней ГОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. Тел.: 8 (3452) 44-81-92. E-mail: pan1912@mail.ru

Рейхерт Людмила Ивановна – д.м.н. Место работы и должность: профессор кафедры нервных болезней ГОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. Главный невролог г. Тюмени, председатель региональной общественной организации «Профессиональная ассоциация неврологов Тюменской области».

Семешко Сергей Александрович – врач-невролог ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 2». Адрес: г. Тюмень, ул. Мельникайте, д. 73.

Применение тромболитической терапии при ишемическом инсульте способствует уменьшению оксидантного стресса и сопряжено с благоприятными изменениями структуры клеточных мембран. Установлены биомаркеры неблагоприятного прогноза при проведении тромболитической терапии: повышение уровня матриксной металлопротеиназы-9, высокочувствительного С-реактивного белка плазмы крови.

Ключевые слова: ишемический инсульт, тромболитическая терапия, оксидативный стресс, эндотелиальная дисфункция, эндогенная интоксикация, матриксная металлопротеиназа-9.

Высокая медицинская и социальная значимость проблемы ишемического инсульта делает актуальным дальнейшее изучение патогенеза этого заболевания. Согласно современным представлениям о механизмах развития ишемического инсульта, важное значение в его патогенезе имеют явления эндотелиальной дисфункции и эндогенной интоксикации [1, 2].

Эндогенная интоксикация обусловлена накоплением в тканях организма избытка продуктов как нормального, так и изменённого обмена веществ (эндогенных токсических субстанций), что обуславливает данный патологический процесс [3].

В свою очередь образование свободных радикалов является неотъемлемым звеном патохимического каскада в развитии ишемии головного

мозга, что представляет собой важную составляющую эндотелиальной дисфункции и эндогенной интоксикации, характеризующих патогенез ишемического инсульта [5].

Современные патогенетически обоснованные подходы к лечению ишемического инсульта обязательно включают применение высокоэффективных методов реперфузии в первые часы цереброваскулярной катастрофы. Они направлены на восстановление кровотока в поражённом сосуде, что позволяет предотвратить или уменьшить объём необратимого повреждения вещества головного мозга и минимизировать остаточный неврологический дефицит [3, 4].

Многочисленные современные исследования посвящены изучению роли биохимических про-

цессов в патогенезе ишемического инсульта [5, 6], ряд из них направлен на определение предикторов исхода острого нарушения мозгового кровообращения. В то же время вопрос прогнозирования исходов ишемического инсульта, по-прежнему, остается открытым: будет ли прогрессировать заболевание или, наоборот, ограничится транзиторной ишемической атакой, будет ли успешной тромболитическая терапия (ТЛТ), или, напротив, осложнится геморрагической трансформацией, что усугубит тяжесть состояния. Таким образом, прогноз летальности и инвалидизации является ведущим фактором оценки социальных и экономических потерь при ишемическом инсульте [7].

Ежегодно в России регистрируется около 450 тысяч ишемических инсультов, из них тромболитическую терапию проводят только 1% пациентов. Из трех тромбозисов лишь один оказывается успешным, при том, что каждая такая процедура обходится государству в сумму около 100 тыс. рублей. Снижение количества неудачных тромбозисов позволит сэкономить миллионы рублей и снизить число нежелательных последствий.

В данной работе мы провели анализ биохимических маркеров острой ишемии головного мозга с целью оптимизации подхода к диагностике и лечению пациентов в остром и острейшем периодах ишемического инсульта.

Цель исследования: оценка уровней матриксной металлопротеиназы-9, нитритов и высокочувствительного С-реактивного белка в остром периоде ишемического инсульта в зависимости от проводимой тромболитической терапии с целью определения возможных предикторов исхода ОНМК и прогнозирования результатов тромболитической терапии.

Материалы и методы.

В период с 2011 по 2014 гг. обследованы 224 пациента с ишемическим инсультом, из которых 112 больным проводилась тромболитическая терапия. У 57 пациентов, 29 из которых получили тромболитическую терапию, проведен ряд специальных биохимических исследований. Контрольную группу составили 13 пациентов без острых цереброваскулярных событий в анамнезе, сопоставимые по половозрастным признакам и сопутствующим заболеваниям с основной группой.

Забор венозной крови для исследований проводили дважды: при поступлении (проба 1) и на 5-7 сутки от начала заболевания (проба 2).

Биохимические исследования включали:

- твердофазный иммуноферментный анализ с использованием коммерческих иммуноферментных наборов и тест-систем для определения содержания матриксной металлопротеиназы-9 плазмы крови (ММП-9);

- метод иммунотурбидиметрии (реактивы «Biosystems», Испания) высокочувствительный метод (мг/л) для определения Hs-CРБ – С-реактивного белка плазмы крови;

- определение нитритов, устойчивых продуктов метаболизма оксида азота, в эритроцитах.

Для объективизации тяжести состояния, выраженности очагового неврологического дефицита и оценки динамики клинических показателей использовали шкалу инсульта National Institutes of Health (NIHSS). Клинические исходы заболевания оценивали по модифицированной шкале Рэнкина (МШР) и по индексу мобильности Ривермид на 7 сутки.

Статистический анализ производили с использованием программы IBMSPSSStatistics 21. Распределение количественных данных проверяли с помощью теста Колмогорова-Смирнова. При нормальном распределении данных сравнение двух независимых групп проводили при помощи критерия Стьюдента, а динамику показателей в каждой группе парным критерием Стьюдента. При распределении данных, отличном от нормального, для сравнения применяли критерий Манна-Уитни для независимых двух групп и критерий Вилкоксона для сравнения динамики показателей в каждой группе. При сравнении трёх групп использовали поправку Бонферрони.

Результаты и обсуждение.

В ходе анализа результатов биохимических исследований были получены следующие результаты (табл. 1).

Значение HsCPB при поступлении достоверно повышено у пациентов с отсутствием положительной динамики как в группе с базовой терапией ($16,6 \pm 3,384$ в группе без положительной динамики и $9,96 \pm 2,085$ в группе с положительной динамикой), так и в группе с ТЛТ на фоне базовой терапии ($17,05 \pm 5,429$ и $7,0 \pm 2,698$ соответственно). Уровень ММП-9 также достоверно повышен у пациентов с отсутствием положительной динамики как в группе с базовой терапией ($1809,56 \pm 350,665$ в группе без положительной динамики и $842,75 \pm 135,312$ в группе с положительной динамикой), так и в группе с ТЛТ на фоне базовой терапии ($2537,57 \pm 284,522$ и $752,47 \pm 87,638$ соответственно).

Показатели 1 и 2 пробы в группах с ТЛТ на фоне базовой и на фоне базовой терапии в зависимости от клинической динамики состояния пациента

Группы	Динамика	1 проба		2 проба	
		НсСРБ	ММП-9	НсСРБ	ММП-9
Базовая терапия (n=29)	нет "+"	16,6± 3,384*	1809,56± 350,665**	16,88± 4,953***	2169,5± 522,545****
	"+"	9,96±2,085	842,75±135,312	8,04±1,930	766,89±172,954
	P	0,030	0,027	0,039	0,043
ТЛТ на фоне базовой терапии (n=29)	нет "+"	17,05 ±5,429**	2537,57± 284,522**	22,73± 7,217***	2350,75± 471,390****
	"+"	7,00±2,698	752,47±87,638	11,18±2,462	496,3±74,724
	P	0,047	0,000	0,047	0,028

Примечание: $p < 0,05$:

*р – достоверность различий между показателями 1 пробы в группе без ТЛТ у пациентов с "+" динамикой и без нее;

**р – достоверность различий между показателями 1 пробы в группе с ТЛТ у пациентов с "+" динамикой и без нее;

***р – достоверность различий между показателями 2 пробы в группе без ТЛТ у пациентов с "+" динамикой и без нее;

****р – достоверность различий между показателями 2 пробы в группе с ТЛТ у пациентов с "+" динамикой и без нее.

Данная тенденция сохраняется и при оценке данных показателей во второй пробе: НсСРБ в группе с базовой терапией ($16,88 \pm 4,953$ в группе без положительной динамики и $8,04 \pm 1,93$ в группе с положительной динамикой), в группе с ТЛТ на фоне базовой терапии ($22,73 \pm 7,217$ и $11,18 \pm 2,462$ соответственно); ММП-9 в группе с базовой терапией ($2169,5 \pm 522,545$ в группе без положительной динамики и $766,89 \pm 172,954$ в группе с положительной динамикой), в группе с ТЛТ на фоне базовой терапии ($2350,75 \pm 471,39$ и $496,3 \pm 74,724$ соответственно). Следовательно,

можно трактовать повышенные показатели ММП-9, НсСРБ при поступлении, как предиктор неблагоприятного прогноза заболевания, что может позволить рационализировать применение ТЛТ.

Заключение.

Проведенные в настоящей работе исследования позволили установить наличие биомаркеров неблагоприятного результата тромболитической терапии: повышение уровня матриксной металлопротеиназы-9, высокочувствительного С-реактивного белка плазмы крови.

Литература:

1. Гончар И.А., Степанова Ю.И., Прудывус И.С. Биохимические предикторы и маркеры инфаркта головного мозга // Под редакцией проф., д.м.н. В.С. Камышников. – Минск: БелМАПО, 2013. – 512 с.
2. Гончар-Зайкина Г.М., Гончар-Зайкин А.П. К оценке лабораторной диагностики эндотоксикоза // Актуальные вопросы военной и практической медицины. Сб. трудов II научно-практической конференции врачей Приволжско-Уральского военного округа. – Оренбург, 2001.
3. Домашенко М.А., Максимова М.Ю. и соавт. Течение острого периода инсульта после системного внутривенного тромболитизиса // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. – 2011. – Том 5, № 1. – С. 52-58.

Транслитерация:

1. Gonchar I.A., Stepanova Ju.I., Prudyvus I.S. Biohimicheskie prediktory i markery infarkta golovnogogo mozga // Pod redakciej prof., d.m.n. V.S. Kamyshnikova. – Minsk: BelMAPO, 2013. – 512 s. (In Russ)
2. Gonchar-Zajkina G.M., Gonchar-Zajkin A.P. K ocenke laboratornoj diagnostiki jendotoksikoza // Aktual'nye voprosy voennoj i prakticheskoy mediciny. Sb. trudov II nauchno-prakticheskoy konferencii vrachej Privolzhsko-Ural'skogo voennogo okruga. – Orenburg, 2001. (In Russ)
3. Domashenko M.A., Maksimova M.Ju. i soavt. Techenie ostrogo perioda in-sul'ta posle sistemnogo vnutrivennogo trombolizisa // Annaly klinicheskoy i jeksperimental'noj nevrologii. – 2011. – Tom 5, № 1. – S. 52-58. (In Russ)

4. Рамазанов Г.Р. Клинические, компьютерно-томографические и биохимические предикторы исходов тромболитической терапии у пациентов с ишемическим инсультом: Автореф. дисс... на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Москва, 2009.
5. Рейхерт Л.И., Клушин Д.Ф., Крылов В.И. Роль структурно-функциональной дезорганизации клеточных мембран в патогенезе мозговых инсультов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1987. – Вып. 1. – С. 23-26.
6. Рейхерт Л.И., Остапчук Е.С., Скорикова В.Г. Церебральный ангиоспазм и его влияние на исходы лечения больных с аневризматическим субарахноидальным кровоизлиянием // Медицинская наука и образование Урала. – 2014. – Том 15, № 2 (78). – С. 69-71.
7. Скорикова В.Г., Кичерова О.А., Асеева К.С., Семешко С.А. Предикторы эффективности тромболитической терапии при ишемическом инсульте // Медицинская наука и образование Урала. – 2014. – № 2. – Вып. 2 (78). – С. 69-71.
4. Ramazanov G.R. Klinicheskie, komp'yuternotomograficheskie i biohimicheskie prediktory ishodov tromboliticheskoy terapii u pacientov s ishemicheskim insul'tom: Avtoref. diss... na soiskanie uchenoj stepeni kandidata medicinskih nauk. – Moskva, 2009. (In Russ)
5. Rejhert L.I., Klushin D.F., Krylov V.I. Rol' strukturno-funkcional'noj dezorganizacii kletochnyh membran v patogeneze mozgovyh insul'tov // Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S.S. Korsakova. – 1987. – Vyp. 1. – S. 23-26. (In Russ)
6. Rejhert L.I., Ostapchuk E.S., Skorikova V.G. Cerebral'nyj angiospazm i ego vlijanie na ishody lechenija bol'nyh s anevrizmатическим subarahnoidal'nym krovoizlijaniem // Medicinskaja nauka i obrazovanie Urala. – 2014. – Tom 15, № 2 (78). – S. 69-71. (In Russ)
7. Skorikova V.G., Kicherova O.A., Aseeva K.S., Semeshko S.A. Prediktory jeffektivnosti tromboliticheskoy terapii pri ishemicheskom insul'te // Medicinskaja nauka i obrazovanie Urala. – 2014. – № 2. – Vyp. 2 (78). – S. 69-71. (In Russ)

SPECIAL BIOCHEMICAL RESEARCHES FOR THE ESTIMATION OF EFFICIENCY OF THROMBOLYTIC THERAPY AT AN ISCHEMIC STROKE

V.G. Skorikova, O.A. Kicherova, L.I. Rejhert, S.A. Semeshko

The use of thrombolytic therapy in ischemic stroke helps to reduce oxidative stress and is associated with favorable changes in the structure of cell membranes. Established biomarkers of adverse prognosis in the thrombolytic therapy: Increased levels of matrix metalloproteinase-9, high sensitivity C-reactive protein of the blood plasma.

Keywords: ischemic stroke, thrombolytic therapy, oxidative stress, endothelial dysfunction, endogenous intoxication, matrix metalloproteinase-9.

УДК: 616.62:616.61-089.843

ОСОБЕННОСТИ РИТМА МОЧЕЙСПУСКАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПОЧКИ

В.Б. Бердичевский, Н.В. Толстоухова

ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия
ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1», г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Бердичевский Вадим Борисович – к.м.н. Место работы и должность: ассистент кафедры онкологии с курсом урологии ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: г. Тюмень, ул.Одесская, д. 54. E-mail: doctor_bba@mail.ru

Толстоухова Наталья Васильевна – к.м.н. Место работы и должность: заведующая отделением нефрологии ГБУЗ ТО "Областная клиническая больница №1". Адрес: г. Тюмень, ул. Котовского, д. 55.

Цель исследования: анализ причин дисфункции нижних мочевых путей у пациентов при стабильной работе почечного трансплантата. Материалы и методы: у пациентов при стабильной функции почечного трансплантата выявлены признаки гиперактивности нижних мочевых путей в 28,1% и гипорефлексии в 6,2% наблюдений. Результаты: увеличение количества суточных микций при стабильной работе почечного трансплантата, сопровождалось достоверным снижением физиологического объема мочевого пузыря и максимальной скорости потока

мочи, повышением уровня маркеров эндотелиальной дисфункции, специфических белков активаторов сократимости миоцитов, понижением общего вегетативного тонуса с формированием умеренной парасимпатикотонии. На уровне цитомембран наблюдалось нарастание их микровязкости со снижением активности мембранорецепции и катионного трансмембранного транспорта. При гипорефлексии нижних мочевых путей имели место более существенные отклонения анализируемых показателей. Заключение: Авторами высказывается предположение о том, что нарушение ритма мочеиспускания у пациентов после АТПП может быть одним из ранних предвестников обострения хронического криза отторжения, и самостоятельный анализ дневников мочеиспускания позволит им своевременно обратиться за специализированной помощью.

Ключевые слова: ритм мочеиспускание, почечный трансплантат.

По данным международного общества по удержанию мочи (ISC) для здорового человека характерно от 6 до 8 мочеиспусканий в сутки преимущественно в дневное время, после которых в мочевом пузыре должно остаться не более 50 мл мочи. Все остальные варианты учащенного, необильного, безболезненного мочеиспускания или сокращения количества микций менее пяти в сутки при достаточном диурезе, относятся к проявлениям дисфункции нижних мочевых путей и нуждаются в уточнении причин их вызывающих [1-4].

Выделяют идиопатическую дисфункцию нижних мочевых путей (ИДНМП), которая имеет место у 15-22% населения и часто сопровождается различными соматическими заболеваниями. Высказывается предположение, что системная ишемия на фоне эндотелиальной дисфункции (ЭД) в процессе течения основного заболевания, нарушает стабильность механизмов внутрисосудистого свертывания крови с появлением избыточного количества фибриногена и продуктов его распада – фибринопептидов А и Б. Эти белки обладают свойством эндогенных активаторов сократимости миоцитов (ЭАСМ), которое вызывают спазм региональных гладкомышечных образований. Их дистанционное влияние связывается с несостоятельностью защиты клеточных мембран на локальном уровне. Нарушение структурно-функциональной организации цитомембран сопровождается снижением активности процессов мембранорецепции и катионного трансмембранного транспорта, что неизбежно клинически проявляется дисфункцией органов-мишеней [5-8].

Суррогатными маркерами эндотелиальной дисфункции общепринято считать С-реактивный белок (СРБ), интерлейкины (ИЛ-1-а, ИЛ-6, ИЛ-8), фактор некроза опухоли-альфа (ФНО-альфа). При этом установлено, что фактор некроза опухоли-альфа, стимулирует активность фактора роста нервов (ФРН), который относится к маркерам ЭАСМ [9, 10].

Нейрогенная дисфункция нижних мочевых путей (НДНМП) наблюдается от 9 до 40% пациентов страдающих различными заболеваниями нервной системы. При этом нарушение вегетативного баланса сопровождающего основное заболевание и несостоятельность мембранной нейрорецепции на уровне миоцитов мишеней (детрузор, уретра), является основой для клинических проявлений нарушения процесса накопления и эвакуации мочи в условиях адекватного диуреза [1-4].

Существует и комбинированная форма нарушения функций нижних мочевых путей, которая имеет место у пациентов после трансплантации почки. В основе формирования нарушений ритма мочеиспускания у этих больных лежат как системные реакции, сопровождающие хронический криз отторжения, так и нейрогенные последствия гетеротопического размещения денервированной трупной почки в подвздошной области [1, 2, 11-15].

Материалы и методы.

В рамках настоящего исследования проведен ретроспективный анализ проявлений дисфункции нижних мочевых путей у 32 пациентов (15 мужчин и 17 женщин), которым в клинике урологии ГБОУ ВПО ТюмГМУ была выполнена гетеротопическая аллотрансплантация трупной почки по поводу терминальной стадии хронической почечной недостаточности на фоне хронического гломерулонефрита.

Всем пациентам после осмотра профильными специалистами, включающими невропатолога, уролога, женщины консультированы гинекологом, выполнялись общеклинические и функциональные исследования в соответствии с техническими рекомендациями и стандартами международного общества по удержанию мочи (ICS). Биохимические и иммунологические исследования проведены в лаборатории ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1» методом твердофазного иммуноферментного анализа Multiscan

(TermoLabSistem, США) с наборами соответствующих реактивов (Berder Medsystems, Biomedica и DRG): определялись интерлейкины (IL-1- α , IL-6, IL-8), фактор некроза опухоли (ФНО- α). Общие биохимические исследования венозной крови выполнены на анализаторах (Beckman Coulter). Количественное определение фибриногена выполнено хронометрическим методом (Claus) на коагулометре Start-4. С-реактивный белок анализировался турбидиметрическим методом по агглютинации латексных частиц (Humalyzer 3000, Human).

Специальные биохимические исследования клеточных мембран выполнялись на универсальной модели эритроцита, позволяющей опосредованно судить и о состоянии цитотелиа миоцитов. Исследования проводились в проблемной лаборатории ЦНИЛа ТюмГМУ и включали в себя: определение содержания суммарных фосфолипидов клеточных мембран эритроцитов (СФЛ) по реакции с малахитовым зеленым на неорганический фосфор и общего холестерина (ОХС) по методу Златкиса-Зака. Определение активности натрийкалий АТФ-азы в мембранах эритроцитов. Методики исследования подробно описаны в монографии «Современные методы в биохимии» (Стальная И.Д., Гаришвили Т.Г., 1977) и в методических рекомендациях «Лабораторные исследования состояния активности свободно-радикального окисления липидов и антиоксидантной защиты в крови» [16, 17].

Состояние адренореактивности организма обследованных пациентов оценивали по уровню β -адренорецепции мембран эритроцитов (β -АРМ) с использованием диагностического набора реактивов «В-АРМ-Агат» (ООО «Агат-Мед», г. Москва). Мембранореактивность выражалась в условных единицах. Согласно условиям исследования, чем выше уровень катехоламинов в крови, тем выше значение показателей В-АРМ мембран эритроцитов [18].

Холинореактивность организма обследованных пациентов определяли по уровню активности сывороточной холинэстеразы с помощью кинетического колориметрического теста, используя набор реактивов фирмы Sentimel (Италия). Активность фермента выражалась в международных единицах на литр. Согласно условиям исследования, чем ниже уровень холинэстеразы в крови, тем выше уровень свободного ацетилхолина выделенного из клеточного депо. Это связано с

энергичным расходом фермента в процессе ингибирования нейромедиатора [19].

Уродинамические исследования позволяющие дифференцировать сенсорные, моторные и сфинктерные виды нарушения мочеиспускания проводились на аппарате «Solar Uro» производство Нидерланды [1-4].

Суточное мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ) с изучением variability сердечного ритма выполнялось с помощью переносных суточных мониторов производства ОАО «Инкарт» (Санкт-Петербург) в течение 24 часов. Определяли средние за сутки показатели числа сердечных сокращений и временные параметры variability сердечного ритма.

Оценку сегментарных механизмов вегетативное регуляции проводили по показателям высокочастотного компонента (HF) отражающего парасимпатическое влияние на органы-мишени, низкочастотного компонента (LF) отражающего преимущественно симпатическое влияние и надсегментарного очень низкочастотного компонента (VLF), отражающего степень активности церебральных эрготропных систем. Для оценки суммарной активности воздействий ВНС вычисляли показатель ТФ-отражающий общую мощность спектра воздействия ВНС [20].

Результаты исследования.

На момент обследования средний возраст пациентов составил $44,5 \pm 4,1$ года, средний срок функции пересаженной почки составил $6,5 \pm 0,9$ лет. При очередной плановой госпитализации, подтверждающей стабильность функции почки со стандартным диурезом, после исключения воспалительных и обструктивных осложнений со стороны нижних мочевых путей, им было предложено заполнить анкету признаков болезни нижних мочевых путей (I-PSS), анкету качества жизни (QOL) и трех суточный дневник мочеиспускания в режиме реального времени.

В процессе тестирования у 9 (28,1%) пациентов были выявлены признаки дисфункции нижних мочевых путей в виде учащенного, необильного, безболезненного мочеиспускания с ночными микциями и элементами ургентности. Однако это не влияло на качество жизни и не стало поводом для активного обращения к врачу. У 2 (6,2%) пациентов имела место гипорефлексия нижних мочевых путей с количеством суточных 5 и менее. В 21 (65,6%) наблюдениях нарушения мочеиспускания больные не отмечали.

Сравнительный анализ маркеров эндотелиальной дисфункции и эндогенных активаторов сократимости миоцитов у пациентов после АТПП ($X \pm m$)

Анализируемый показатель	Здоровые (n=16)	АТПП без ДНМП (n=16)	АТПП с ДНМП (n=9)
<i>Иммунные маркеры эндотелиальной дисфункции</i>			
ИЛ-1- α , пкг/мл	42,13 \pm 1,32	46,22 \pm 2,10	58,32 \pm 1,43*
ИЛ-6, пкг/мл	26,50 \pm 2,34	32,55 \pm 2,43	47,34 \pm 1,06*
ИЛ-8, пкг/мл	35,42 \pm 2,76	41,44 \pm 1,66	59,87 \pm 1,24*
ФНО- α , пкг/мл	137,44 \pm 0,25	139,60 \pm 2,55	177,10 \pm 2,12*
<i>Специфические белки</i>			
С-реактивный белок, ммоль/л	3,5 \pm 1,2	5,9 \pm 1,5	9,8 \pm 1,3*
Фибриноген, ммоль/л	3216 \pm 232	3567 \pm 113	4363 \pm 368*
<i>Показатели мочеиспускания</i>			
Общий диурез, мл	1650 \pm 135	1785 \pm 165	1643 \pm 120
Разовый диурез, мл	236 \pm 42	255,0 \pm 55	154,0 \pm 60*
Число микций, сут	7,0 \pm 1,0	7,0 \pm 1,5	10,5 \pm 0,5*
Качество жизни (QoL) баллы	0,5 \pm 0,2	1,0 \pm 0,5	2,5 \pm 1,5*

Примечание: * – $p < 0,05$ различия статистически достоверны по сравнению со здоровыми;

P_{2-3} – различия статистически достоверны по сравнению с больными АТПП без ДНМП.

Результаты сравнительного анализа показателей маркеров эндотелиальной дисфункции (ЭД) и специфических белков крови влияющих на сократимость миоцитов (ЭАСМ), у 16 пациентов после АТПП представлены в таблице 1.

Полученные данные указывали на то, что в условиях стабильной функции пересаженной почки при адекватном диурезе (1785 \pm 165 мл) и стандартном количестве микций (7,0 \pm 1,5), разовый объем мочеиспускания (255,0 \pm 55) полностью удовлетворял ожидания пациентов и лечащего врача. При этом уровень маркеров ЭД и специфических белков влияющих на ЭАСМ у пациентов с проявлениями гиперактивности мочевых путей оказался достоверно выше ($p < 0,05$), что не ис-

ключало их патологической значимости в реализации нарушения мочеиспускания. Количество микций в этой группе больных увеличивалось с 7,0 \pm 1,5 до 10,5 \pm 0,5 в сутки ($p < 0,05$), что несколько смущало пациентов, но не стало поводом для обращения к нефрологу.

Результаты сравнительного анализа функционального состояния нижних мочевых путей у пациентов после АТПП представлены в табл. 2.

По данным уродинамических исследований, в условиях стабильной функции пересаженной почки при стандартном количестве микций, имело место некоторое уменьшение физиологического, максимального объема мочевого пузыря со снижением скорости потока мочи.

Таблица 2

Сравнительный анализ функционального состояния нижних мочевых путей у пациентов после АТПП ($X \pm m$)

Анализируемый показатель	Здоровые (n=16)	АТПП без ДНМП (n=16)	АТПП с ДНМП (n=9)
Физиологический объем мочевого пузыря, мл	236 \pm 42	255,0 \pm 25	154,0 \pm 60*
Максимальный объем мочевого пузыря, мл	465 \pm 140	385 \pm 132	316 \pm 54
Максимальная скорость потока мочи, мл/сек	24,5 \pm 2,2	20,7 \pm 2,5	12,44 \pm 2,3*

Примечание: * – $P_{1-2} < 0,05$ различия статистически достоверны по сравнению со здоровыми;

P_{2-3} – различия статистически достоверны по сравнению с АТПП без ДНМП.

Таблица 3

Сравнительный спектральный анализ variability сердечного ритма у пациентов после АТПП ($X \pm m$)

Уровни регуляции и параметры	Здоровые (n=16)		АТПП без ДНМП (n=16)		АТПП с ДНМП (n=9)	
	мс ²	%	мс ²	%	мс ²	%
TF, мс ²	2544±176	100	1974±101*	100	1923±91	100
<i>Головной мозг</i>						
ULF, мс ²	54±44	2,1	181±102	8,4	196±114	10,2
VLF, мс ²	726±130	28,5	1321±215*	61,3	1310±124	68,1
<i>Спинальный мозг</i>						
LF, мс ² (симпатическая ВНС)	951±310	37,5	105±22*	4,9	104±31	5,4
HL, мс ² (парасимпатическая ВНС)	813±214	31,9	548±95	25,4	313±47*	16,3

Примечание: * – $P_{1-2} < 0,05$ различия статистически достоверны по сравнению со здоровыми; P_{2-3} – различия статистически достоверны по сравнению с больными АТПП без ДНМП.

Клинические проявления гиперактивности нижних мочевых путей сопровождались статистически значимым уменьшением физиологического объема мочевого пузыря с $255,0 \pm 25$ до $154,0 \pm 60$ мл ($p < 0,05$) и максимальной скорости потока мочи с $20,7 \pm 2,5$ до $12,44 \pm 2,3$ мл ($p < 0,05$).

Сравнительный анализ активности вегетативной нервной системы (ВНС) по variability сердечного ритма у пациентов после АТПП представлен в таблице 3.

Как видно из представленных данных, у пациентов на фоне адекватной комбинированной иммуносупрессии, обеспечивающей стабильно работающий почечный аллотрансплантат и нормальный ритм мочеиспускания, имело место достоверное снижение общего вегетативного тонуса с 2544 ± 176 до 1974 ± 101 мс² ($p < 0,05$), за счет преимущественного падения сегментарного симпатического контроля (951 ± 310 и 105 ± 22 мс²; $p < 0,05$) со стороны ВНС. При клинической ма-

нифестации гиперактивности нижних мочевых, выявлено дальнейшее снижение общего вегетативного тонуса, ослабление сегментарного контроля ВНС с сохранением умеренной сегментарной парасимпатикотонии (104 ± 31 и 313 ± 47 мс²; $p < 0,05$).

Сравнительные показатели липидной фазы мембран эритроцитов, β -АРМ эритроцитов, сывороточной холинэстеразы и активности $Na^+ - K^+ATP$ -азы у пациентов после АТПП представлены в таблице 4.

Из полученных данных видно, что при неосложненном течении отдаленного пострасплатационного периода, структурно - функциональная организация цитомембран эритроцитов, состояние процессов мембранорецепции и катионного трансмембранного транспорта, существенно не отличались от показателей здоровых людей.

Таблица 4

Показатели липидной фазы мембран эритроцитов, β -АРМ эритроцитов, сывороточной холинэстеразы и активности $Na^+ - K^+ATP$ -азы, у пациентов после АТПП ($X \pm m$)

Показатель	Здоровые (n=16)	АТПП без ДНМП (n=16)	АТПП с ДНМП (n=9)
Фосфолипиды, мкмоль/мл	3,08±0,03	2,98±0,02	2,82±0,02*
Холестерин, мкмоль/мл	0,82±0,03	0,83±0,03	0,90±0,03*
ХС/ФЛ, индекс вязкости	0,26±0,03	0,27±0,02	0,32±0,02*
β -АРМ, у.е.	12,4±3,5	11,5±1,5	7,8±1,0*
ХЭ, Ме/л	6523±320	7133±117	6833±126*

Примечание: * – $P_{1-2} < 0,05$ различия статистически достоверны по сравнению со здоровыми; P_{2-3} – различия статистически достоверны по сравнению с больными АТПП без ДНМП.

Клинические проявления гиперактивности нижних мочевых путей после АТПП наблюдались при достоверном снижении активности процессов мембранорецепции и особенного ферментативного обеспечения катионного трансмембранного транспорта ($p < 0,05$). Все это происходило на фоне повышения жесткости мембран (индекс микровязкости $0,27 \pm 0,02$ и $0,32 \pm 0,02$; $p < 0,05$).

Комплексные исследования анализируемых показателей у пациентов с гипорефлексией нижних мочевых путей были немногочисленны, что бы делать обоснованные заключения, однако они выявили тенденции к более существенным лабораторным и функциональным отклонениям, сопровождающим этот вид дисфункции.

Обсуждение результатов.

Проведенные исследования показали, что увеличение количества суточных микций при стабильной работе почечного трансплантата, формируется на фоне функционального снижения физиологического объема мочевого пузыря и максимальной скорости потока мочи. Для прояв-

ления гиперативности мочевых путей характерно повышение уровня маркеров эндотелиальной дисфункции и специфических белков активаторов сократимости миоцитов, понижение общего вегетативного тонуса с формированием умеренной парасимпатикотонии. На уровне цитомембран наблюдалось нарастание микровязкости со статистически значимым снижением активности мембранорецепции и катионного трансмембранного транспорта. При гипорефлексии нижних мочевых путей имели место более существенные отклонения изучаемых показателей.

Заключение.

Анализируя данные литературы и результаты собственных клинических наблюдений, авторами высказывается предположение о том, что нарушение ритма мочеиспускания у пациентов после АТПП может быть одним из ранних предвестников обострения хронического криза отторжения и самостоятельный анализ дневников мочеиспускания пациентами позволит своевременно обратиться за специализированной помощью.

Литература:

1. Гаджиева З.К. Уродинамические исследования в диагностике и лечении нарушений мочеиспускания: Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 2009.
2. Куприн В.Н., Белова А.Н. Нейроурология. Руководство для врачей. – М.: Антидор, 2005. – 464 с.
3. Пушкарь Д.Ю., Касьян Г.Р. Функциональная урология и уродинамика. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.
4. Abrams P., Cardozo L., Fall M., Griffiths D., Rosier P., Ulmsten U., van Kerrebroeck P., Victor A., Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International continence society // *Neurourol. Urodyn.* – 2002. – Vol. 21, № 2. – P. 167-178.
5. Куликова А.И., Тугушева Ф.А., Митрофанова О.В. Фосфолипидный спектр и антиоксидантный статус крови больных с хроническим гломерулонефритом с сохранной функцией почек // *Нефрология.* – 2005. – Том 4, № 2. – С. 41-47.
6. Маргиева Т.Е. Сергеева Т.В. Участие маркеров эндотелиальной дисфункции в патогенезе хронического гломерулонефрита // *Вопросы современной педиатрии.* – 2006. – Том 3, № 5. – С. 5-6.
7. Циркин В.И., Ноздрачев А.Д., Трухин А.Н., Сизова Е.Н. Влияние эндогенных модуляторов Альфа-адрено- и М-холинореактивности на вариабельность сердечного ритма // *Доклады РАН.* – 2004. – Том 394, № 4. – С. 562-565.

Транслитерация:

1. Gadzhieva Z.K. Urodynamic studies in diagnosis and treatment of urinary disorders: Diss. ... dokt. med. nauk. – M., 2009. (In Russ)
2. Kuprin V.N., Belova A.N. Nejrourologija. Rukovodstvo dlja vrachej. – M.: Antidor, 2005. – 464 s. (In Russ)
3. Pushkar' D.Ju., Kas'jan G.R. Funkcional'naja urologija i urodinamika. – M.: GJeOTAR-Media, 2013. (In Russ)
4. Abrams P., Cardozo L., Fall M., Griffiths D., Rosier P., Ulmsten U., van Kerrebroeck P., Victor A., Wein A. The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the standardisation sub-committee of the International continence society // *Neurourol. Urodyn.* – 2002. – Vol. 21, № 2. – P. 167-178.
5. Kulikova A.I., Tugusheva F.A., Mitrofanova O.V. Fosfolipidnyj spektr i antioksidantnyj status krvi bol'nyh s hronicheskim glomerulonefritom s sohrannoju funkciej pochek // *Nefrologija.* – 2005. – Tom 4, № 2. – S. 41-47. (In Russ)
6. Margieva T.E. Sergeeva T.V. Uchastie markerov jendotelial'noj disfunkcii v patogeneze hronicheskogo glomerulonefrita // *Voprosy sovremennoj pediatrii.* – 2006. – Tom 3, № 5. – S. 5-6. (In Russ)
7. Cirkin V.I., Nozdachev A.D., Truhin A.N., Sizova E.N. Vlijanie jendogennyh moduljatorov Al'fa-adrenoi i M-holinoreaktivnosti na variabel'nost' serdechnogo ritma // *Doklady RAN.* – 2004. – Tom 394, № 4. – S. 562-565. (In Russ)

8. Ivanov I.T., Paarvanova B., Slavov T. Performing your original search, erythrocyte membrane model of relaxation // *Bioelectrochemistry*. – 2012. – Dec. – Vol. 88. – P. 148-155.
9. Зубова С.Г. Экспрессия трансформирующего фактора роста бета и фактора некроза опухолей альфа в процессе ответа макрофага на активацию: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2000. – 26 с.
10. Webb N.J., Brenchey P.E. Cytokines and cell adhesion molecules in the inflammatory response during acute pyelonephritis // *Nephron. Exp. Nephrol.* – 2004. – Vol. 96, № 1. – P. 1-6.
11. Григорян В.А., Каабак М.М., Чалый М.Е. Применение альфа-1 адреноблокаторов после трансплантации почки // Конгресс Российского общества урологов. Материалы конгресса. 10-12 сентября 2004. – Саратов. <http://Urolog-Site.ru/materiali/Saratov>.
12. Мойсюк Я.Г., Багненко С.Ф., Резник О.Н. Современные методы и перспективы изъятия и консервации почечного трансплантата от асистолического донора // *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. – 2003. – № 2. – С. 32-42.
13. Столяревич Е.С., Томилина Н.А. Эволюция представлений о причинах поздней дисфункции трансплантированной почки // *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. – 2015. – Том 17, № 2. – С. 111-112.
14. Шумаков В.И. Проблемы трансплантологии с позиции энергоинформационной биологии и медицины // *Вестник трансплантологии и искусственных органов*. – 2004. – № 1. – С. 10-15.
15. Kasiske B.L., Zeier M.G., Chapman J.R., Craig J.C. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients: a summary // *Kidney Int.* – 2010. – Feb. – Vol. 77, № 4. – P. 299-311.
16. Журавлева Т.Д., Суплотов С.Н., Платицын В.А. Лабораторные исследования состояния активности свободно-радикального окисления липидов и антиоксидантной защиты в крови: учебное пособие. – Тюмень, 2009. – 47 с.
17. Li H., Lykotraftis G. Erythrocyte membrane model with explicit description of the lipid bilayer and the spectrin network // *Biophys J.* – 2014. – Aug 5. – Vol. 107, № 3. – P. 642-653.
18. Стрюк Р.И., Длусская И.Г. Адренореактивность и сердечно-сосудистая система. – М.: Медицина, 2003.
19. Стрельникова А.И., Цирикин В.И., Крысова А.В. и др. М-холинореактивность эритроцитов небеременных и беременных женщин, определяемая по изменению скорости агглютинации эритроцитов под влиянием ацетилхолина // *Бюллетень экспериментальной биологии и медицины*. – 2012. – № 1. – С. 4.
8. Ivanov I.T., Paarvanova B., Slavov T. Performing your original search, erythrocyte membrane model of relaxation // *Bioelectrochemistry*. – 2012. – Dec. – Vol. 88. – P. 148-155.
9. Zubova S.G. Jekspressija transformirujushhego faktora rosta beta i faktora nekroza opuholej al'fa v processe otveta makrofaga na aktivaciju: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. – Sankt-Peterburg, 2000. – 26 s. (In Russ)
10. Webb N.J., Brenchey P.E. Cytokines and cell adhesion molecules in the inflammatory response during acute pyelonephritis // *Nephron. Exp. Nephrol.* – 2004. – Vol. 96, № 1. – P. 1-6.
11. Grigorjan V.A., Kaabak M.M., Chalyj M.E. Primenenie al'fa-1 adrenoblokatorov posle transplantacii pochki // *Kongress Rossijskogo obshhestva urologov. Materialy kongressa. 10-12 sentjabrja 2004.* – Saratov. <http://Urolog-Site.ru/materiali/Saratov>. (In Russ)
12. Mojsjuk Ja.G., Bagnenko S.F., Reznik O.N. Sovremennye metody i perspektivy iz#jatija i konservacii pochechnogo transplantata ot asistolicheskogo donora // *Vestnik transplantologii i iskusstvennyh organov*. – 2003. – № 2. – S. 32-42. (In Russ)
13. Stoljarevich E.S., Tomilina N.A. Jevoljucija predstavlenij o prichinah pozdnej disfunkcii transplantirovannoj pochki // *Vestnik transplantologii i iskusstvennyh organov*. – 2015. – Tom 17, № 2. – S. 111-112. (In Russ)
14. Shumakov V.I. Problemy transplantologii s pozicij jenergoinformacionnoj biologii i mediciny // *Vestnik transplantologii i iskusstvennyh organov*. – 2004. – № 1. – S. 10-15. (In Russ)
15. Kasiske B.L., Zeier M.G., Chapman J.R., Craig J.C. KDIGO clinical practice guideline for the care of kidney transplant recipients: a summary // *Kidney Int.* – 2010. – Feb. – Vol. 77, № 4. – P. 299-311.
16. Zhuravleva T.D., Suplotov S.N., Platicyn V.A. Laboratornye issledovanija sostojanija aktivnosti svobodno-radikal'nogo okislenija lipidov i antioksidantnoj zashhity v krovi: uchebnoe posobie. – Tjumen', 2009. – 47 s. (In Russ)
17. Li H., Lykotraftis G. Erythrocyte membrane model with explicit description of the lipid bilayer and the spectrin network // *Biophys J.* – 2014. – Aug 5. – Vol. 107, № 3. – P. 642-653.
18. Strjuk R.I., Dlusskaja I.G. Adrenoreaktivnost' i serdechno-sosudistaja sistema. – M.: Medicina, 2003. (In Russ)
19. Strel'nikova A.I., Cirikin V.I., Krysova A.V. i dr. M-holinoreaktivnost' jeritrocitov neberemennyh i beremennyh zhenshin, opredeljaemaja po izmeneniju skorosti aggljutinacii jeritrocitov pod vlijaniem acetilholina // *Bjulleten' jeksperimental'noj biologii i mediciny*. – 2012. – № 1. – S. 4. (In Russ)

20. Борисов В.В., Акарачкова Е.С., Шварков С.Б. Значение дисфункции вегетативной нервной системы при идиопатическом мочевоом пузыре у женщин // Урология. – 2012. – № 1. – С. 33-37.
20. Borisov V.V., Akarachkova E.S., Shvarkov S.B. Znachenie disfunkcii vegetativnoj nervnoj sistemy pri idiopaticeskom mochevom puzyre u zhenshin // Urologija. – 2012. – № 1. – S. 33-37. (In Russ)

FEATURES URINATION RHYTHM IN PATIENTS AFTER KIDNEY TRANSPLANTATION

V.B. Berdichevskyy, N.V. Tolstoukhova

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia
Tyumen regional clinical hospital №1, Tyumen, Russia

Analysis of the causes of lower urinary tract dysfunction in patients with stable renal transplant operation Materials and Methods: Patients with stable function kidney transplant showed signs of hyperactivity of the lower urinary tract in 28.1% and hyporeflexia in 6.2% of cases. Results: An increase in the number of daily miktsy in stable kidney transplant operation, accompanied by a significant decrease physiological bladder volume and maximum urinary flow rate, increased levels of markers of endothelial dysfunction, specific proteins activators myocyte contractility, a decrease in the general vegetative tone with the formation of a moderate parasimpatikotonii. At the level of increase in their observed cytomembranes microviscosity with decreased activity and cationic membranoretseptii transmembrane transport. When hyporeflexia lower urinary tract have been more substantial deviation of the analyzed indicators. Conclusion: The authors have suggested that a violation of urination rhythm in patients after ATTP may be one of the earliest precursors of crisis exacerbation of chronic rejection, and independent analysis of voiding diaries allow them to promptly seek specialized help.

Keywords: rhythm urination, kidney transplant.

УДК: 616-089.843

ЭВОЛЮЦИЯ РАЗРАБОТОК УСТРОЙСТВ ИЗ НИКЕЛИДА ТИТАНА ДЛЯ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПРЕССИОННЫХ МЕЖКИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ

П.И. Лейманченко, В.Ф. Алиев, С.Б. Азизов, А.Г. Крутских

ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Контактная информация:

Лейманченко Павел Иванович – очный аспирант кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: г. Тюмень, МСЧ «Нефтяник» 4-ый км Червишевского тракта, стр. 1. E-mail: huba1@yandex.ru

Алиев Вагиф Фуадович – студент 4 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России Адрес: г. Тюмень, ул. Одесская, д. 54. E-mail: vaga.vag@yandex.ru

Азизов Сахават Бахарчиевич – заместитель главного врача по ЭВН ММАУ «Городская поликлиника №12», г. Тюмень; заочный аспирант кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России, Адрес: г. Тюмень, ул. Народная, д. 6/1. Телефон: (3452) 56-12-26. E-mail: Azizli82@mail.ru

Крутских Анна Григорьевна – очный аспирант кафедры общей хирургии ГБОУ ВПО «Тюменский государственный медицинский университет» Минздрава России. Адрес: г. Тюмень, МСЧ «Нефтяник» 4-ый км Червишевского тракта, стр. 1. E-mail: anna_krutskich@mail.ru

Проведен анализ средств для формирования компрессионных анастомозов в хирургии желудочно-кишечного тракта при помощи никелид титановых имплантатов. Показано, что предпочтение в разработках отдаются проволочным материалам из-за простоты использования, маловесности, отсутствие проблем с эвакуацией при их отторжении из зоны соустья. Остаются нерешенными вопросы, связанные с первичной проходимостью компрессионного анастомоза, профилактикой травмирования кишечных стенок, оптимизации техники операции с их использованием.

Ключевые слова: анастомоз, никелид титановый имплантат, компрессионное устройство, первичная проходимость соустья

Проблема формирования надежного и безопасного хирургического шва в абдоминальной хирургии остается окончательно не решенной проблемой. Доля несостоятельности межкишечных соустьев в плановой хирургии желудочно-кишечного тракта составляет 1–12%, а при выполнении неотложных операций – 15-20% [3, 4, 9, 12, 23]. Поэтому в настоящее время повышаются требования к технике операции, качеству и надежности хирургического шва толстой кишки.

Несмотря на постоянное совершенствование техники формирования толстокишечных анастомозов, модернизацию современных сшивающих аппаратов, утверждать, что толстокишечный шов стал абсолютно безопасным, не приходится. Одним из главных недостатков традиционных способов соединения кишечных стенок является то, что шовные нити и металлические скрепки, являясь инородными включениями, удлиняют сроки регенерации тканей, вызывают развитие острой, а затем и хронической воспалительной реакции [3, 10, 13, 16].

Компрессионные способы межкишечного анастомозирования все чаще рассматривают как альтернативу традиционным швам. Способ обеспечивает надёжный гемостаз в зоне анастомоза, отсутствие имплантационного материала в виде лигатур и скобок. Главное преимущество компрессионного шва связано с особенностями морфогенеза. При этом создаются лучшие условия для регенерации тканей, непродолжительная воспалительная реакция, оптимальные условия кровообращения в зоне соустья, максимальное сохранение футлярного строения кишечной стенки [3, 5, 6, 10, 17, 23].

Для формирования компрессионного шва применяют аппараты серии АКА, биофрагментирующиеся кольца, магнитные элементы, кольца VAR. Но из-за технических и конструктивных сложностей широкого распространения в хирургии они не получили.

Последние 20 лет большой интерес вызывают новые технологии компрессионного анастомозирования кишечных стенок при помощи никелид-титановых (TiNi) устройств, обладающих термомеханической памятью формы, биохимической и биомеханической совместимостью с тканями организма. Они обеспечивают заданную и постоянную силу компрессии между витками устройства, отторгаются и выделяются из желудочно-

кишечного тракта естественным путем, могут применяться неограниченное количество раз [17].

На сегодняшний день создано большое количество компрессионных устройств с памятью формы для создания анастомозов в желудочно-кишечной хирургии. Предпочтение отдают устройствам из проволочного материала марки ТН-10. Поскольку они легковесны, просты в использовании, беспрепятственно отторгаются и эвакуируются из желудочно-кишечного тракта.

Первые экспериментальные и клинические исследования по использованию компрессионных имплантатов из никелида титана в абдоминальной хирургии были начаты в конце 1980-х, и проводились под руководством профессора Р.В. Зиганьшина. Впервые было применено компрессионное устройство, представленное двумя витками монолитной никелид-титановой проволоки в виде «скрепки», которые соприкасаются между собой по образующей, в виде овала размерами 26,0x8,00 мм, диаметром сечения проволоки 1,90 мм [9, 10]. После имплантации в анастомозируемые полые органы производилось рассечение тканей в проекции «окна» устройства для восстановления проходимости.

Имплантат стал успешно применяться для формирования гастро-энтероанастомозов, энтеро-энтероанастомозов по типу бок в бок. Частота несостоятельности соустья составила 0,8%, а летальность – 0,3% [10].

И.Л. Нудельман с соавт. [25, 26] использовал скрепку в условиях открытых и лапароскопических операций на желудке и ободочной кишке, указали вообще отсутствие послеоперационных осложнений.

И.И. Розенфельд с соавт. [24] в эксперименте усовершенствовали имплантат типа скрепка. Он состоит из монолитной проволоки никелида титана, витки которой соприкасаются между собой по образующей. В месте будущей компрессии он имеет приплюснутую в передне-заднем направлении форму. Для обеспечения лучшего захвата имплантата пинцетом уменьшен диаметр проволоки на свободных её концах. В месте будущего смыкания витков имплантата на них нанесены специальные насечки в виде мелких борозд для лучшего сцепления с тканями, и осуществлено антисептическое магнетронное напыление ионов серебра. Нагревание его после имплантации для

формирования анастомоза осуществляется с помощью электрического тока низкого напряжения с определенным временем экспозиции электронагрева.

А.И. Кечеруков и соавт. [2, 19] предложили устройство из 3-х витков проволоки с диаметром поперечного сечения 1,9-2,3 мм для формирования термино-терминального толстокишечного анастомоза. Более большие размеры устройства требовали и больших вколов в соединяемых петлях кишечника через которые имплантируется устройство. Трехвитковая проволока обеспечивала более равномерную компрессию по всему периметру межкишечного соустья. Для удобства имплантации устройства и профилактики травмирования кишечных петель был предложен специальный инструмент – «Клипирующий ранорасширитель» [20]. Осложнения со стороны кишечного шва составляли 1,85–4,30% [3].

О.Б. Оспанов [18] модифицировал двухвитковое устройство для лапароскопической хирургии. Была применена клипса с суженной нижней носовой частью, при этом витки хвостовой части были продолжены. Во время паллиативных операций у онкологических больных ему удалось снизить частоту послеоперационных осложнений со стороны кишечного шва с 51,7 до 10,3% [18].

Г.Ц. Дамбаев и М.М. Соловьёв [8, 17] предложили модификацию аппарата О.Б. Оспанова, которая представляла собой клипсу из двух продолговатых U – образных браншей, компрессия которых наступала в результате проволоочной цилиндрической спирали, соединяющих их. При наложении соустья на тонкий кишечник, пружина обеспечивала пассаж жидкого и газообразного содержимого до момента отторжения устройства.

Б.К. Гиберт и соавт. [7, 17] применил новый линейный имплантат из никелида титана в виде пополам согнутой проволоки. А линейные бранши устройства, соединялись между собой C – образной перемычкой. Данные устройства применялись ранее для проведения операции компрессионной геморроидэктомии, разработанный Ф.Ш. Алиевым и соавт. [1]. Сформированное межкишечное соустье имело щелевидную форму. Однако они не обеспечивало первичной проходимости по кишечнику, поэтому почти всегда формировалась превентивная кишечная стома. Нередко длина конструкции не соответствовало

длине межкишечного соустья. Более того, компрессия тканей в области перегиба была выше, чем на концах браншей [17].

И.Г. Заговеньев предложил свой имплантат, который оказывал на ткани кишечной стенки более равномерную компрессию, за счёт C – образного изгиба, который являлся активным элементом конструкции. При этом происходило выдавливание кишечной ткани в сторону C – образного изгиба, где не осуществлялась компрессия. В результате этого, формировался мостик кишечной ткани, на которой оставалась конструкция и долго не отторгалась из зоны соустья [17]. Для того чтобы исключить выдавливания тканей, в имплантат И.Г. Заговеньева был введён дополнительный виток проволоки в область активного элемента конструкции. При этом, предупредив смещение сжатых тканей кишечной стенки, всё же основной недостаток в виде неравномерной компрессии с её уменьшением в сторону свободных концов браншей имплантата не был устранён.

Появление новых модификаций линейных межкишечных компрессионных имплантатов позволило добиться обеспечения первичной проходимости межкишечных соустьев. При всём этом всё же имелся риск попадания тканей в область перехода витков активного элемента конструкции в бранши, где не осуществлялась сжатие [17].

Новым этапом развития и совершенствования устройства по типу скрепки позволило формировать в зоне соустьев клапаны в виде кишечных лоскутов. Для этого оба замкнутых витка на конце имплантата были отогнуты от своей плоскости, что позволяло формировать клапан и не нарушать при этом гемодинамику стенки кишки [17]. Операции с применением данных устройств использовались для формирования эзофагоэнтеро- и гастроэнтеро анастомозов.

Для формирования тонко-толстокишечных анастомозов с арефлюксной функцией А.И. Кечеруковым и Ф.Ш. Алиевым были разработаны оригинальные устройства 2-х видов: П-образной и овальной формы с отогнутой браншей [21, 22]. Данные конструкции позволяют сохранить кровоснабжение в тканях в зоне «окна» устройства и предупредить развитие ишемического некроза тканей. Кроме того, в этих конструкциях проволоочный имплантат комбинируется с пористой пластиной, которая является каркасом для будущего клапанного кишечного лоскута. В их поры

прорастают ткани, и формируется единый композит ткань-имплантат [2].

Таким образом, при доказанных неоспоримых преимуществах компрессионного шва эволюция разработок компрессионных устройств связана, в основном, с проволочными типами конструкций и модернизацией устройства по типу «скрепки». Лёгкость и простота использования таких имплантатов делает данный метод формирования компрессионного межкишечного соустья наиболее эффективным. В то же время, нерешенными вопросами остаются:

– оптимизация компрессионного усилия при формировании компрессионных анастомозов в разных отделах желудочно-кишечного тракта,

– оптимизация способа операции с целью достижения максимальной асептичности манипуляций, минимальной травматизации тканей, достижения максимального по периметру соустья бесшовного соустья,

– вопросы достижения первичной проходимости через кольцо устройства, по показаниям формирования клапанных структур в зоне соустий.

Все это требует проведения дальнейших научных исследований.

Литература:

1. Алиев Ф.Ш. Разработка и применение компрессионной геморроидэктомии имплантатами с памятью формы: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Тюмень, 1992. – 32 с.
2. Алиев Ф.Ш., Бакшеев Е.Г., Далгатов М.А. Разработка способа хирургической реабилитации пациентов с кишечными стомами // Медицинская наука и образование Урала. – 2010. – Том 11, № 2-2 (62). – С. 9-10.
3. Алиев Ф.Ш., Гюнтер В.Э., Чернов И.А. Новые технологии в хирургии толстой кишки с применением никелид титановых имплантатов. – Тюмень: ООО «Печатник», 2012. – 192 с.
4. Алиев Ф.Ш., О.А. Молокова, В.Э. Гюнтер, И.А. Чернов, А.Г. Крутских, В.Ф. Алиев, П.И. Лейманченко, Азизов С.Б. Компрессионный способ анастомозирования толстой кишки имплантатами с памятью формы – альтернатива традиционным швам // Онкологическая колопроктология. – 2015. – Том 5, № 2. – С. 14-16.
5. Алиев Ф.Ш., Кечеруков А.И., Чернов И.А., Бардулин А.А., Лунтовский А.М. Результаты применения трехвиткового устройства с памятью для формирования компрессионных анастомозов // Медицинская наука и образование Урала. – 2008. – Том 9, № 5. – С. 9-10.
6. Гиберт Б.К. Разработка и применение имплантатов с памятью формы в билиодигестивной хирургии (экспериментально-клиническое исследование): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.27. – Томск, 1995. – 25 с.
7. Гиберт Б.К., Зайцев Е.Ю., Царик С.Л. Экспериментальное обоснование и клиническое применение отсроченных анастомозов в неотложной хирургии толстой кишки // Всероссийская конференция хирургов: Материалы. – Тюмень: Издательство ТГУ, 2003. – С. 147–148.

Транслитерация:

1. Aliev F.Sh. Razrabotka i primenenie kompressionnoj gemorroidjektomii implantatami s pamjat'ju formy: Avtoref. diss. ... kand. med. nauk. – Tjumen', 1992. – 32 s. (In Russ)
2. Aliev F.Sh., Baksheev E.G., Dalgatov M.A. Razrabotka sposoba hirurgicheskoj rehabilitacii pacientov s kischechnymi stomami // Medicinskaja nauka i obrazovanie Urala. – 2010. – Tom 11, № 2-2 (62). – S. 9-10. (In Russ)
3. Aliev F.Sh., Gjunter V.Je., Chernov I.A. Novye tehnologii v hirurgii tolstoj kishki s primeneniem nikelid titanovyh implantatov. – Tjumen': ООО «Pechatnik», 2012. – 192 s. (In Russ)
4. Aliev F.Sh., O.A. Molokova, V.Je. Gjunter, I.A. Chernov, A.G. Krutskih, V.F. Aliev, P.I. Lejmanchenko, Azizov S.B. Kompessionnyj sposob anastomozirovanija tolstoj kishki implantatami s pamjat'ju formy – al'ternativa tradicionnym shvam // Onkologicheskaja koloproktologija. – 2015. – Tom 5, № 2. – S. 14-16. (In Russ)
5. Aliev F.Sh., Kecherukov A.I., Chernov I.A., Baradulin A.A., Luntovskij A.M. Rezul'taty primeneniya trehvitkovogo ustrojstva s pamjat'ju dlja formirovanija kompressionnyh anastomozov // Medicinskaja nauka i obrazovanie Urala. – 2008. – Tom 9, № 5. – S. 9-10. (In Russ)
6. Gibert B.K. Razrabotka i primenenie implantatov s pamjat'ju formy v biliodigestivnoj hirurgii (jeksperimental'no-klinicheskoe issledovanie): Avtoref. dis. ... dokt. med. nauk: 14.00.27. – Tomsk, 1995. – 25 s. (In Russ)
7. Gibert B.K., Zajcev E.Ju., Carik S.L. Jeksperimental'noe obosnovanie i klinicheskoe primenenie otsrochennyh anastomozov v neotložnoj hirurgii tolstoj kishki // Vserossijskaja konferencija hirurogov: Materialy. – Tjumen': Izdatel'stvo TGU, 2003. – S. 147–148. (In Russ)

8. Дамбаева Е. Г. Формирование антирефлюксных компрессионно-клапанных анастомозов имплантатом с памятью формы (экспериментальное исследование): Дисс. ... канд. мед. наук: 14.00.27. – Томск, 2001. – 153 с.
9. Зиганьшин Р.В., Гиберт Б.К., Гюнтер В.Э. и др. Компрессионные анастомозы в желудочно-кишечной хирургии, выполненные, при помощи устройства из сплава с памятью формы // Хирургия. – 2000. – № 4. – С. 105–127.
10. Зиганьшин Р.В., Гюнтер В.Э., Гиберт Б.К. и др. Новая технология создания компрессионного анастомоза в желудочно-кишечной хирургии сверхэластичными имплантатами с памятью формы: монография. – Томск, 2000. – 176 с.
11. Кечеруков А.И., Чернов И.А., Алиев Ф.Ш. и др. Проблема хирургического шва толстой кишки // Хирургия. – 2013. – № 8. – С. 34–51.
12. Кечеруков А.И., Чернов И.А., Алиев Ф.Ш. Способ формирования компрессионного терминального тонкокишечного анастомоза в эксперименте // Всероссийская конференция хирургов: Материалы. – Тюмень: Изд-во ТГУ, 2003. – 147 с.
13. Кечеруков А.И., Чернов И.А., Алиев Ф.Ш. и др. Проблема хирургического шва толстой кишки // Хирургия. – 2013. – № 8. – С. 34–51.
14. Кечеруков А.И., Чернов И.А., Алиев Ф.Ш. Способ формирования компрессионного терминального тонкокишечного анастомоза в эксперименте // Всероссийская конференция хирургов: Материалы. – Тюмень: Изд-во ТГУ, 2003. – 147 с.
15. Кечеруков А.И., Зиганьпин Р.В., Алиев Ф.Ш. Хирургическое лечение геморроя в условиях поликлиники // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 1999. – № 11. – С. 26.15.
16. Молокова О.А., Кечеруков А.И., Алиев Ф.Ш. и др. Тканевые реакции при использовании современного шовного материала в хирургии толстой кишки // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. – 2007. – Том 143, № 6. – С. 714-717.
17. Медицинские материалы и имплантаты с памятью формы Гюнтер В.Э., Дамбаев Г.Ц., Сысолжтин П.Г., Зиганьшин Р.В. и др. – Томск, 1998.
18. Оспанов О.Б., Самойлов В.А., Дёмин Д.И. Лапароскопическая компрессионная технология выполнения анастомозов // Эндоскопическая хирургия. – 2000. – № 4. – С. 50.
19. Патент на изобретение 2199961 от 10.03.2003, РФ МКИ А61 В17/11 Способ формирования компрессионного терминального толстокишечного анастомоза / Кечеруков А.И., Чернов И.А., Горбачев В.Н., Гюнтер В.Э., Алиев Ф.Ш., Чинарев (РФ); - №99117935, заяв.09.08.99
20. Патент на изобретение 2268008 от 20.01.2006, РФ. Клипирующий ранорасширитель / Алиев Ф.Ш., Кечеруков А.И., Гюнтер В.Э., Чернов И.А. / - 2002108860, заяв.05.04.02г/. Бюл. №2 20.01.2006 г.
8. Dambaeva E. G. Formirovanie antirefljuksnyh kompressionno-klapannyh anastomozov implantatom s pamjat'ju formy (jeksperimental'noe issledovanie): Diss. ... kand. med. nauk: 14.00.27. – Tomsk, 2001. – 153 s. (In Russ)
9. Zigan'shin R.V., Gibert B.K., Gjunter V.Je. i dr. Kompressionnye anastomozy v zheludochno-kishechnoj hirurgii, vypolnennye, pri pomoshhi ustrojstva iz splava s pamjat'ju formy // Hirurgija. – 2000. – № 4. – S. 105–127. (In Russ)
10. Zigan'shin R.V., Gjunter V.Je., Gibert B.K. i dr. Novaja tehnologija sozdanija kompressionnogo anastomoza v zheludochno-kishechnoj hirurgii sverhjelastichnymi implantatami s pamjat'ju formy: monografija. – Tomsk, 2000. – 176 s. (In Russ)
11. Kecherukov A.I., Chernov I.A., Aliev F.Sh. i dr. Problema hirurgicheskogo shva tolstoj kishki // Hirurgija. – 2013. – № 8. – S. 34–51. (In Russ)
12. Kecherukov A.I., Chernov I.A., Aliev F.Sh. Sposob formirovanija kompressionnogo terminal'nogo tonkokishechnogo anastomoza v jeksperimente // Vserossijskaja konferencija hirurgov: Materialy. – Tjumen': Izd-vo TGU, 2003. – 147 s. (In Russ)
13. Kecherukov A.I., Chernov I.A., Aliev F.Sh. i dr. Problema hirurgicheskogo shva tolstoj kishki // Hirurgija. – 2013. – № 8. – S. 34-51. (In Russ)
14. Kecherukov A.I., Chernov I.A., Aliev F.Sh. Sposob formirovanija kompressionnogo terminal'nogo tonkokishechnogo anastomoza v jeksperimente // Vserossijskaja konferencija hirurgov: Materialy. – Tjumen': Izd-vo TGU, 2003. – 147 s. (In Russ)
15. Kecherukov A.I., Ziganypin R.V., Aliev F.Sh. Hirurgicheskoe lechenie gemorroja v uslovijah polikliniki // Hirurgija. Zhurnal im. N.I. Pirogova. – 1999. – № 11. – S. 26.15. (In Russ)
16. Molokova O.A., Kecherukov A.I., Aliev F.Sh. i dr. Tkanevye reakcii pri ispol'zovanii sovremennogo shovnogo materiala v hirurgii tolstoj kishki // Bjulleten' jeksperimental'noj biologii i mediciny. – 2007. – Tom 143, № 6. – S. 714-717. (In Russ)
17. Medicinskie materialy i implantaty s pamjat'ju formy Gjunter V.Je., Dambaev G.C., Sysoljatin P.G., Zigan'shin R.V. i dr. – Tomsk, 1998. (In Russ)
18. Ospanov O.B., Samojlov V.A., Djomin D.I. Laparoskopicheskaja kompressionnaja tehnologija vypolnenija anastomozov // Jendoskopicheskaja hirurgija. – 2000. – № 4. – S. 50. (In Russ)
19. Patent na izobretenie 2199961 ot 10.03.2003, RF MКИ А61 В17/11 Sposob formirovanija kompressionnogo terminal'nogo tolstokishechnogo anastomoza / Kecherukov A.I., Chernov I.A., Gorbachev V.N., Gjunter V.Je., Aliev F.Sh., Chinarev (RF); - №99117935, zajav.09.08.99 (In Russ)
20. Patent na izobretenie 2268008 ot 20.01.2006, RF. Klipirujushhij ranorasshiritel' / Aliev F.Sh., Kecherukov A.I., Gjunter V.Je., Chernov I.A. / - 2002108860, zajav.05.04.02g/. Bjul. №2 20.01.2006 g. (In Russ)

21. Патент на изобретение RUS 2270622 от 05.04.2002 Устройство для создания клапанного компрессионного анастомоза бок в бок / Кечеруков А.И., Алиев Ф.Ш., Гюнтер В.Э., Чернов И.А., Цирятьева С.Б.
22. Патент на изобретение RUS 2453284 16.03.2011 Способ лечения острой кишечной непроходимости правой половины толстой кишки / Алиев Ф.Ш., Азизов С.Б., Головачев О.В., Козлов Л.Б.
23. Плотников В.В. Разработка и применение компрессионного циркулярного шва на ободочной и прямой кишке: Дисс. ... докт. мед. наук: 14.00.27. – Омск, 2001. – 352 с.
24. Розенфельд И. И. Устройство для наложения анастомозов полых органов желудочно-кишечного тракта / И.И. Розенфельд, Е.М. Мохов, Ю.А. Соколов // Патент на полезную модель № 143443. – Опубликовано 20.12. 2013.
25. Nudelman I.L., Fuko V.V., Waserberg N. Anastomosis performed with a memory-shaped device // The American journal of surgery. – 2013. – Vol. 170. – P. 234–250.
26. Nudelman I.L., Fuko V.V., Waserberg N. Colonic anastomosis performed with a memory-shaped device // The American journal of surgery. – 2005. – Vol. 190. – P. 434–438.
21. Patent na izobretenie RUS 2270622 ot 05.04.2002 Ustrojstvo dlja sozdanija klapanogo kompressionnogo anastomoza bok v bok / Kecherukov A.I., Aliev F.Sh., Gjunter V.Je., Chernov I.A., Cirjat'eva S.B. (In Russ)
22. Patent na izobretenie RUS 2453284 16.03.2011 Sposob lechenija ostroj kishečnoj neprohodimosti pravoj poloviny tolstoј kishki / Aliev F.Sh., Azizov S.B., Golovachev O.V., Kozlov L.B. (In Russ)
23. Plotnikov V.V. Razrabotka i primenenie kompressionnogo cirkuljarnogo shva na obodochnoj i prjamoј kishke: Diss. ... dokt. med. nauk: 14.00.27. – Omsk, 2001. – 352 s. (In Russ)
24. Rozenfel'd, I. I. Ustrojstvo dlja nalozhenija anastomozov polyh organov zheludochno-kishechnogo trakta / I.I. Rozenfel'd, E.M. Mohov, Ju.A. Sokolov // Patent na poleznuju model' № 143443. – Opublikovan 20.12. 2013. (In Russ)
25. Nudelman I.L., Fuko V.V., Waserberg N. Anastomosis performed with a memory-shaped device // The American journal of surgery. – 2013. – Vol. 170. – P. 234–250.
26. Nudelman I.L., Fuko V.V., Waserberg N. Colonic anastomosis performed with a memory-shaped device // The American journal of surgery. – 2005. – Vol. 190. – P. 434–438.

THE EVOLUTION OF RESEARCH PROJECTS OF NICKELID-TITANIUM DEVICES FOR CREATING COMPRESSIVE INTER-INTESTINAL ANASTOMOSES

P.I. Leimanchenko, V.F. Aliev, S.B. Azizov, A.G. Kritskih

Tyumen State Medical University, Tyumen, Russia

The analysis of devices for creating compressive inter-intestinal anastomoses in the surgery of gastro-intestinal system with the help of nickelid-titanium implants was performed. It is shown, that preference is given for wire-shaped materials due to the simplicity of use, low-weightiness, the absence of troubles with the evacuation of them at the time of rejection them from the zone of anastomosis. Questions, devoted to the primary permeability of the anastomosis, the prophylaxis of intestinal walls trauma, optimization of the techniques of surgery with the use of them are still unsolved.

Keywords: anastomosis, nickelid-titanium implant, compressive device, primary permeability of the anastomosis.

УДК: 616-056.3-053

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КАЧЕСТВЕННОГО И КОЛИЧЕСТВЕННОГО СОСТАВА ЛАКТОБАКТЕРИЙ У ДЕТЕЙ С ОТЯГОЩЕННЫМ АЛЛЕРГОАНАМНЕЗОМ И У ЗДОРОВЫХ ДЕТЕЙ

М.Н. Сакенова, А.С. Омарова, К.К. Кайырбекова, Д.Д. Баймагамбетова, Н.Н. Наурызов

Карагандинский государственный медицинский университет, г. Караганда, Республика Казахстан

Контактная информация:

Сакенова Маржана Нурсеитовна – магистрант кафедры нормальной анатомии Карагандинского государственного медицинского университета. Адрес: Республика Казахстан, г. Караганда, ул. Алалыкина, д. 7. E-mail: nurbol-marzhana@mail.ru

Омарова Лаура Сеилхановна – магистрант кафедры нормальной анатомии Карагандинского государственного медицинского университета. Адрес: Республика Казахстан, г. Караганда, ул. Алалыкина, д. 7.

Кайырбекова Карлыгаш Каирбековна – заведующая учебной работой кафедры нормальной анатомии Карагандинского государственного медицинского университета. Адрес: Республика Казахстан, г. Караганда, ул. Алалыкина, д. 7.

Баймагамбетова Дина Данияровна – магистрант кафедры нормальной анатомии Карагандинского государственного медицинского университета. Адрес: Республика Казахстан, г. Караганда, ул. Алалыкина, д. 7.

Наурыззов Нурлан Нигметович – к.м.н. Место работы и должность: заведующий кафедрой нормальной анатомии Карагандинского государственного медицинского университета. Адрес: Республика Казахстан, г. Караганда, ул. Алалыкина, д. 7.

Проведено сравнительное изучение качественного и количественного состава лактобактерий в группах детей с отягощенным аллергоанамнезом и в группе условно-здоровых детей 3-7 лет, проживающих в г. Караганде. Выявлено статистически значимое снижение титра лактобактерий в группе детей с отягощенным аллергоанамнезом ($3,2 \pm 0,76$ Lg КОЕ/г кала) по сравнению с группой условно-здоровых детей ($6,32 \pm 1,06$ Lg КОЕ/г кала; $p < 0,01$). Сравнительный анализ видового разнообразия лактобактерий выявил наличие доминирующих видов в группе условно-здоровых детей (*L.acidophilus*, *L.casei* и *L.rhamnosus*), тогда как в группе детей с отягощенным аллергоанамнезом доминирующих видов не обнаружено.

Ключевые слова: дети, кишечный микробиоциноз, лактобактерии, кишечная микрофлора.

Аллергопатология является одной из актуальных проблем современной медицины. Прошедшее и, особенно, нынешнее столетие характеризуется непрерывно быстрым ростом аллергии, как в нашей стране, так и за рубежом [1]. По данным ВОЗ аллергические болезни регистрируется у 40% населения земного шара [2, 3, 4]. Темпы роста аллергопатологии значительно выше среди детей, чем среди взрослого населения [5, 6].

Известно, что важную роль в становлении иммунной системы ребенка играет микрофлора кишечника, в частности, грамположительные бактерии – бифидобактерии и лактобактерии. Компоненты клеточной стенки лактобактерий передают сигнал в клетку посредством связывания с TLR2 в комбинации с TLR6 [7]. Узнавание опосредуется через связывание с липидными цепями, которые после трансляции связываются со специфическим N-терминальным липопротеином в процессе секреции [8].

Активированные TLR претерпевают конформационные изменения и через цитозольный адаптерный белок MyD88 активируют ядерный транскрипционный фактор NF- κ B, который регулирует транскрипцию большой группы генов, отвечающих за процесс воспаления, пролиферацию клеток и апоптоз. В частности, под влиянием лактобактерий происходит повышение фагоцитарной активности макрофагов и нейтрофилов, их перекисных систем с увеличением фагоцитоза, увеличение уровня Th, TNF- α , IL 1, 6, 10 [9]. Кроме того, отмечена способность лакто- и бифидобактерий регулировать число В - лимфоцитов и антительный ответ, а также стимулировать продукцию sIgA в кишечнике и других биотопах [7, 10, 11].

В связи с этим, целью нашего исследования был сравнительный анализ качественного и количественного состава лактобактерий в группе детей с отягощенным аллергоанамнезом и в группе условно-здоровых детей, проживающих в г. Караганде.

Материалы и методы.

По дизайну исследование является проспективным, описательным, микробиологическим. Для реализации поставленных цели и задач нами были сформированы две группы – группа детей с отягощенным аллергоанамнезом (ДОА) и группа условно-здоровых детей (УЗД). Верификация наличия / отсутствия аллергопатологии у каждого конкретного ребенка проводилась врачом-аллергологом. Критериями включения ребенка в группу ДОА были: возраст 3-7 лет включительно, верифицированный врачом-аллергологом факт наличия аллергопатологии, отсутствие острого инфекционного заболевания, а также жалоб на какие-либо диспептические расстройства на момент обследования, отсутствие приема антибактериальных и пробиотических препаратов в течение месяца, предшествовавшего исследованию.

Известно, что на колонизацию кишечника влияет множество факторов, в числе которых способ родоразрешения, время первого прикладывания к груди, длительность грудного кормления, сроки введения прикорма и т.д. [12, 13, 14]. При формировании групп данный факт был учтен. По перечисленным выше ключевым параметрам, которые могли бы существенно отразиться на колонизации кишечника и полученных нами результатах, сформированные нами группы не отличались.

Таблица 1

Долевое участие различных видов лактобактерий в формировании микробиоценоза кишечника

Видовой состав лактобактерий в группе УЗД	Видовой состав лактобактерий в группе ДОА
L.acidophilus – 31,1	L.acidophilus – 21,6
L.casei – 21,3	L.casei – 10,8
L.gasseri – 4,9	L.gasseri – 13,5
L.lactis – 4,9	L.lactis – 10,8
L.rhamnosus – 24,6	L.rhamnosus – 16,2
L.reuteri – 4,9	L.reuteri – 10,8
L.plantarum – 4,9	L.plantarum – 8,1
L.salivarius – 1,6	L.salivarius – 2,7
L.jensenii – 1,6	L.jensenii – 5,4

Объектом исследования были бактерии рода *Lactobacillus*, выделенные из фекалий обследованных детей. Выделение бактерий проводили при исследовании на дисбактериоз на среде для лактобактерий. Идентификацию проводили с использованием время-пролетной масс-спектрометрии MALDI-TOF на базе лаборатории коллективного пользования НИЦ КГМУ. Для статистической обработки материала использовали пакет программ Statistica 6.0 (StatSoft), Microsoft Excel (2003). Для оценки значимости различий между группами использовали критерий Фишера и тест Манна-Уитни [15, 16].

Результаты и обсуждение.

В группе детей, страдающих аллергопатологиями титр лактобактерий составил $3,2 \pm 0,76$ Lg КОЕ/г кала, тогда как в группе УЗД – $6,32 \pm 1,06$ Lg КОЕ/г кала (табл. 1). Выявленные различия носили статистически значимый характер ($U_{\text{эмп}} = 5\%$ $p < 0,01$), что еще раз подтверждает важную роль изучаемых микроорганизмов в формировании адекватного иммунного ответа [17, 18].

Большой интерес представляло изучение видового разнообразия экологически значимых групп с выделением доминирующих видов. Для анализа данных о видовом составе лактобактерий были просуммированы все случаи выявления каждого отдельного вида лактобактерий (табл. 1).

Как видно из табл. 1, в группе ДОА явных доминирующих видов не выявлено, тогда как в группе УЗД доминирующими были три вида: *L.acidophilus* (31,1%), *L.casei* (21,3%) и *L.rhamnosus* (24,6%). Остальные виды были выявлены с меньшей частотой и суммарно не превысили 25%.

Далее мы провели сравнительный анализ встречаемости отдельных видов лактобактерий в составе кишечного микробиоценоза детей опытной и группы сравнения.

Здесь за 100% принимали не сумму всех видов лактобактерий как в предыдущем случае, а обнаружение каждого отдельного вида лактобактерий у всех обследованных детей. Результаты представлены в таблице 2.

Количество различных видов лактобактерий, выделенных в обеих группах было одинаковым, однако в опытной группе не было обнаружено доминирующего вида. В группе сравнения, напротив, были отмечены три доминирующих вида: *L.acidophilus* (76,0%), *L.casei* (52,0%) и *L.rhamnosus* (60,0%).

С использованием критерия Фишера было установлено, что частота обнаружения этих трех видов была значимо выше в группе сравнения (табл. 1).

Таблица 2

Видовой состав лактобактерий в изучаемых группах

Группы	L. acidophilus	L. casei	L. gasseri	L. lactis	L. rhamnosus	L. reuteri	L. plantarum	L. salivarius	L. jensenii
ДОА	32,0%	16,0%	20,0%	16,0%	24,0%	16,0%	12,0%	4,0%	8,0%
УЗД	76,0%	52,0%	12,0%	12,0%	60,0%	12,0%	12,0%	4,0%	4,0%
значения крит. Фишера	3,23*	2,79*	0,78	0,41	2,65*	0,41	0	0	0,61

Примечание: * в зоне значимости ($p < 0,01$) находятся значения критерия Фишера $> 2,31$.

Полученные нами данные согласуются с данными литературы. Так, в работе Sjogren и соавт. указано, что дети, у которых развилась аллергия в первые пять лет жизни, в течение первой недели жизни были колонизированы *L.rhamnosus*, *L.casei* и *L.paracasei* с меньшей частотой, чем дети без аллергий. Кроме того, известно, что применение *L.acidophilus*, *L.casei* и *L.reuteri* в составе пробиотиков приводит к уменьшению проявлений аллергических заболеваний через изменение типа иммунного реагирования с переключением на Th-1 реагирование.

Литература:

1. Sicherer S.H., Furlong A.M., Godbold J.H. et al. US prevalence of self-reported peanut, tree nut, and sesame allergy: 11-year follow-up // *J. Allergy Clin. Immunology*. – 2010. – Vol. 125, № 6. – P. 1322-1326.
2. Jackson K.D., Howie L.D., Akinbami L.J. Trends in allergic conditions among children: United States, 1997-2011 // *NCHS Data Brief*. – 2013. – № 121. – P. 1-7.
3. Pawankar R., Canonica G.W., Holgate S.T. et al. WAO White book on allergy 2011-2012: Exclusive summary. World Allergy Organization http://www.worldallergy.org/publications/wao_white_book.pdf
4. Huang C., Liu W., Hu Y. et al. Updated prevalences of asthma, allergy and airway symptoms and asystematic review of trends over time for childhood asthma in Shanghai, China // *PLoS One*. – 2015. – Vol. 10, № 4. – P. e.0121577.
5. Готуа М.А., Манджавадзе Н., Качарова М.Г. Пятилетнее наблюдение динамики астматических симптомов у детей с отягощенной наследственностью // *Int. J. Immunorehabilitation*. – 1999. – № 14. – С. 29.
6. Симбирцев А.С. Цитокины в иммунопатогенезе и лечении аллергии // *Российский аллергологический журнал*. – 2007. – № 1. – С. 5-19.
7. Wells J.M. Immunomodulatory mechanisms of lactobacilli // *Microbial cell factor*. – 2011. – Vol. 10. – S. 1-17.
8. Hutchings M.I., Palmer T., Harrington D.J. et al. Lipoprotein biogenesis in Gram-positive bacteria: knowing when to hold 'em, knowing when to fold 'em // *Trends Microbiol*. – 2009. – Vol. 17, № 1. – P. 13-21.

Выводы:

1. Анализ качественного и количественного состава бактерий рода *Lactobacterium* выявил сниженный титр в группе детей, страдающих аллергопатологиями ($3,2 \pm 0,76$ Lg КОЕ/г кала), по сравнению с условно-здоровыми детьми ($6,32 \pm 1,06$ Lg КОЕ/г кала). Выявленные различия носили статистически значимый характер ($U_{эмп} = 5\%$; $p < 0,01$).

2. Сравнительный анализ видового разнообразия лактобактерий выявил наличие доминирующих видов в группе условно-здоровых детей (*L.acidophilus*, *L.casei* и *L.rhamnosus*), тогда как в группе детей с отягощенным аллергоанамнезом доминирующих видов не обнаружено.

Транслитерация:

1. Sicherer S.H., Furlong A.M., Godbold J.H. et al. US prevalence of self-reported peanut, tree nut, and sesame allergy: 11-year follow-up // *J. Allergy Clin. Immunology*. – 2010. – Vol. 125, № 6. – P. 1322-1326.
2. Jackson K.D., Howie L.D., Akinbami L.J. Trends in allergic conditions among children: United States, 1997-2011 // *NCHS Data Brief*. – 2013. – № 121. – P. 1-7.
3. Pawankar R., Canonica G.W., Holgate S.T. et al. WAO White book on allergy 2011-2012: Exclusive summary. World Allergy Organization http://www.worldallergy.org/publications/wao_white_book.pdf
4. Huang C., Liu W., Hu Y. et al. Updated prevalences of asthma, allergy and airway symptoms and asystematic review of trends over time for childhood asthma in Shanghai, China // *PLoS One*. – 2015. – Vol. 10, № 4. – P. e.0121577.
5. Gotua M.A., Mandzhavadze N., Kacharava M.G. Pjatiletnee nabljudenie dinamiki astmaticheskikh simptomov u detej s otjagoshhennoj nasledstvennost'ju // *Int. J. Immunorehabilitation*. – 1999. – № 14. – S. 29. (In Russ)
6. Simbircev A.C. Citokiny v immunopatogeneze i lechenii allergii // *Rossijskij allergologicheskij zhurnal*. – 2007. – № 1. – S. 5-19. (In Russ)
7. Wells J.M. Immunomodulatory mechanisms of lactobacilli // *Microbial cell factor*. – 2011. – Vol. 10. – S. 1-17.
8. Hutchings M.I., Palmer T., Harrington D.J. et al. Lipoprotein biogenesis in Gram-positive bacteria: knowing when to hold 'em, knowing when to fold 'em // *Trends Microbiol*. – 2009. – Vol. 17, № 1. – P. 13-21.

9. Bermudez-Brito M. Probiotic mechanism of action Plaza-Díaz J., S. Muñoz-Quexada // *Annals of nutrition & metabolism*. – 2012. – V. 61. – P. 160-174.
10. Brandtzaeg P., Kiyono H., Pabst R. et al. Terminology: nomenclature of mucosa-associated lymphoid tissue // *Mucosal Immunology*. – 2008. – Vol. 1. – P. 31-37.
11. Ghadimi D., Njeru P.N., Guidas C. et al. Molecular identification of potential Th1/Th2 responses-modulating bacterial genes using suppression subtractive DNA hybridization // *Immunobiology*. – 2014. – Vol. 219, № 3. – P. 208-217.
12. Захарова Е.А. Микроэкологические подходы в формировании концептуальной шкалы риска респираторных заболеваний у детей: Автореф. дисс... канд. мед. наук. – Астана, 2010. – 23 с.
13. Savilathi E. Probiotics in the treatment and prevention of allergies in children // *Biosci. Microflora*. – 2011. – Vol. 30, № 4. – P. 119–128.
14. Renz-Polster H., David M.R., Buist A.S. et al. Caesarean section delivery and the risk of allergic disorders in childhood // *Clin. Exp. Allergy*. – 2005. – Vol. 35. – P. 1466–1472.
15. Петри А., Сэбин К. Наглядная медицинская статистика. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 168 с.
16. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. – М.: МедиаСфера, 2006. – 312 с.
17. Martin R., Nauta A., Ben A.K. et al. Early life: gut microbiota and immune development in infancy // *Beneficial Microbes*. – 2010. – Vol. 1. – P. 367–382.
18. Mazmanian S.K., Round J.L., Kasper D.L. A microbial symbiosis factor prevents intestinal inflammatory disease // *Nature*. – 2008. – Vol. 453. – P. 620–625.
9. Bermudez-Brito M. Probiotic mechanism of action Plaza-Díaz J., S. Muñoz-Quexada // *Annals of nutrition & metabolism*. – 2012. – V. 61. – P. 160-174.
10. Brandtzaeg P., Kiyono H., Pabst R. et al. Terminology: nomenclature of mucosa-associated lymphoid tissue // *Mucosal Immunology*. – 2008. – Vol. 1. – P. 31-37.
11. Ghadimi D., Njeru P.N., Guidas C. et al. Molecular identification of potential Th1/Th2 responses-modulating bacterial genes using suppression subtractive DNA hybridization // *Immunobiology*. – 2014. – Vol. 219, № 3. – P. 208-217.
12. Zaharova E.A. Mikrojekologichesie podhody v formirovani konceptual'noj shkaly riska respiratornyh zabolevanij u detej: Avtoref. diss... kand. med. nauk. – Astana, 2010. – 23 s. (In Russ)
13. Savilathi E. Probiotics in the treatment and prevention of allergies in children // *Biosci. Microflora*. – 2011. – Vol. 30, № 4. – P. 119–128.
14. Renz-Polster H., David M.R., Buist A.S. et al. Caesarean section delivery and the risk of allergic disorders in childhood // *Clin. Exp. Allergy*. – 2005. – Vol. 35. – P. 1466–1472.
15. Petri A., Sjebin K. Nagljadnaja medicinskaja statistika. – M.: GJeOTAR-Media, 2009. – 168 s. (In Russ)
16. Rebrova O.Ju. Statisticheskij analiz medicinskih dannyh. Primenenie paketa prikladnyh programm STATISTICA. – M.: MediaSfera, 2006. – 312 s. (In Russ)
17. Martin R., Nauta A., Ben A.K. et al. Early life: gut microbiota and immune development in infancy // *Beneficial Microbes*. – 2010. – Vol. 1. – P. 367–382.
18. Mazmanian S.K., Round J.L., Kasper D.L. A microbial symbiosis factor prevents intestinal inflammatory disease // *Nature*. – 2008. – Vol. 453. – P. 620–625.

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF QUALITATIVE AND QUANTITATIVE LACTOBACILLI STRUCTURE OF THE CHILDREN WITH THE BURDENED ALLERGOANAMNEZ AND OF HEALTHY CHILDREN

M.N. Sakenova, L.S. Omarova, K.K. Kaiirbekova, D.D. Baimagambetova, N.N. Nauryzov

Karaganda State Medical University, Karaganda, Kazakhstan

Comparative studying of qualitative and quantitative structure of lactobacilli in groups of children with burdened allergeoanmezz and in group of healthy children of 3-7 years living in Karaganda is made. Statistically significant decrease in a caption of lactobacilli in group of children with burdened allergeoanmezy is revealed ($3,2 \pm 0,76$ Lg WHICH a calla) in comparison with group of healthy children ($6,32 \pm 1,06$ Lg WHICH a calla; $p < 0,01$).

The comparative analysis of a specific variety of lactobacilli has revealed existence of the dominating types in group of healthy children (*L. acidophilus*, *L. casei* and *L. rhamnosus*) whereas in group of children with burdened allergeoanmezz the dominating types aren't revealed.

Keywords: intestinal microbiocenosis, preschool children, lactobacilli, opportunistic intestinal microflora.

УРОВЕНЬ ФАКТОРОВ МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ОБСТРУКТИВНОМ БРОНХИТЕ У ЛИЦ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

М.Б. Холжигитова, Н.Р. Аралов, А.Д. Дусанов

Самаркандский государственный медицинский институт, г. Самарканд, Узбекистан

Контактная информация:

Холжигитова Мухайё Бердикуловна – старший научный сотрудник кафедры внутренних болезней № 4 Самаркандского государственного медицинского института. Адрес: Узбекистан, 140100, г. Самарканд, ул. Амира Тимура, д. 18. E-mail: Missis.muhaeye@mail.ru

Аралов Нейматилло Равшанович – д.м.н., доцент. Место работы и должность: заведующий кафедрой внутренних болезней № 4 Самаркандского государственного медицинского института. Адрес: Узбекистан, 140100, г. Самарканд, ул. Амира Тимура, д. 18. E-mail: Aralov_2011@mail.ru

Дусанов Абдутофур Дусанович – к.м.н., доцент. Место работы и должность: доцент кафедры внутренних болезней № 4 Самаркандского государственного медицинского института. Адрес: Узбекистан, 140100, г. Самарканд, ул. Амира Тимура, д. 18.

Заболевания органов дыхания занимают ведущее место в патологии детского и подросткового возраста, отличаясь значительной распространенностью и склонностью к рецидивирующему течению. Ведущая роль в формировании затяжного течения воспалительных заболеваний дыхательных путей у детей и подростков принадлежит иммунологическим механизмам, в которых участвует большой спектр цитокинов, отвечающих за активацию, пролиферацию и хемотаксис различных клеток.

Целью настоящей работы явилось изучение уровня факторов местного иммунитета в бронхоальвеолярном лаваже при обострении хронического обструктивного бронхита у лиц подросткового возраста. Выявлены особенности продукции в бронхоальвеолярной жидкости sIgA, IL1 β и IL-8 у пациентов с ХОБ в подростковом возрасте. Авторы делают выводы о том, что полученные данные могут основой адекватных методов оценки сложных взаимоотношений различных звеньев иммунного ответа, а также перспективной возможностью правильного выбора иммунотропной цитокинотерапии.

Ключевые слова: органы дыхания, уровень, IL-8, IL-1 β , sIgA, хронический обструктивный бронхит, местный иммунитет.

Бронхоальвеолярный лаваж (БАЛЖ) позволяет оценить состояние местного звена иммунитета респираторного тракта, дать характеристику клеточному звену иммунитета, изучить уровень цитокинов. Нарушение продукции и рецепции противовоспалительных цитокинов приводит к глубоким дефектам антиинфекционной защиты, вплоть до развития иммунодефицитного состояния и усугубляет прямое повреждающее действие микроорганизмов и их токсинов на легочную ткань. Ведущая роль в формировании затяжного течения воспалительных заболеваний дыхательных путей у детей и подростков принадлежит иммунологическим механизмам, в которых участвует большой спектр цитокинов, отвечающих за активацию, пролиферацию и хемотаксис различных клеток. Наибольшую роль при хроническом обструктивном бронхите (ХОБ) играет интерлейкин-8 (IL-8). Он способен разрушать структуру легких и поддерживать нейтро-

фильное воспаление. Присутствует в высоких концентрациях в индуцированной мокроте и лаваже у больных ХОБ [1, 4, 8, 9]. Интерлейкин-1 β (IL-1 β) является членом IL-1 цитокинов семьи. Этот цитокин является важным медиатором воспалительной реакции, а также участвует в различных клеточных деятельности, в том числе клеточной пролиферации, дифференцировки и апоптоза. Синтез IL-1 β начинается в ответ на внедрение микроорганизмов или повреждение тканей и запускает комплекс защитных реакций, составляющих первую линию обороны организма [2, 6, 7].

Течение и исход воспалительного процесса контролируют противовоспалительные цитокины. Основными местными факторами защиты, ответственными за ограничение пролиферации бактерий являются секреторный иммуноглобулин-A (sIgA). В респираторном тракте на всем протяжении присутствует sIgA и относится к маркерам

местного иммунитета. Основные функции sIgA сводятся к защите слизистой оболочки за счет нейтрализации токсинов и вирусов, и блокаде бактериальной адгезии к эпителиальным клеткам. Причем sIgA оказывает протективное действие исключительно в составе слизи [3, 5, 9]. Однако до настоящего времени остается недостаточно изученной степень участия различных регуляторов воспаления в формировании и прогрессировании хронических заболеваний легких у подростков, поэтому изучение динамики продукции этих цитокинов, представляется важным для диагностики и повышения эффективности лечения этих форм патологии.

Цель исследования: изучить уровень факторов местного иммунитета в бронхоальвеолярном лаваже при обострении ХОБ у лиц подросткового возраста.

Материалы и методы.

Обследовано 32 подростка и юношей в возрасте от 11 до 21 лет, страдающих ХОБ. Контрольную группу составили 12 практически здоровых лиц подросткового возраста. Верификация больных ХОБ проводилась согласно международной классификации ВОЗ (МКБ-10). Обследование включало оценку общеклинических методов исследования и определение уровня IL-1 β и IL-8 в БАЛЖ который проводили методом иммуноферментного анализа с использованием тест-системы для ИФА «ИФА – IL-1 β » серия № 22, «ИФА – IL-8» серия № 19 (ЗАО «Вектор-Бест», Россия, 2011).

Содержание sIgA определяли методом радиальной иммунодиффузии по Манчини. Иммунологические исследования выполнялись на базе института иммунологии АН РУз.

Результаты и обсуждение.

Анализ параметра уровня sIgA в БАЛЖ, у исследуемых больных ХОБ в ПВ, обнаружил снижение уровня sIgA. Так, содержание уровня sIgA в БАЛЖ у больных ХОБ в ПВ было достоверно снижено до 7,3 \pm 5,0 пг/мл при 15,4 \pm 3,31 пг/мл в контроле (p<0,01), (табл. 1).

Таблица 1

Показатели sIgA в БАЛЖ больных ХОБ в ПВ

Группы	Здоровые	общая группа больных ХОБ	t	p
sIgA пг/мл	15,4 \pm 3,31	7,2 \pm 5,0	4,2	<0,02

Концентрация sIgA в БАЛЖ у больных ХОБ в стадии обострения составила 5,3 \pm 2,14 пг/мл, в фазе ремиссии – 6,2 \pm 1,18 пг/мл, а в группе здорового контроля – 15,4 \pm 3,31 пг/мл (табл. 2).

Таблица 2

Показатели sIgA больных ХОБ в ПВ

Группы	здоровые	ремиссия	обострение
	1	2	3
sIgA пг/мл	15,4 \pm 3,31	6,2 \pm 1,18	5,3 \pm 2,14

P₂₋₁ – P<0,02; P₃₋₁ – P<0,01; P₃₋₂ – P<0,02

Анализ параметра цитокинового статуса, у исследуемых больных ХОБ в ПВ, обнаружил высокую продукцию IL-1 β иммунокомпетентными клетками. Так, содержание цитокина IL-1 β в БАЛЖ у больных ХОБ в подростковом возрасте было достоверно повышено до 42,5 \pm 3,31 пг/мл при 24,2 \pm 2,14 пг/мл в контроле (p<0,01), (таблица 3).

Таблица 3

Показатели IL-1 β в БАЛЖ больных ХОБ в ПВ

Группы	Здоровые	общая группа больных ХОБ	t	p
IL-1 β пг/мл	24,2 \pm 2,14	42,5 \pm 3,31	4,2	<0,02

Изучение степени продукции IL-1 β в зависимости от фазы обострение / ремиссия показало, что уровень провоспалительного цитокина в БАЛЖ независимо от фазы патологического процесса находится на одинаково низком уровне. Концентрация IL-1 β в БАЛЖ у подростков больных ХОБ в стадии обострения составила 40,9 \pm 1,18 пг/мл, в фазе ремиссии – 30,5 \pm 1,08 пг/мл, а в группе здорового контроля – 24,2 \pm 2,14 пг/мл (табл. 4).

Таблица 4

Показатели IL-1 β больных ХОБ в ПВ

Группы	здоровые	ремиссия	обострение
	1	2	3
IL-1 β пг/мл	24,2 \pm 2,14	30,5 \pm 1,08	40,9 \pm 1,18

P₂₋₁ – P<0,02; P₃₋₁ – P<0,01; P₃₋₂ – P<0,02

Так, содержание цитокина IL-8 в БАЛЖ у больных ХОБ было достоверно повышено до 556,9 \pm 5,0 пг/мл при 44,2 \pm 3,31 пг/мл в контроле (p<0,01), (табл. 5).

Таблица 5
Показатели IL-8 в БАЛЖ больных ХОБ в ПВ

Группы	Здоровые	общая группа больных ХОБ	t	p
IL-8 пг/мл	44,2±3,31	556,9±5,0	5,3	<0,01

Концентрация IL-8 в БАЛЖ у подростков больных ХОБ в стадии обострения составила 501,9±2,14 пг/мл, в фазе ремиссии – 409,5±1,18 пг/мл, а в группе здорового контроля – 44,2±3,31 пг/мл (табл. 6).

Таблица 6
Показатели IL-8 в БАЛЖ больных ХОБ в ПВ

Группы	здоровые	ремиссия	обострение
	1	2	3
IL-8 пг/мл	44,2±3,31	409,5±1,18	501,9±2,14

$P_{2-1} - P < 0,01$; $P_{3-1} - P < 0,01$; $P_{3-2} - P < 0,05$

Литература:

1. Беляков И.М. Иммунная система слизистых // Иммунология. – 2012. – № 4. – С. 7-12.
2. Виггинс Дж. Бронхоальвеолярный лаваж. Методика и применение // Пульмонология. – 2011. – № 3. – С. 43-46.
3. Гельцер Б.И., Просекова Е.В., Деркач В.В., Маркелова Е.В., Костюшко А.В., Кондрашова Н.М. Система цитокинов и болезни органов дыхания. – Владивосток: Дальнаука, 2005. – 256 с.
4. Медуницын Н.В., Авдеева Ж.И., Акользина С.Е. Содержание цитокинов в иммунобиологических жидкостях // Иммунология. – 2011. – № 2. – С. 42-45.
5. Просекова Е.В., Деркач В.В., Шестовская Т.Н., Нетесова С.Ю., Иванова Ю.В. Иммунная система детей и подростков: анатомо-физиологические особенности, нарушения и методы оценки. Учебно-методическое пособие. – Владивосток: Изд-во ДВГТУ, 2007. – 118 с.
6. Суркова Е.А., Кузубова Н.А., Сесь Т.П., Тотолян Арег А. Особенности цитокиновой регуляции очагового и системного воспаления при ХОБЛ // Медицинская иммунология. – 2010. – Том 12, № 4-5. – С. 340-354.
7. Хаитов Р.М., Алексеев Л.П. Введение в иммуногенетику человека // Физиология и патология иммунной системы // Иммунофармакогенетика. – 2012. – № 3. – С. 3-12.

Таким образом, концентрации провоспалительных цитокинов IL-8 в БАЛЖ, могут расцениваться как маркеры степени активности воспалительного процесса при обострении ХОБ. Динамика продукции цитокинов при обострении ХОБ у подростков характеризуется существенным увеличением продукции IL-8 в жидкости БАЛЖ.

Выводы.

1. Выявленные особенности продукции sIgA, IL-1β и IL-8 у пациентов с ХОБ в подростковом возрасте, могут явиться адекватным методом оценки сложных взаимоотношений различных звеньев иммунного ответа, а также перспективной возможностью правильного выбора иммуотропной цитокинотерапии.

2. Определение концентрации провоспалительных и противовоспалительных цитокинов может служить дополнительным критерием не только оценки степени тяжести и прогнозирования исхода заболевания, но и для оценки эффективности лечения.

Транслитерация:

1. Beljakov I.M. Immunnaja sistema slizistyh // Immunologija. – 2012. – № 4. – С. 7-12. (In Russ)
2. Viggins Dzh. Bronhoal'veoljarnyj lavazh. Metodika i primenenie // Pul'monologija. – 2011. – № 3. – С. 43-46. (In Russ)
3. Gel'cer B.I., Prosekova E.V., Derkach V.V., Markelova E.V., Kostjushko A.V., Kondrashova N.M. Sistema citokinov i bolezni organov dyhanija. – Vladivostok: Dal'nauka, 2005. – 256 s. (In Russ)
4. Medunicin N.V., Avdeeva Zh.I., Akol'zina S.E. Soderzhanie citokinov v immunobiologicheskikh zhidkostjakh // Immunologija. – 2011. – № 2. – С. 42-45. (In Russ)
5. Prosekova E.V., Derkach V.V., Shestovskaja T.N., Netesova S.Ju., Ivanova Ju.V. Immunnaja sistema detej i podroستkov: anatomo-fiziologicheskie osobennosti, narushenija i metody ocenki. Uchebno-metodicheskoe posobie. – Vladivostok: Izd-vo DVG-TU, 2007. – 118 s. (In Russ)
6. Surkova E.A., Kuzubova N.A., Ses' T.P., Totoljan Areg A. Osobennosti citokinovoj reguljacji ochagovogo i sistemnogo vospalenija pri HOBL // Medicinskaja immunologija. – 2010. – Tom 12, № 4-5. – С. 340-354. (In Russ)
7. Haitov R.M., Alekseev L.P. Vvedenie v immunogenetiku cheloveka // Fiziologija i patologija immunnoj sistemy // Immunofarmakogenomika. – 2012. – № 3. – С. 3-12. (In Russ)

8. Яшрольская Ю.А. 8-й Конгресс педиатров России. – М., 2003. – С.436. (Хабаровская краевая науч.-практич. конференция. «Подросток на рубеже веков». Хабаровск, 2011. – 200 с.)
9. Petrunov B., Radenkova–Saeva J. Changes of some immunological parameters and hypersensitivity in drug abusers // International Journal on Immunorehabilitation. – 2013. – Vol. 15, № 1. – P. 20.
8. Jashrol'skaja Ju.A. 8-j Kongress pediatrov Rossii. – M., 2003. – S.436. (Habarovskaja kraevaja nauch.-praktich. konferencija. «Podrostok na rubezhe vekov». Habarovsk, 2011. – 200 s.) (In Russ)
9. Petrunov V., Radenkova–Saeva J. Changes of some immunological parameters and hypersensitivity in drug abusers // International Journal on Immunorehabilitation. – 2013. – Vol. 15, № 1. – P. 20.

BACKGROUND LOCAL IMMUNITY FACTORS IN CHRONIC OBSTRUCTIVE BRONCHITIS IN ADOLESCENCE PERSONS

M.B. Kholzhigitova, N.R. Aralov, A.D. Dusanov

Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Respiratory diseases occupy a leading position in the pathology of childhood and adolescence, to differ materially prevalence and tendency to recurrent course. The leading role in the protracted course of inflammatory diseases of the respiratory tract in children and adolescents belong to immunological mechanisms, which involve a wide range of cytokines responsible for the activation, proliferation and chemotaxis of different cells. The aim of this work was to study the level of local immunity factors in bronchoalveolar lavage during exacerbation of chronic obstructive bronchitis in patients adolescence. The revealed features of production in the bronchoalveolar fluid sIgA, IL1 β and IL-8 in patients with COB during adolescence may be the appropriate method of valuation of complex relationships of various parts of the immune response, as well as a promising opportunity to correct selection immunotropic cytokine therapy.

Keywords: respiratory system, IL-8, IL-1 β , sIgA, chronic obstructive bronchitis, local immunity.

ЎСМИРЛАРДА СУРУНКАЛИ ОБСТРУКТИВ БРОНХИТДА МАҲАЛЛИЙ ИММУНИТЕТ ОМИЛЛАРИНИНГ МИҚДОРИ

М.Б. Холжигитова, Н.Р. Аралов, А.Д. Дусанов

Самарканд Давлат Медицина Институту, Ўзбекистан

Нафас органлари касалликлари ўсмирлар ва болалар патологиясида тарқалиши ва қайталаниб кечишига мойиллиги туфайли алоҳида ўрин эгаллайди. Ўсмирлар ва болаларда нафас йўллари яллиғланиш касалликларининг чўзилган кечиши шаклланишида иммунологик механизмлар ётади, ҳар хил хужайраларда хемотаксис, пролиферация, фаолликка жавоб берадиган цитокинларнинг катта спектри қатнашади. Ишдан мақсад ўсмирларда сурункали обструктив бронхитда маҳаллий иммунитет омиллари миқдорини бронхоальвеоляр суюқликда ўрганиш бўлди. Бронхоальвеоляр суюқликда sIgA, IL-1 β и IL-8 хусусиятларини сурункали обструктив бронхит билан касалланган ўсмирларда аниқлаш иммун жавобнинг бир бирига мураккаб боғлиқ эканлигини баҳолаш, ҳамда тўғри иммунотроп цитокинотерапияни танлаб олиш имкониятини беради.

Калит сўзлар: нафас органлари, миқдори, сурункали обструктив бронхит, IL-8, IL-1 β , sIgA, маҳаллий иммунитет.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

Редакция журнала принимает к публикации материалы, по теоретическим и клиническим аспектам, клинические лекции, обзорные статьи, случаи из практики и др. по различным темам теоретической и клинической медицины.

При направлении работ в редакцию просим соблюдать следующие правила:

1. Статья предоставляется в электронной версии и в распечатанном виде (1 экземпляр). Печатный вариант должен быть подписан всеми авторами.

2. «Тюменский медицинский журнал» включен в Российский индекс научного цитирования (РИНЦ). Поэтому электронная версия журнала обязательно размещается на сайте eLibrary.ru В связи с этим передача автором статьи для публикации в журнале *подразумевает его согласие* на размещение статьи и контактной информации на данном сайте.

3. На титульной странице указываются: полные ФИО, звание, ученая степень, место работы (полное название учреждения) и должность авторов, номер контактного телефона и адрес электронной почты.

4. Перед названием статьи указывается УДК.

5. Текст статьи должен быть набран шрифтом Times New Roman 14, через полуторный интервал, ширина полей – 2 см. Каждый абзац должен начинаться с красной строки, которая устанавливается в меню «Абзац». Не использовать для красной строки функции «Пробел» и Tab. Десятичные дроби следует писать через запятую. Объем статьи – до 18 страниц машинописного текста (для обзоров – до 30 страниц).

6. Оформление оригинальных статей должно включать: название, ФИО авторов, организация, резюме и ключевые слова (на русском и английском языках), введение, цель исследования, материалы и методы, результаты и обсуждение, выводы по пунктам или заключение, список цитированной литературы. Возможно авторское оформление статьи (соглашается с редакцией).

7. К статье прилагается резюме объемом до 120 слов, ключевые слова. В реферате даётся краткое описание работы. Он должен содержать *только существенные факты работы*, в том числе основные цифровые показатели и краткие выводы.

Название статьи, ФИО авторов, название учреждения, резюме и ключевые слова должны быть представлены на русском и английском языках

8. Помимо общепринятых сокращений единиц измерения, величин и терминов допускаются аббревиатуры словосочетаний, часто повторяющихся в

тексте. Вводимые автором буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть расшифрованы в тексте при их первом упоминании. Не допускаются сокращения простых слов, даже если они часто повторяются.

9. Таблицы должны быть выполнены в программе Word, компактными, иметь порядковый номер, название и четко обозначенные графы. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

10. Диаграммы оформляются в программе Excel. Должны иметь порядковый номер, название и четко обозначенные приводимые категории. Расположение в тексте – по мере их упоминания.

11. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрами в квадратных скобках в соответствии с пристатейным списком литературы, оформленным в соответствии с ГОСТом и расположенным в конце статьи.

В списке перечисляются в *алфавитном порядке* сначала отечественные, затем зарубежные авторы. Все библиографические ссылки в тексте должны быть пронумерованы в соответствии с их положением в списке литературы. Фамилии иностранных авторов приводятся в оригинальной транскрипции.

В списке литературы указываются:

а) для книг – фамилия и инициалы автора, полное название работы, город (где издана), название издательства, год издания, количество страниц;

б) для журнальных статей – фамилия и инициалы автора (-ов; не более трех авторов), название статьи, журнала, год, том, номер, страницы «от» и «до»;

в) для диссертации – фамилия и инициалы автора, полное название работы, докторская или кандидатская диссертация, место издания, год, количество страниц.

12. В тексте рекомендуется использовать международные названия лекарственных средств, которые пишутся с маленькой буквы. Торговые названия препаратов пишутся с большой буквы.

13. *Статьи*, поступившие в редакцию, *подлежат рецензированию*. Редакция оставляет за собой право научного редактирования, сокращения и литературной правки текста, а так же отклонения работы из-за несоответствия ее требованиям журнала.

14. О рукописях, не принятых к печати, авторы информируются, текст рукописи не возвращается.

15. Редакция не принимает на себя ответственности за нарушение авторских и финансовых прав, произошедшие по вине авторов присланных материалов.