Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации

ТЕЗИСЫ ДОКЛАДОВ

III Всероссийской конференции молодых ученых памяти профессора П.В. Морозова

Психиатрия 21 века: первые шаги в науку и практику с международным участием

Москва

14 ноября 2023 года

Москва
2023

УДК 616.89 **DOI: 10.48612/cgma/bt56-ng2g-tdn2**
ББК 56.14
Т 299

Составитель Вдовина И. В.

Рецензенты:

Р. В. Ахапкин – заместитель директора по научной работе МНИИП - филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России, д.м.н., доцент;

А. Н. Бархатова – руководитель отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», д.м.н.

Т 299 **Тезисы докладов III Всероссийской конференции молодых ученых памяти профессора П.В. Морозова Психиатрия 21 века: первые шаги в науку и практику с международным участием** / Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации; III Всероссийская конференция молодых ученых памяти профессора П.В. Морозова «Психиатрия 21 века: первые шаги в науку и практику» с международным участием (14 ноября 2023 г.; М.) ; сост. И.В. Вдовина. – М.: ФГБУ ДПО «ЦГМА», 2023. – 80 с.
ISBN 978-5-6046705-8-3.

Аннотация

Данный сборник включает в себя тезисы докладов молодых ученых ФГБУ ДПО «ЦГМА» и других высших медицинских учебных заведений Российской Федерации на научно-практической конференции, состоявшейся 14 ноября 2023 года в г. Москве. Материалы конференции освещают современные проблемы в области психиатрии, психотерапии и др. Материалы конференции будут интересны для широкого круга медицинских специалистов, аспирантов по специальности «психиатрия и наркология», ординаторов и слушателей дополнительного профессионального образования по специальностям «психиатрия», «психотерапия».

Утверждено и рекомендовано к печати Ученым советом ФГБУ ДПО «ЦГМА» (протокол от 23.11.2023 № 6)

616.89 УДК

56.14 ББК

ISBN 978-5-6046705-8-3

© Авторы, 2023.
© Вдовина И.В., составление, 2023.
© ФГБУ ДПО «ЦГМА», 2023.

Оглавление

Акимова Д.Д., Атькова Е.О., Осипова Н.Н. Особенности нейрокогнитивных функций в структуре аффективных эпизодов у пациентов, перенесших COVID-19 6
Андреев А.Ю., Тарханов В.С., Андреев М.К., Самосудов И.В. Сравнительный анализ оценки психического здоровья у лиц приписного и призывного возраста за 2019 и 2022 гг. 8
*Ансимов М.А., Вдовина И.В.*Актуальность изучения астенического синдрома в XXI веке 10
*Аристова В.В., Арина Г.А.*Нарушения регуляции эмоций при церебральной микроангиопатии 12
Арюкова Н.Х., Родина О.Л. Из опыта работы врача-психиатра, психотерапевта при лечении психосоматических расстройств в амбулаторных условиях в Государственном бюджетном учреждении Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница (ГБУЗ АО «ОКПБ») 14
Борчининов А.Е., Ельсова А.В., Ерикова Т.Б. , Коломиец П.О., Самушия М.А. Аутоагрессия как транснозологическая проблема 17
*Гашкаримов В.Р., Султанова Р.И., Ефремов И.С., Асадуллин А.Р.*Использование нейронных сетей в прогнозировании инсомнии у людей с шизофренией 19
Дик К.П. Кардиохирургическая патология пациентов с додементными когнитивными расстройствами, перенесших послеоперационный делирий 21
Евменкова Т.А. Работа по протоколу FSAP с аддиктивным поведением в методе ДПДГ/EMDR как современный подход в психотерапии 23
Йович С., Дороженок И.Ю. Соматизированные психические расстройства в общемедицинской практике 25
Козачук А.Ю., Вдовина И.В. Психические расстройства во время и после локальных военных конфликтов 27
*Кочергина М.С., Каменев С.С., Вересаева Е.А.*Психические расстройства в структуре преждевременной недостаточности яичников 30
Кочерева Е.Д., Вдовина И.В. Клинический случай сенестоипохондрической формы шизофрении с реализацией патологических телесных сенсаций преимущественно в орофациальной области: проблемы дифференциального диагноза на ранних этапах 32
Кузнецов К.С., Маркин К.В., Тарумов Д.А., Пучков Н.А., Оценка эффективности автоматизированной терапии ДПДГ и курсов саморегуляции у пациентов со стресс-ассоциированными психическими расстройствами 35
Кулешов А.А. Непсихотические заболевания, ассоциированные с несуицидальным самоповреждающим поведением 37
Магомедагаев М.М., Романов Д.В. Синдром психического автоматизма в психопатологическом пространстве шизофрении: типологическая дифференциация 39
*Маева В.О., Вдовина И.В.*Актуальные вопросы психопатологических нарушений у бесплодных супружеских пар в программе вспомогательных репродуктивных

технологий.....41
Маркин К.В. Импульсивность в структуре биполярного расстройства и отсутствие ассоциированных с ней изменений функциональной активности головного мозга в состоянии покоя.....43
Мартынов А.В., Болотокова О.В., Маркин К.В. Протокол рандомизированного контролируемого исследования для оценки эффективности терапии диссоциативных (конверсионных) нарушений речи транскраниальной магнитной стимуляцией и предварительные результаты 45
Маршанская М. А., Лобанова В.М. Моральная ипохондрия в аспекте новой психопатологической парадигмы расстройств шизофренического спектра.....47
Мигалина В.В., Омельченко М.А. Эффективность биологической обратной связи как вспомогательного метода лечения юношеских депрессий 49
Мунирова А.А., Коляго О.О. Депрессивные расстройства при нейроэндокринных опухолях: актуальность проблемы 51
Окроадзе О.Ю., Жаркинбекова Н.А. Влияние хореографии и музыки на эмоционально-волевую и когнитивную деятельность женщин пожилого возраста с легким когнитивным расстройством.....53
Плакунова В.В., Зинькевич А.С. Связь импульсивности с выполнением задачи на готовность прилагать усилия в группе клинического высокого риска развития психоза 55
*Попов М.М., Сорокин С.А.*Нейрокогнитивные мишени для психологической помощи у пациентов с феноменом ангедонии в рамках аффективной патологии 57
Капустенская Ж. И., Савельев Д.С. Опыт амбулаторной реабилитации пациентов пожилого возраста, перенесших новую коронавирусную инфекцию SARS-Cov2.....59
Серазетдинова В.С., Петрова Н.Н. Нейрокогнитивный дефицит у пациентов с первым эпизодом шизофрении 61
Скандарян А.А., Романов Д.В., Львов А.А. Синдром соматизированной псевдоаллергии: типологическая дифференциация, нозологическая принадлежность и патохарактерологические особенности.....63
*Слабиков М.О., Фельдман Д.М., Калита Е.В., Атаев Д.А., Ефремов А.А.*Современные синтетические наркотики. Проблема коморбидности с аффективной патологией 65
*Султанова Р.И., Гашкаримов В.Р., Ефремов И.С., Асадуллин А.Р.*Суицидальность у пациентов с шизофренией с депрессивными симптомами и без таковых.....68
Хоммятов М.Р., Самушия М.А., Вдовина И.В. Коморбидность шизофрении и болезни Паркинсона: описание клинического случая.....70
Чарная Д.И., Петрова Н.Н., Чумаков Е.М. Подходы к лечению пограничного расстройства личности во внебольничной психиатрической помощи 72
Чуркина А.М. Подходы к терапии аффективно-смешанных состояний у личностей гипертимного круга.....74
Шарипова Р.Р. Корреляция тестов Т. Лири, СМИЛ и Леонгарда-Шмишека при изучении женщин, страдающих алкоголизмом и проживающих с мужчинами,

злоупотребляющими алкоголем.....76
Яковлев Д.А., Кузьмина С.В. Изменения сетчатки как потенциальный маркер развития аффективных расстройств 78

Особенности нейрокогнитивных функций в структуре аффективных эпизодов у пациентов, перенесших COVID-19

Акимова Д.Д.[1], Атькова Е.О.[2], Осипова Н.Н.[3]
[1]Ординатор кафедры психиатрии и наркологии
[2]Доцент кафедры психиатрии и наркологии, к.м.н.
[3]Заведующая учебной частью кафедры психиатрии и наркологии, доцент, к.м.н.
ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ
Москва, Россия
E–mail: darja_akimova@rambler.ru

Тревога, депрессия и нейрокогнитивные нарушения у пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию COVID-19 [1, 2], обуславливают необходимость поиска оптимальных методов диагностики и лечения расстройств настроения, сочетающихся с ухудшением памяти и умственной работоспособности.

Проведенное исследование показало, что у пациентов (n=43, пол – женский), переболевших SARS-CoV-2-инфекцией, имеющих установленный диагноз аффективной патологии (рубрики [F31-F34] МКБ-10), наиболее часто встречаются следующие симптомы: сниженное настроение (97,7% случаев), тревога (83,7% случаев), суицидальные мысли (79,1% случаев), нарушения сна (74,4% случаев), астенические проявления в виде слабости, снижения физической активности – у 55,8% исследуемых.

Согласно результатам шкалы оценки тревоги Спилбергера-Ханина (STAI), умеренная ситуативная тревожность была выявлена у 39,5% пациенток, высокая – у 44,2%. Высокий уровень личностной тревожности встречался у 86,1% заболевших, умеренный – у 13,9% .

У части пациенток (n=13) было проведено исследование памяти (методом запоминания 10 слов) и внимания (по методике Шульте), а также тест визуальной ретенции Бентона. В ходе исследования слуховой памяти, при первом, втором и третьем повторении средними числами воспроизводимых слов составило 5-8-8; средний отсроченный результат (воспроизведение через час) - 7 слов. Результаты теста зрительной ретенции Бентона показали, что среднее корректное воспроизведение изображений в течение исследования – 8 объектов, что соответствует норме. При проведении теста по методике Шульте среди 13 пациентов среднее значение эффективности работы (ЭР) составило 40,5 секунд, что соответствует 4-му уровню ЭР, проявляющемуся увеличением времени выполнения задания. Средняя степень психической устойчивости составила 0,99 и соответствовала норме, средняя степень врабатываемости – 1,04, что не соответствует нормальным значениям (результат меньше 1,0 – показатель хорошей врабатываемости).

Таким образом, у пациенток с расстройствами аффективного спектра, перенесших COVID-19, наиболее частыми симптомами были: пониженный фон настроения, тревога, суицидальные мысли, нарушения сна, астения. Было выявлено, что ситуативная и личностная тревожность у большей части исследуемых соответствует умеренному и высокому уровню. При изучении слуховой памяти было выявлено, что процессы удержания и воспроизведения информации соответствовали норме. Результаты теста зрительной ретенции Бентона показали, что у пациентов в выборке отсутствовали нарушения зрительной памяти, непосредственной репродукции и пространственного восприятия. Анализ результатов исследования по методике Шульте показал увеличение времени выполнения задания, что соответствует 4-му уровню

эффективности работы и может указывать на неустойчивость внимания в виде «застревания» в поиске отдельных чисел, умеренную истощаемость психической деятельности или замедление темпа психической деятельности. Высокая степень врабатываемости указывает на то, что испытуемые дольше готовятся к выполнению заданий на определение объема внимания. Необходимо дальнейшее изучение влияния SARS-CoV-2-инфекции на возникновение когнитивных нарушений при аффективной патологии, с учетом тяжести перенесенного заболевания и используемой психофармакотерапии.

Литература

1. Старчина, Ю. А. Когнитивные нарушения после инфекции COVID-19 / Ю. А. Старчина, Н. В. Вахнина // Поведенческая неврология. — 2021. — № 1. — С. 18-26.

2. The prevalence of depression, anxiety, and sleep disturbances in COVID-19 patients: A meta-analysis / Deng J., Zhou F., Hou W. [et al.]. // Annals of the New York Academy of Sciences. — 2021. — Vol. 1486. — № 1. — P. 90-111.

Сравнительный анализ оценки психического здоровья у лиц приписного и призывного возраста за 2019 и 2022 гг.

Андреев А.Ю.,[1] Тарханов В.С.,[2] Андреев М.К.,[3] Самосудов И.В.[4]
[1]Ассистент кафедры психиатрии
[2]Доцент, к.м.н., кафедра психиатрии
[3]Профессор, д.м.н., кафедра психиатрии
[4]Ассистент кафедры психиатрии
ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России, Астрахань, Россия
E–mail: andrey-med@mail.ru

ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница» является единственным учреждением в Астраханской области, осуществляющей как амбулаторную, так и стационарную военно-врачебную психиатрическую экспертизу лиц, подлежащих первоначальной постановке на воинский учет, призыву на военную службу и поступающих на военную службу по контракту, граждан находящихся в запасе и подлежащих переосвидетельствованию, граждан, поступающих на обучение на военные кафедры, в военные училища, лиц, призывающихся на военные сборы для решения вопроса о наличии или отсутствии у него психической патологии, согласно Положения о военно-врачебной экспертизе[1].

Такая особенность работы учреждения позволяет исследовать сплошную выборку. Нами был проведен анализ актов медицинского заключения, выданных лицам приписного и призывного возраста за период 2019 и 2022 гг. В 2019 г. исследовано 617 случаев (83 амбулаторных и 534 стационарных); в 2022 г. - 644 случаев (56 амбулаторных и 591 стационарных).

Испытуемые из г. Астрахани в обоих годах составили 53%, остальные распределены по районам Астраханской области.

Далее мы проанализировали заключения, выданные в рамках амбулаторной и стационарной военно-врачебной комиссии. Мы разделили их на следующие группы: отсутствие психических расстройств; акцентуации; расстройства личности; педагогическая запущенность; пограничная умственная отсталость; умственная отсталость всех степеней; органические психические расстройства; эндогенные психические расстройства; и иные психические расстройства. Распределение по медицинским заключениям в 2019 и 2022 гг. выглядели следующим образом (рис. 2).

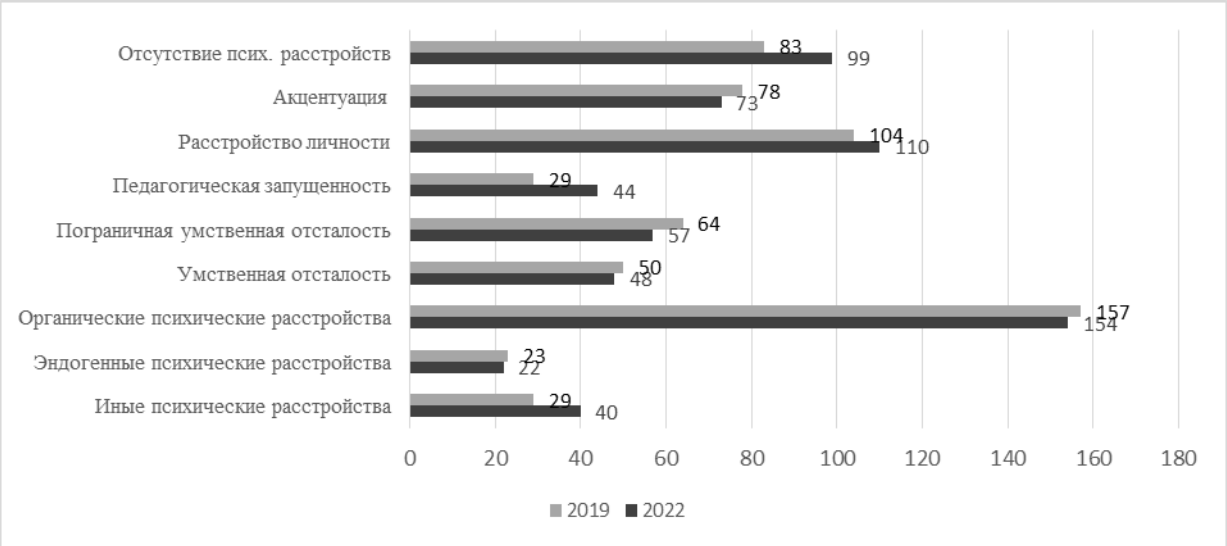

Рис. 2. Медицинские заключения в 2019 и 2022 гг.

Полученные данные показывают схожее распределение медицинских заключений как в 2019, так и 2022 гг., что говорит о валидности данных и стабильной работе службы военно-врачебной психиатрической экспертизы в Астраханской области.

Гипердиагностика на уровне обследования лиц призывного и приписного возраста врачами-психиатрами военкоматов объясняется высокой настороженностью при определении категорий годности к военной службе[2]. В связи с этим среди направленных в отделение военно-врачебной психиатрической экспертизы закономерно выявляется высокий процент лиц с отсутствием психических расстройств.

Литература

1. Об утверждении Положения о военно-врачебной экспертизе: Постановление Правительства Российской Федерации от 4 июля 2013 г. № 565 // Собрание законодательства Российской Федерации от 15 июля 2013 г. № 28 ст. 3831.
2. Молина О.В. Гипердиагностика лёгкой умственной отсталости у лиц призывного возраста / Молина О.В., Уманский С.М. // Тюменский медицинский журнал. – 2010. – №1. – С. 48-49.

Актуальность изучения астенического синдрома в XXI веке

Ансимов М.А.[1], Вдовина И.В.[2]
[1]Аспиранткафедры психиатрии
[2]Начальник отдела функциональных, прикладных и поисковых исследований, доцент кафедры психиатрии, к.пед.н, доцент
Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации
Москва, Россия E-mail: flamber1@rambler.ru

В современных классификациях психических заболеваний обращает на себя внимание отсутствие четких дифференциально-диагностических критериев астенических расстройств. В МКБ-10 (1994) астенические состояния представлены, в основном, в рубриках органического эмоционально-лабильного (астенического) расстройства (F.06.6), психастении (F.48.8), неврастении (F.48.0), расстройств депрессивного (F.30) и тревожного спектров (F.40-41), синдрома выгорания (Z.73.0), недомогания и утомляемости (R.53), постконтузионного синдрома (F.07.2), синдрома усталости после перенесенной вирусной инфекции (G.93.3), а в DSM-V (2013) же астения и вовсе не выделяется в качестве самостоятельной диагностической единицы, что существенно затрудняет ее диагностическое понимание, правильную прогностическую оценку и начало своевременной адекватной терапии. Вместе с тем, неспецифичность астенического симптомокомплекса, проявления которого характерны не только для психических, но и соматических патологий, также определяет сложность в установлении нозологической принадлежности расстройства [1].

С учетом клинической вариабельности проявлений астении неоднократно предпринимались попытки систематизировать разнообразные астенические симптомы. Несмотря на это, до настоящего времени в современных классификациях психических заболеваний критерии, по которым можно поставить диагноз астении, являются крайне размытыми и, как правило, включают лишь два основных признака: истощаемость и слабость, усиливающиеся при физических и интеллектуальных нагрузках. К дополнительным признакам относят раздражительную слабость, гиперестезию, головные и мышечные боли, головокружение, нарушения сна, вегетативные расстройства [2].

С декабря 2019 года стали появляться пациенты с симптомами острой пневмонии, известной как коронавирусная болезнь 2019 года (COVID-19). На начало сентября 2023 года число подтвержденных случаев заболевания составило 770 437 327 ед. [3].

Поскольку понятие астении является субъективным феноменом, диагностика этого состояния вызывает существенные затруднения. Специфической шкалы, оценивающей астению у пациентов с COVID-инфекцией, не существует. В настоящее время в нашей стране для подтверждения АС используются субъективные тесты-опросники: методика оперативной оценки самочувствия, активности и настроения в модифицированном варианте В.А. Доскина; субъективная шкала оценки астении (Multidimensional Fatigue Inventory-20: MFI-20) или многомерный опросник на утомляемость, который оценивает общую усталость, физическую и умственную утомляемость, редукцию мотиваций и активности; одномерная шкала оценки тяжести усталости Chalder's (Unidimensional Chalder's Fatigue Severity Scale). [4].

Если жалобы на необъяснимую усталость сохраняются более 6 месяцев, можно предполагать развитие у пациента хронической астении, которую в этом случае более

правильно называть синдромом хронической усталости (СХУ) или миалгическим энцефаломиелитом. Различать астению и СХУ принципиально важно, поскольку СХУ представляет собой не клинический синдром, а самостоятельную нозологическую форму патологии, опосредованную стойкой дисфункцией иммуноопосредованных механизмов, что безусловно требует иного подхода к терапии [5].

Также стоит отметить, что существующие в настоящее время подходы к лечению не дают достаточно устойчивого терапевтического эффекта, не существует четких алгоритмов ведения пациентов с астеническим синдромом (АС).

АС влечет за собой социально значимые последствия: потребность в дополнительном отдыхе, снижение объема и эффективности привычной деятельности и в целом качества жизни [6]. Пациенты с COVID-19 сообщали о большей продолжительности симптомов АС, чем больные ОРВИ (85% против 50%) [7].

В заключение можно сказать, что астения может рассматриваться как один из наиболее частых симптомов перенесенной COVID-инфекции разной степени тяжести. Астенический синдром у неврологических больных способен усугублять течение основного заболевания и уменьшать эффективность проводимых реабилитационных мероприятий. Симптоматика астенического синдрома полиморфна, что осложняет своевременную диагностику и начало терапии, определяя необходимость проведения дальнейших исследований с целью оптимизации подходов в лечении данной группы пациентов с использованием персонифицированных медикаментозных и немедикаментозных методов [8].

Литература

1. Руководство по психиатрии. В 2 томах. Т.1/А.С.Тиганов, Р. 84 А.В.Снежневский, Д.Д.Орловская и др.; Под ред. А.С.Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — 712 с: ил.,[2] л. ISBN 5-225-02676-1

2. Медведев В.Э., Фролова В.И., Гушанская Е.В., Котова О.В., Зуйкова Н.Л., Палин А.В. Астенические расстройства в рамках постковидного синдрома. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021;121(4):152-158.
Medvedev VE, Frolova VI, Gushanskaya EV, Kotova OV, Zujkova NL, Palin AV. Astenic disorders within the framework of post-covid syndrome. Zhurnal Nevrologii i Psikhiatrii imeni S.S. Korsakova. 2021;121(4):152-158. (In Russ.)
https://doi.org/10.17116/jnevro2021121041152

3. World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19). URL: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019 (Данные на 06.09.2023 at 04:56 pm GMT+3)

4. Kamdar B.B., King L.M., Collop N.A. et al. The effect of a quality improvement intervention on perceived sleep quality and cognition in a medical ICU. Crit. Care Med. 2013; 41(3): 800–9. DOI: 10.1097/CCM.0b013e3182746442

5. Wong TL, Weitzer DJ. Long COVID and Myalgic Encephalomyelitis/
Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS)-A Systemic Review and Comparison
of Clinical Presentation and Symptomatology. Medicina (Kaunas).
2021;57(5):418. https://doi.org/10.3390/medicina57050418

6. Sohrabi C., Alsafi Z., O'Neill N. et al. World Health Organization declares global emergency: a review of the 2019 novel coronavirus (COVID-19)].

7. Klok F.A., Boon G.J.A.M., Barco S. et al. The Post-COVID-19 Functional Status scale: a tool to measure functional status over time after COVID-19. Eur. Respir. J. 2020; 56(1): 2001494. DOI: 10.1183/13993003.01494-2020

8. Петрова Л.В., Костенко Е.В., Энеева М.А. Астения в структуре постковидного синдрома: патогенез, клиника, диагностика и медицинская реабилитация. Доктор.Ру. 2021; 20(9): 36–42. DOI: 10.31550/1727-2378-2021-20-9-36-42

Нарушения регуляции эмоций при церебральной микроангиопатии

Аристова В.В.[1], Арина Г.А.[2]

[1]Старший преподаватель
[2]Старший преподаватель
ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»
Кафедра нейро- и патопсихологии
Москва, Россия
E-mail: vladaristova@gmail.com

Введение. Совокупность процессов, посредством которых люди отслеживают, оценивают и контролируют свои спонтанные эмоциональные реакции, составляет регуляцию эмоций [1] или, как это принято называть в современных исследованиях, эмоциональный процессинг. Частными вариантами последнего являются феномены алекситимии [2] и эмоционального интеллекта (далее – ЭИ) [3].

Актуальность. В настоящее время интенсивно обсуждается роль психосоматических факторов в аномалиях сердечно-сосудистой и цереброваскулярной систем. Так, на основе проспективных исследований была доказана этиопатогенетическая роль алекситимии при артериальной гипертонии (далее – АГ), и еще более отчетливые нарушения эмоциональной регуляции наблюдались в случае, если АГ была ассоциирована с церебральной микроангиопатией (далее – ЦМА) [4]. Известно, что алекситимия сочетается с трудностями в регуляции эмоций [5,6], что впоследствии может приводить к аллостатической нагрузке и болезням [7,8]. Однако, несмотря на популярность конструкта эмоционального интеллекта, его роль как психосоматического фактора исследована недостаточно полно.

Ввиду того, что психосоматические факторы являются потенциально модифицируемыми, изучение особенностей эмоционального процессинга может быть важным не только для анализа психологических факторов риска сердечно-сосудистых и цереброваскулярных заболеваний, но и для разработки программ их первичной и вторичной психопрофилактики.

Целью исследования был сравнительный анализ регуляции эмоций в варианте алекситимии и ЭИ у пациентов с ЦМА (как самостоятельного расстройства, так и в сочетании с АГ), больных АГ и условно здоровых.

Гипотеза исследования предполагала, что нарушения регуляции эмоций могут отражать тяжесть и особенности клинических параметров отдельных цереброваскулярных заболеваний, то есть быть патогномоничными маркерами конкретной формы патологии.

Материалы и методы. Текущее исследование было реализовано на базе ФГБНУ НЦН. Выборку составили лица мужского и женского пола в возрасте от 35 до 75 лет (194 человека): из них 98 пациентов с сочетанной патологией (ЦМА и АГ); 36 больных с ЦМА; 29 пациентов, страдающих АГ; и 31 условно здоровых. Настоящее исследование включало в себя тесты на оценку эмоционального интеллекта (MSCEIT 2.0) и алекситимии (TAS-20). При математико-статистической обработке данных применялась статистика критериев Краскела-Уоллиса и Манна-Уитни, оценка уровня значимости производилась с учетом поправки Бонферрони/метода Бенджамини-Хохберга.

Результаты. Все четыре группы участников статистически значимо ($H = 25{,}905$, $df = 3$, $p = 0{,}000\ldots1$) различались по выраженности алекситимии: в сравнении с тремя остальными группами – пациентами с АГ ($U = 992{,}5$, $Z = -2{,}462$, $p = 0{,}014$), больными с ЦМА ($U = 1323$, $Z = -2{,}215$, $p = 0{,}027$), а также с условно здоровыми ($U = 668{,}5$, $Z = -$

4,69, p = 0,000…1) – уровень выраженности алекситимии в среднем статистически значимо был выше при сочетанной патологии. Кроме того, средний показатель уровня алекситимии был выше в группе пациентов с ЦМА, чем в норме (U = 329,5, Z = - 2,875, p = 0,004).

Также обнаружены статистически значимые (H = 12,617, df = 3, p = 0,006) межгрупповые различия в способности участников к регуляции эмоций других людей (например, в возможности снизить интенсивность гнева, тревоги или страха у другого человека) при отсутствии различий между группами в регуляции собственных эмоций (H = 6,235, df = 3, p = 0,101). В ходе проведенных апостериорных сравнений было показано, что при сочетанной патологии регуляция эмоций других людей более затруднена, чем при обособленной ЦМА (U = 706,5, Z = - 2,743, p = 0,006) или в норме (U = 451,5, Z = - 2,798, p = 0,005).

Все это подтверждает предположение о том, что наиболее выраженные нарушения эмоционального процессинга, представленные трудностями в регуляции эмоций, наблюдаются в случае, если ЦМА ассоциирована с АГ. И тем самым могут обуславливать конфликтность в межличностном общении больных, усиливая их эмоциональный стресс и негативную аффективность, а также, возможно, указывать на узость их социальной сети в целом.

Выводы. Таким образом, более выраженные нарушения эмоционального процессинга, представленные трудностями в регуляции эмоций, наблюдаются в случае сочетанной патологии. Наиболее вероятно, что взаимосвязи дисрегуляции эмоций, с одной стороны, и клинической картиной сердечно-сосудистых заболеваний, с другой, носят характер патогенетического круга, создавая картину хронического стресса.

Литература

1. Luminet O., Zamariola G. Emotion knowledge and emotion regulation in alexithymia. In: O. Luminet, R.M. Bagby, G.J. Taylor (Eds.) Alexithymia: Advances in research, theory, and clinical practice. – Cambridge: Cambridge University Press, 2018. – P. 49-77.

2. Šago D., Babić G. Roots of alexithymia // Archives of Psychiatry Research: An International Journal of Psychiatry and Related Sciences. – 2019. – Vol. 55. – № 1. – P. 71-84.

3. Сергиенко Е.А., Ветрова И.И. Тест Дж. Мэйера, П. Сэловея, Д. Карузо «Эмоциональный интеллект» (MSCEIT v. 2.0): Руководство. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. – 176 с.

4. Аристова В.В. Алекситимия как показатель изменений эмоциональных процессов при цереброваскулярных расстройствах // Электронный сборник материалов XI Московской международной научно-практической студенческой конференции; под ред. М.В. Сокольской, Д.Н. Чернова, М.А. Некрасова [и др.]. М.: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2023. – с. 100-101.

5. Darrow S.M., Follette W.C. A behavior analytic interpretation of alexithymia // Journal of Contextual Behavioral Science. – 2014. – Vol. 3. – N 2. – P. 98-108.

6. Panayiotou G., Panteli M., Vlemincx E. Adaptive and maladaptive emotion processing and regulation, and the case of alexithymia // Cognition and Emotion. – 2021. – Vol. 35. – N 3. – P. 488-499.

7. Honkalampi K., De Berardis D., Vellante F., Viinamäki H. Relations between alexithymia and depressive and anxiety disorders and personality. In: O. Luminet, R.M. Bagby, G.J. Taylor (Eds.) Alexithymia: Advances in research, theory, and clinical practice. – New York: Cambridge University Press, 2018. – P. 142–157.

8. Porcelli P., Taylor G.J. Alexithymia and physical illness: A psychosomatic approach. In: O. Luminet, R.M. Bagby, G.J. Taylor (Eds.) Alexithymia: Advances in research, theory, and clinical practice. – New York: Cambridge University Press, 2018. – P. 105-126.

Из опыта работы врача-психиатра, психотерапевта при лечении психосоматических расстройств в амбулаторных условиях в Государственном бюджетном учреждении Астраханской области «Областная клиническая психиатрическая больница (ГБУЗ АО «ОКПБ»)

***Арюкова Н.Х.*[1], Родина О.Л.[2]**

[1]заведующий диспансерным отделением, врач-психиатр высшей категории
[2]врач-психотерапевт диспансерного отделения,
врач-психотерапевт высшей категории
ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница»
E- mail: aryukova17@mail.ru, E-mail: kolia.rodin@yandex.ru

Цель: определение наиболее эффективных методов для лечения психосоматических заболеваний специалистами диспансерного отделения ГБУЗ АО «Областная клиническая психиатрическая больница».

Психосоматические расстройства – соматические нарушения, возникающие вследствие воздействия комплекса психосоциальных факторов при наличии биоконституциональной предрасположенности.

Психическая дезадаптация играет ключевую роль в возникновении психосоматических заболеваний. С одной стороны она является пусковым механизмом в развитии психосоматических расстройств, с другой стороны является психогенной реакцией на диагносцированное заболевание и опасения его осложнений. Признаками психической дезадаптации и стресса являются отчетливо сниженное до уровня депрессии настроение, тревога, нарушения сна, формирование «личностного смысла болезни». Собственная внутренняя картина болезни оказывает влияние на течение заболевания, медицинский прогноз. Под внутренней картиной болезни понимается «комплекс вторичных, психологических по своей природе, симптомов заболевания» (В.В Николаева). Иррациональная внутренняя картина болезни пациента приводит к структурно-функциональным изменениям всей системы его отношений.

Аффективные составляющие (тревога, депрессия) и психологический стресс ведут к активизации деятельности вегетативной нервной системы, которая играет роль приводного ремня между центральной нервной системой и внутренними органами. В частности активизация симпатической нервной системы запускает серию ответных реакций организма на стресс-факторы: активация гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы вызывает выброс адреналина, что приводит к вазоконстрикции, увеличению частоты сердечных сокращений, повышению АД и снижению вариабельности сердечного ритма. В случае хронического стресса нарушается функция эндотелия, происходит гиперактивация иммунной системы и индукция провоспалительного ответа: повышаются уровни СРБ, ИЛ-6, фибриногена. Освобождение кортизола в ответ на стрессогенное воздействие приводит к усилению свертываемости крови. Таким образом, вызванные стрессом нейро-вегетативные, иммунные, микроциркуляторные нарушения негативно сказываются на деятельности внутренних органов.

Пациенты, имеющие соматические расстройства, обращаются к врачу-психиатру, психотерапевту диспансерного отделения ГБУЗ АО «ОКПБ» по рекомендациям неврологов, нейрохирургов, кардиологов, гастроэнтерологов, так и в порядке самообращения. В ряде случаев, по совету знакомых, имеющих в прошлом положительный опыт лечения подобной симптоматики у психиатра, психотерапевта. Следует отметить, что у части пациентов имеется продолжительный стаж лечения у

врачей-интернистов либо с незначительным эффектом, либо лечение было вовсе безрезультативным. Практически в 100% случаев у данной категории пациентов отмечались повышенная тревога, депрессия, нарушения сна, иррациональная картина болезни, когнитивные искажения в виде сверхобобщения, катастрофизации, драматизации, фильтрации, усугубляющие аффективную симптоматику. Все пациенты направлялись на патопсихологическое (психодиагностическое) исследование. В результате проведенного обследования и клинико-психологического интервью были выявлена алекситимия, при заболеваниях сердечно-сосудистой системы (артериальная гипертония, ИБС) на первый план выступали неотреагированные подавленные эмоции, такие как гнев и агрессия, страх потерять расположение значимого лица, ощущение нехватки времени, сверхконтроль над чувствами, склонность к перфекционизму. Поведение отличалось ригидностью. Гипертиреоз развивался на фоне сильного стрессового воздействия. Характерно было состояние эмоциональной напряженности, при сахарном диабете высокий уровень алексетимии, были выявлены также личностные расстройства, признаки органической энцефалопатии.

У лиц, имеющих соматическую патологию в 100% случаев диагносцировались расстройства психического спектра различной нозологической принадлежности. Данной категории пациентов проводилась комплексная терапия, включающая в себя назначение психофармакотерапии и психотерапии.

В процессе психотерапевтической работы с пациентом, имеющим психосоматическое расстройство важно установление комплаенса. По нашему мнению особенно эффективным в лечении психосоматических расстройств было именно сочетание, а не изолированное применение психотерапевтических методов, таких как когнитивно-поведенческая психотерапия, аутогенная тренировка, релаксацися, самовнушение по Куэ рациональная психотерапия. В результате чего были скорректированы когнитивные искажения, повышался уровень осознания своих эмоций, снижалась психоэмоциональная напряженность, появлялись новые смыслы в жизни, что способствовало положительной динамике соматического статуса.

В диспансерном отделении ГБУЗ АО «ОКПБ» имеется практика применения консультаций в режиме ВКС по защищённому каналу связи (TrueConf). Онлайн консультации проводятся в кабинетах районных участковых врачей-психиатров, располагающихся на базах районных больниц Астраханской области, с пациентами, проживающими в отдаленных от областного центра населенных пунктов Астраханской области. Данную консультацию может инициировать как врач-психиатр так и врач любой специальности, к которому обратился пациент за медицинской помощью. Проведение онлайн консультаций, осуществляется в сложных дифференциально - диагностических случаях, что позволяет оперативно определить наличие/отсутствие психического расстройства непсихотического уровня, расстройство адаптации и иные психические расстройства в подострой стадии и стадии ремиссии, и определить тактику ведения пациента. При наличии медицинских показаний рекомендуется направление на консультацию к врачу-специалисту в очном формате. При необходимости имеется возможность корректировать лекарственную терапию, назначенную ранее. Что в свою очередь благоприятно сказывается на связи врач-пациент. Пациенты и их родственники положительно оценивают инновационный подход в практике сельского врача-психиатра, поскольку в ряде случаев это избавляет пациентов от необходимости ездить в районный (областной) центр, где расстояние является критическим фактором. Использование телемедицины позволяет ускорить и приблизить оказание специализированной психиатрической помощи пациентам проживающих в отдаленных районах Астраханской области.

Литература

1. Современные методы психотерапии: материалы ежегодного научно-практического симпозиума. /под ред. В. И. Курпатова, С.А. Осиповой; СПб.: СПбМАПО, 2010.

2. Гиндикин В.Я., Справочник «Соматогенные и соматоформные психические расстройства» (клиника, дифференциальная диагностика, лечение). «Триада-Х», Москва, 2000.

Аутоагрессия как транснозологическая проблема

Борчининов А.Е.[1], Ельсова А.В.[2], Ерикова Т.Б.[3] , Коломиец П.О.[4], Самушия М.А.[5]

[1]Ординатор 2 года кафедры психиатрии
[2]Ординатор 2 года кафедры психиатрии
[3]Ординатор 1 года кафедры психиатрии
[4]Ординатор 1 года кафедры психиатрии
[5] заведующий кафедрой психиатрии, д.м.н. профессор
Федеральное государственное бюджетное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Москва, Россия
E–mail: aleksejborcininov@gmail.com

Проблема рассмотрения аутоагрессивного поведения в транснозологической парадигме все чаще вызывает интерес исследователей в области психического здоровья, поскольку самоповреждающее поведение включает в себя широкий спектр психических расстройств. Оно встречается при расстройствах личности, депрессиях, БАР, также шизофрении [5] и др. В работе представлены данные литературы, посвященные распространённости ауотоагрессивного поведения в структуре психических расстройств.

В ходе исследования психических расстройств у взрослых, обращавшихся в больницы общего профиля после актов умышленных самоповреждений, было выяснено, что психические расстройства наблюдались в 58,5% всех случаев. Самыми распространенными были аффективные расстройства (18,3%), за ними следовали расстройства, связанные с употреблением алкоголя (16,4%). Кроме того, среди молодых людей, страдающих от множественных эпизодов самоповреждений, были широко распространены расстройства личности. [1] Действительно, по данным исследований, наиболее тесная связь с НССП в подростковом и зрелом возрасте наблюдается у лиц с аффективными расстройствами, главным образом с рекуррентным депрессивным расстройством, а также расстройством личности. [2] Большинство исследований, выявляющих корреляции между НССП и расстройствами личности, сосредоточены, как правило, на пограничном его подтипе, принимая во внимание тот факт, что аутоагрессивное поведение является одним из диагностических критериев МКБ-10 и DSM-5 для данного типа расстройства. Тем не менее, в исследовании, посвященному изучению спектра расстройств личности у подростков, причиняющих себе вред, наиболее распространенной формой, помимо пограничного РЛ (26,6%), являлось избегающее расстройство личности (25,5%), также высокую представленность продемонстрировали антисоциальное, депрессивное и истерическое РЛ (18,5%, 18,2% 12,3% соответственно). В 32% случаев НССП наблюдалось соответствие диагностическим критериями двух и более расстройств личности. [3] Помимо вышеупомянутых, аутоагрессивное поведение также часто встречаются при тревожных расстройствах и расстройствах, связанных с употреблением ПАВ. [1] Более того, некоторые авторы указывают на взаимосвязь НССП с расстройствами пищевого поведения, а также на повышение риска будущих суициадальных попыток при сосуществовании обоих форм поведения, что, по всей видимости, обусловлено общностью механизмов данных психопатологий [4].

Таким образом, аутоагрессивное поведение является одним из проявлений целого ряда психических расстройств и может являться фактором, влияющим на прогноз заболевания, что требует более тщательного подхода к диагностике и лечению.

Литература

1) Bøe AS, Mehlum L, Melle I, Qin P. Psychiatric disorders among adults treated for deliberate self-harm in general hospital: A national register study. J Affect Disord. 2022 Dec 15;319:490-496

2) D Nitkowski , F Petermann. Non-suicidal self-injury and comorbid mental disorders: a review. Fortschr Neurol Psychiatr. 2011 Jan;79(1):9-20.

3) Eunice Ayodeji , Jonathan Green , Chris Roberts , Gemma Trainor , Justine Rothwell , Adrine Woodham , Alison Wood. The influence of personality disorder on outcome in adolescent self-harm. Br J Psychiatry . 2015 Oct;207(4):313-9.

4) Glenn Kiekens, Laurence Claes. Non-Suicidal Self-Injury and Eating Disordered Behaviors: An Update on What We Do and Do Not Kno. Curr Psychiatry Rep. 2020; 22(12): 68.

5) N Ratsyborynska-Polyakova 1, K Hrizhymalska 1, O Andrushkova 1, I Lagorzhevska 2 Features of autoaggressive behavior in mental disorders: self- perforation of eye in patients with schizophrenia (clinical case)

Использование нейронных сетей в прогнозировании инсомнии у людей с шизофренией

Гашкаримов В.Р.[1], Султанова Р.И.[2], Ефремов И.С.[3,4], Асадуллин А.Р.[3,4,5]

Гашкаримов В.Р.
Врач - психиатр[1]
gashkarimov@yandex.ru
Султанова Р.И.
врач – психиатр[2]
renatasu@mail.ru
Ефремов И.С.
к.м.н., ассистент [3], младший научный сотрудник[4]
efremovilya102@gmail.com
Асадуллин А.Р.
д.м.н., профессор[3], ведущий научный сотрудник[4],
заместитель главного врача по медицинской части[5]
droar@yandex.ru

1 - ГБУЗ РБ «Республиканская клиническая психиатрическая больница»
Уфа, Россия
2 - ГБУЗ г. Москвы «Научно-практический психоневрологический центр имени З.П. Соловьева» Департамента здравоохранения города Москвы
Москва, Россия
3 - ФГБОУ ВО «Башкирский Государственный Медицинский Университет» Минздрава России, кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии с курсами ИДПО
Уфа, Россия
4 - ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
Санкт-Петербург, Россия
5 - ГБУЗ «Республиканский клинический психотерапевтический центр» Минздрава Республики Башкортостан
Уфа, Россия

Взаимосвязь инсомнии и шизофрении часто рассматривается как двунаправленная, так как шизофрения усугубляет инсомнию, и наоборот, инсомния может ухудшать симптоматику шизофрении [1]. Известно, что люди с шизофренией имеют больший суицидальный риск, примерно 40-60% пациентов имели попытку самоубийства, 5-10% пациентов совершают законченный суицид [2,3]. Это указывает на необходимость диагностики и лечения нарушений сна у людей с шизофренией. Также известно, что проблемы со сном коррелируют с когнитивной дисфункцией при шизофрении [4].

Не у всех людей с шизофренией встречаются нарушения сна, существуют предикторы развития таких нарушений. В одном исследовании было установлено, что низкое качество сна было ассоциировано с повышенным уровнем провоспалительных маркеров (высокочувствительного С-реактивного белка и интерлейкина-6) [5]. Также есть данные о том, что большой прием пищи перед сном, ожирение, депрессия предсказывали инсомнию у людей с шизофренией [6].

Цель: Проведенное нами исследование заключалось в создание нейронной сети, способной предсказывать появление бессонницы у людей с шизофренией в период госпитализации на основании анамнестических данных. Для этого разделили

респондентов на 2 группы – с инсомнией и без нее. С помощью языка программирования Python отобрали нужные факторы, построили и обучили нейронную сеть.

Материалы и методы: Было проведено клиническое интервьюирование, анкетирование пациентов с параноидной шизофренией, осуществлен анализ медицинской документации. Оценка инсомнических нарушений проводилась с помощью шкалы PSQI, общий балл >5 являлся маркером наличия инсомнических нарушений у респондента. Также был задан ряд авторских вопросов. Для построения нейронной сети нами был использован язык программирования «Python».

Результаты: В исследование были включены 180 респондентов, 136 (75,6%) из них – мужчины. По данным шкалы PSQI, 105 (58.3%) респондентов имели проблемы со сном. С помощью рекурсивного исключения признаков нами были отобраны критерии для построения нейронной сети: «текущий возраст», «возраст дебюта шизофрении», «стаж шизофрении», «нарушения сна в анамнезе», «попытка суицида в анамнезе». После отбора признаков данные были разделены на набор для обучения (Train), набор для проверки (Validation), набор для тестирования (Test) в пропорции 0.70/0.15/0.15. С помощью инструментов программирования, нами была создана нейронная сеть, способная предсказывать у человека, страдающего шизофренией, инсомнию в период госпитализации на основе анамнестических данных. Точность нейросети составила 72%.

Выводы: Можно сделать вывод, что нейросеть действительно обучается, и её точность будет возрастать с возрастанием числа респондентов. Данная модель поможет людям с шизофренией, а также врачам-психиатрам, предсказывать развитие бессонницы в период госпитализации. Это в свою очередь поможет предотвратить «злоупотребление» седативными, снотворными препаратами докторами. В будущих исследованиях планируется увеличить количество испытуемых, также будет разработана удобная платформа, где доктор или пациент сможет загрузить требуемые данные, а в ответ получить прогноз о возможной бессоннице.

Литература

1. Mulligan, L. D., Haddock, G., Emsley, R., Neil, S. T., & Kyle, S. D. / High resolution examination of the role of sleep disturbance in predicting functioning and psychotic symptoms in schizophrenia: A novel experience sampling study // Journal of abnormal psychology. 2016. Vol. 125. №. 6, P. 788.
2. Sher, L., Kahn, R. S. / Suicide in schizophrenia: an educational overview // Medicina. 2019. Vol. 55. №. 7, P. 361
3. Chapman, C. L., Mullin, K., Ryan, C. J., Kuffel, A., Nielssen, O., Large, M. M. / Meta- analysis of the association between suicidal ideation and later suicide among patients with either a schizophrenia spectrum psychosis or a mood disorder // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2015. Vol. 131. №. 3, P. 162-173
4. Chapman, C. L., Mullin, K., Ryan, C. J., Kuffel, A., Nielssen, O., Large, M. M. / Meta- analysis of the association between suicidal ideation and later suicide among patients with either a schizophrenia spectrum psychosis or a mood disorder // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2015. Vol. 131. №. 3, P. 162-173
5. Lee, E. E., Ancoli-Israel, S., Eyler, L. T., Tu, X. M., Palmer, B. W., Irwin, M. R., Jeste, D. V. / Sleep disturbances and inflammatory biomarkers in schizophrenia: focus on sex differences // The American journal of geriatric psychiatry. 2019. Vol. 27. №. 1, P. 21-31
6. Palmese, L. B., DeGeorge, P. C., Ratliff, J. C., Srihari, V. H., Wexler, B. E., Krystal, A. D., Tek, C. / Insomnia is frequent in schizophrenia and associated with night eating and obesity // Schizophrenia research. 2011. Vol. 133. №. 1-3, P. 238-243

Кардиохирургическая патология пациентов с додементными когнитивными расстройствами, перенесших послеоперационный делирий

Дик К.П.
Ассистент кафедры психиатрии, психотерапии и наркологии
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ
Кафедра Психиатрии, психотерапии и наркологии
Екатеринбург, Россия
E–mail: yareptiloid@gmail.com

Введение. Современная тенденция к увеличению продолжительности жизни и доли лиц пожилого возраста в популяции делает актуальной проблему когнитивных расстройств. [1] Пациенты с когнитивными нарушениями имеют высокий риск развития послеоперационного делирия, что ведет к риску послеоперационных нейрокогнитивных дисфункций, увеличению длительности госпитализации, высокой послеоперационной смертности. [2]

Цель: Выявить наличие додементных когнитивных расстройств, представленных синдромом мягкого когнитивного нарушения (Mild Cognitive Impairment, MCI), у пациентов кардиохирургического профиля, перенесших делирий в послеоперационном периоде; определить встречаемость кардиохирургической патологии среди пациентов.

Материалы и методы исследования. На этапе подготовки к плановой кардиохирургической операции обследовано 157 пациентов ГАУЗ СО «СОКБ №1» старше 55 лет (108 (68,8%) мужчин, 49 (31,2%) женщин) (средний возраст 65±6 лет). Критерии исключения: психические расстройства; нарушение мозгового кровообращения, черепно-мозговые травмы и нейроинфекция в анамнезе; зависимость от психоактивных веществ; деменция; длительный прием психотропных препаратов. Применены клинико-психопатологический, психометрический и статистический методы. Для оценки когнитивного статуса применены шкалы: Mini-Mental State Examination (MMSE), Free and Cued Selective Reminding Test-Immediate Recall (FCSRT-IR). Послеоперационный делирий определялся клинико-психопатологическим и психометрическим методами: Confusion Assessment Method-Intensive Care Unit (CAM-ICU), Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS).

Результаты. На дооперационном этапе определен гиппокампальный вариант MCI - 117 чел. (74,5%) (MMSE=24-27б., коэффициент ассоциаций FCSRT<=0,67, индекс свободного воспроизведения <=27) и дизрегуляторный вариант MCI - 12 чел. (7,6%) (MMSE=24-27б., коэффициент ассоциаций FCSRT>0,67, индекс свободного воспроизведения>27). В первые 3 суток после операции проводилась оценка уровня сознания. Делирий диагностирован у 31 чел. (19,7%), у всех – делирий гипоактивный. На заключительном этапе исследования определена частота делирия при гиппокампальном варианте MCI - 67,7% (21) и при дизрегуляторном варианте MCI - 12,9% (4). Делирий диагностирован также у пациентов без выявленных когнитивных нарушений (MMSE>27) – 19,4% (6). Количество пациентов с диагнозом «стабильная стенокардия» составило 90 человек (57,7%), делирий был обнаружен у 16 (10%), «нестабильная стенокардия» - 33 человека (21,2%), делирий – 6 (4%), «клапанная болезнь сердца» - 23 человека (14,7%), делирий – 5 (3%), «врожденный порок сердца» - 9 человек (5,8%), делирий обнаружен у 3 (2%) человек. Х-квадрат Пирсона 1,687 [a] (асимп. значимость 2 стор.0,430), отношение правдоподобия 1,514 (асимп. значимость 2 стор.0,469), линейно-линейная связь 0,220 (асимп.значимость 2 стор.0,639).

Заключение. У пациентов с делирием, развившимся в раннем послеоперационном периоде кардиохирургического вмешательства чаще встречался гиппокампальный вариант синдрома MCI. В представленной выборке наиболее часто встречались пациенты с диагнозом «стабильная стенокардия».

Литература

1. Tkachyova O.N. Inspection and maintaining patients with cognitive frustration / O.N. Tkachyova, M.A. Cherdak, E.A. Mkhitaryan//the Russian the medical magazine. - 2017. - No. 25. – p.1880-1883.
2. Aldeco C., Battelli G., Bilotta F. European society of anaesthesiology evidence-based and consensus-based guidelines on postoperative delirium // Eur J Anaesthesiol. 2017. №34. P. 1-23

Работа по протоколу FSAP с аддиктивным поведением в методе ДПДГ/EMDR как современный подход в психотерапии

Евменкова Т.А.

Клинический психолог
Психологический центр Psy-Garant
Москва, Россия
E–mail: evmenkova@mail.ru

Теория психотерапии зависимостей на основе чувств-состояний Роберта Миллера утверждает, что зависимость вызывается фиксированным воспоминанием, называемым фиксированным чувством-состоянием (ФЧС) [1]. ФЧС возникает из позитивных событий, которые закрепляются в сознании и становятся основой для зависимого поведения. Например, выигрыш в азартной игре или эйфория от употребления наркотиков могут создавать ФЧС.

Протокол работы с ФЧС в терапии зависимостей помогает избавиться от зависимостей, как результат устранения фиксированного воспоминания. Чувства и желания, связанные с аддиктивным поведением, являются нормальными и здоровыми, но становятся разрушительными из-за зацепления за определенное поведение и объект. Терапия фокусируется на разрушении ФЧС и на поиске более адаптивных способов удовлетворения желаний. Человек перестает стремиться получить ФЧС через аддиктивное поведение, тем самым перестает испытывать желание испытать ФЧС [2].

Клиническая оценка причины поведения определяет выбор терапии, которая может быть направлена на переработку негативных воспоминаний или работу с ФЧС. Фокус терапии может меняться в зависимости от динамики аддиктивного поведения и его цели - избегания или поиска определенных чувств [3].

Одним из ключевых аспектов клинической оценки является определение, является ли аддиктивное поведение человека связанным с "избеганием чувства" или "стремлением к чувству". Это определение влияет на выбор терапии и подхода к дальнейшим действиям. Если поведение служит механизмом избегания определенного чувства, то фокус терапии будет на переработке EMDR и преодолении этого чувства, связанного с негативным опытом или травмирующим событием, которое закрепилось в нейронной сети [4]. Если поведение является попыткой получить положительное чувство, то важно работать с фиксированным чувством-состоянием снижая его силу. Поскольку аддиктивное поведение может быть вызвано как избеганием, так и поиском определенных чувств, терапия может требовать переключения между различными динамиками в зависимости от индивидуальных потребностей и целей.

Проведенное исследование показало, что теория подтверждена и является рабочей. В исследовании принимали участие женщины с расстройством пищевого поведения, химически зависимые и зависимые от психоактивных веществ – мужчины и женщины средних лет. Лучше всего показала психотерапия с пищевым поведением компульсивным перееданием и булимией. В данном исследовании было выявлено до 3 фиксированных чувств состояний в отличие от нарко- и психозависимых, где потребовалось перерабатывать до 5-7 фиксированных чувств состояний и травмирующих событий. У всех исследуемых было самостоятельное желание избавиться от аддиктивного поведения. У тех, кто участвовал из-за интереса, результатов практически не было, но происходили изменения привычного режима и поведения - появлялась мотивация на те цели, на которые ранее не было желания.

Литература

1. Миллер Р. Раздаточный материал для практики, протокол FSAP, лечение всех видов зависимостей, компульсий, навязчивых идей, проблемного поведения в отношениях, созависимости и гнева // Image Transformation Institute, 2023.
2. Миллер Р. Теория чувства-состояния и протоколы для поведенческих и наркотических зависимостей. // ImTT Press, 2021.
3. Найп Д. EMDR: Полное руководство. Теория и лечение комплексного ПТСР и диссоциации. - Москва. Научный мир, 2020.
4. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз: Основные принципы, протоколы и процедуры/ Пер. с англ. А.С. Ригина – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 496 с.

Соматизированные психические расстройства в общемедицинской практике

Йович С. [1]***, Дороженок И.Ю.*** [2]

[1] *Аспирант ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) МЗ РФ Кафедра психиатрии и психосоматики института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия*
E–mail: jovicstefan@hotmail.com
[2] *К.м.н., доцент ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) МЗ РФ Кафедра психиатрии и психосоматики института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия*

Высокая распространенность психических расстройств в общемедицинской практике в настоящее время обусловлена прежде всего их патоморфозом, проявляющимся более мягким течением с тенденцией к соматизации. [1] Прогрессивно нарастающая частота встречаемости соматизированных психических расстройств (включающих как различные соматоформные расстройства, так и соматизированные депрессии) с хроническим/рецидивирующим течением, свидетельствуют о недостаточной эффективности традиционных для общемедицинской практики диагностических и терапевтических подходов.

Цель исследования: Изучить современное состояние проблемы соматизированных психических расстройств в общемедицинской практике.

Материал и методы: Для поиска российской и зарубежной литературы были использованы наиболее полные и авторитетные онлайн ресурсы: Киберленинка https://cyberleninka.ru/ (все статьи проходят аттестацию ВАК) и Pubmed https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/.

Результаты: Около трети симптомов, выявляемых врачами общей практики, необъяснимы с позиций соматической медицины. Наряду с аффективными и тревожными расстройствами, соматизированные психические расстройства являются наиболее распространенными в первичной медицинской сети. [2] Однако, лишь в 33-60% случаев врачи общей практики ставят правильный диагноз и направляют пациентов к психиатру/психотерапевту для дальнейшего лечения. [3;4] Так, из 9020 пациентов китайской сети первичной медико-санитарной помощи, у 27,1% диагностировано соматоформное расстройство (СФР) [5]; в других исследованиях данный показатель составил 17-28%. [6;7] Среди психических расстройств у 1826 пациентов общемедицинской сети Германии СФР было наиболее часто диагностируемым, за ними следовали депрессивные и тревожные расстройства. В то же время, получены данные о высоком уровне коморбидности СФР с депрессией (29,1%) и/или тревожными расстройствами (21,4%). [8;9] Среди соматизированных симптомов депрессии наиболее часто встречались: ощущение нехватки воздуха – 63,2% , учащенное сердцебиение – 52,6% , головная боль – 42,1%, боли в животе и спине, диспепсия – по 26,3% ; ощущение перебоев в сердце и кардиалгии – по 15,8%. [10]

Заключение: Таким образом, данные литературы свидетельствуют о высокой актуальности и востребованности комплексного изучения соматизированных психических расстройств в общемедицинской практике на базе операциональных методологических подходов, применяемых в современной психосоматической медицине. Существующие традиционные подходы, используемые в общей медицине, увеличивают затраты системы здравоохранения из-за продолжительного

диагностического поиска, необоснованного назначения дополнительных исследований, неадекватного лечения, приводя к возрастанию времени нетрудоспособности широкого контингента пациентов.

Литература

1. Смулевич АБ, Романов ДВ, Дамулин ИВ. Дифференциальная диагностика психических расстройств в неврологической практике. Психические расстройства в общей медицине. 2018;(2):4-10. [Smulevich AB, Romanov DV, Damulin IV. Differential diagnosis of mental disorders in neurologic practice. Psihicheskie rasstroistva v obschey meditcine. 2018;(2):4-10 (In Russ.)].

2. González-Blanch C, Fernando Hernández-de-Hita, Muñoz-Navarro R, et al. Domain-specific associations between disability and depression, anxiety, and somatization in primary care patients. *Psychiatry Res*. 2018;269:596-601. doi:10.1016/j.psychres.2018.09.007

3. Vermeir P, Mariman A, Lucza L, et al. Epidemiology and organisation of care in medically unexplained symptoms: A systematic review with a focus on cultural diversity and migrants. *Int J Clin Pract*. 2021;75(12):e14855. doi:10.1111/ijcp.14855

4. Johnson KK, Bennett C, Rochani H. Significant Improvement of Somatic Symptom Disorder With Brief Psychoeducational Intervention by PMHNP in Primary Care. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2022;28(2):171-180. doi:10.1177/1078390320960524

5. Wu Y, Tao Z, Qiao Y, et al. Prevalence and characteristics of somatic symptom disorder in the elderly in a community-based population: a large-scale cross-sectional study in China. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):257. Published 2022 Apr 12. doi:10.1186/s12888-022-03907-1

6. Alalawi NM, Al Salmani AA, Aljabri MK, et al. Epidemiology and prevalence of somatic symptom disorder at the primary care level in Muscat, Oman: A cross-sectional study. *Int J Psychiatry Med*. 2023;58(3):284-294. doi:10.1177/00912174221088263

7. Lehmann M, Pohontsch NJ, Zimmermann T, Scherer M, Löwe B. Estimated frequency of somatic symptom disorder in general practice: cross-sectional survey with general practitioners. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):632. Published 2022 Sep 29. doi:10.1186/s12888-022-04100-0

8. Hüsing P, Löwe B, Piontek K, Shedden-Mora M. Somatoform disorder in primary care: The influence of co-morbidity with anxiety and depression on health care utilization. *J Eval Clin Pract*. 2018;24(4):892-900. doi:10.1111/jep.12898

9. Grebe IG. Innere Medizin zwischen Soma und Psyche : Funktionelle Körperbeschwerden und depressive Störungen in der ambulanten Versorgung [Internal medicine between soma and psyche : Functional bodily complaints and depressive disorders in outpatient care]. *Internist (Berl)*. 2020;61(1):44-50. doi:10.1007/s00108-019-00711-0

10. Николаева П.В., Фофанова Ю.С., Никифоров И.А., Аронов П.В., & Бельская Г.Н. (2022). Атипичная депрессия: частота встречаемости симптомов. Медицинский совет, 16 (21), 106-111.

Психические расстройства во время и после локальных военных конфликтов

Козачук А.Ю.[1], Вдовина И.В.[2]
[1]Аспирант кафедры психиатрии
[2]Начальник отдела функциональных, прикладных и поисковых исследований, доцент кафедры психиатрии, к.пед.н, доцент
Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации
Москва, Россия
E-mail:alexkozachuk@yandex.ru

Локальные военные конфликты частое явление в современном мире, их примеры в последние десятилетия многочисленны, это и войны во Вьетнаме, Афганистане, Сирии, Ираке, конфликты в Закавказье, события в Украине и обострение палестино-израильского конфликта. Как свидетельствует история психиатрии, во время боевых действий в 3-4 раза увеличивается количество психических расстройств как у участников, так и у гражданского населения [5,7]. В связи с вышесказанным в настоящее время крайне актуальной является проблема боевой психической травмы и посттравматических психических расстройств.

Приобретенные в период боевых действий психические расстройства, а также их отдаленные последствия представляют серьезную проблему не только для лиц, вовлеченных в боевые действия, но и для их семей и общества в целом. Они могут привести к снижению качества жизни, социальной дезадаптации, суицидальному поведению, проблемам в взаимоотношениях и трудоустройстве. Кроме того, во время острых военных конфликтов значительно возрастают затраты государства на здравоохранение, выплаты пособий по инвалидности и компенсаций семьям погибших, что впоследствии усилит нагрузку на экономику страны. Таким образом, важной стала проблема раннего выявления заболевания, что является определяющим в выборе тактики своевременного лечения и имеет значительные личные и социальные последствия.

По данным Указа президента РФ № 575 в России насчитывается около 1,1 млн военнослужащих и по состоянию на июнь 2023г. более 133.5 тыс. комбатантов имеют статус ветеранов СВО (ТАСС, 2023)[10] и количество их неуклонно растет, в связи с этим большую актуальность приобретает проблема реабилитации и социализации военнослужащих в мирной жизни.

Боевая психическая травма – это психотравма, связанная с воздействием факторов боевой обстановки. Основные факторы ее развития - постоянный страх за жизнь, наличие реальной опасности получения увечий, высокая степень напряжения, тяжесть потери сослуживцев, ужасы боя, разрушений, физическая усталость, недосыпание, изоляция от семейной поддержки и других ресурсов.

Самыми распространенными психическими расстройствами во время военных конфликтов являются посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), депрессии и расстройства, связанные со злоупотреблением психоактивных веществ (ПАВ) [4].

В структуре психических расстройств, возникающих во время боевых действий, 70% составляют психогенные (стресс-ассоциированные) расстройства [5]. Предикторами возникновения расстройств адаптации (РА) и посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) являются не только интенсивность стрессора и длительность его воздействия, но и личностная предиспозиция [8].

ПТСР стало активно изучаться со времен вьетнамской войны, когда был официально признан и кодифицирован термин. Изучению проблемы ПТСР в настоящее время уделяется много внимания, не прекращается дискуссия по поводу этиологии и патогенеза ПТСР [8].

ПТСР отличается высокой коморбидностью, увеличивающей риск одновременного развития нескольких психических расстройств (аддиктивных, аффективных, обсессивно-компульсивных и личностных). Недостаточная эффективность лечения ПТСР приводит к значительным негативным социальным последствиям в виде алкоголизма, наркоманий, антисоциального агрессивного поведения, а также повышает риск суицидов и дисгармонии межличностных и семейных отношений [6].

Рост аддиктивных расстройств приводит к повышенному риску ауто- и гетероагрессий, совершения преступлений, травматизации и смерти [11]. По результатам американских исследований [4] уровень самоубийств среди ветеранов достиг рекордно высоких показателей за всю историю наблюдений. Ежегодно от самоубийств умирает более 6000 человек, особенно высокий риск самоубийств наблюдается в течение первого года после увольнения с военной службы.

Наряду с психогенным воздействием боевого стресса важным в развитии психических расстройств являлся соматогенный фактор, чаще всего обусловленный органической патологией головного мозга, вследствие перенесенных черепно-мозговых травм (ЧМТ). Американские ученые провели исследование с выборкой из 860 892 комбатантов, 108 785 из которых имели в анамнезе ЧМТ. При этом прослеживается корреляция возникновения аффективных расстройств у лиц, перенесших и не перенесших ЧМТ (67.7% против 37.5%), помимо этого, суицидальный риск у пациентов, перенесших ЧМТ был выше [1]. MK Dalton и соавт. [2] анализировали специфику проявлений психических расстройств у 3979 комбатантов, перенесших ЧМТ, и 3979 комбатантов, входящих в контрольную группу. По результатам исследования также прослеживалась корреляция связи перенесенного ранения с возникновением психического расстройства: у 63% получавших ранения и 36% лиц из контрольной группы выявлялись новые психические расстройства. Перенесенные травматические повреждения, приводя к органическим дефектам, вызывают психоэмоциональные нарушения в связи с выпадением из активного образа жизни, потерей трудоспособности и привычных навыков [3].

Боевой стресс может провоцировать развитие эндогенных заболеваний, в числе которых маниакально-депрессивный психоз, преждевременное слабоумие и шизофрения, причем ее пики отмечаются в периоды интенсивных боев и в ближайшие за ними месяцы, что свидетельствует о нарастании роли и значения экзогенно-органических факторов [9].

Будущие исследования должны продолжить изучение механизмов, клиники и прогнозирования психических заболеваний, что важно для лечения и медико-психологической реабилитации пострадавших в результате боевых действий.

Литература

1. Brenner LA, Forster JE, Gradus JL, Hostetter TA, Hoffmire CA, Walsh CG, Larson MJ, Stearns-Yoder KA, Adams RS. Associations of Military-Related Traumatic Brain Injury With New-Onset Mental Health Conditions and Suicide Risk. JAMA Netw Open. 2023 Jul 3;6(7)

2. Dalton MK, Manful A, Jarman MP, Koehlmoos TP, Weissman JS, Cooper Z, Schoenfeld AJ. Long-term Mental Health Trajectories of Injured Military Servicemembers: Comparing Combat to Noncombat Related Injuries. Ann Surg. 2023 Mar 1;277(3):506-511.

3. Eskridge SL, Watrous JR, McCabe CT, Clouser MC, Galarneau MR. The relationship between self-reported physical functioning, mental health, and quality of life in Service members after combat-related lower extremity amputation. Disabil Rehabil. 2022 Jun;44(13):3189-3195.
4. Inoue C, Shawler E, Jordan CH, Moore MJ, Jackson CA. Veteran and Military Mental Health Issues. 2023 Aug 17. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan.
5. Александровский, Ю. А. Пограничные психические расстройства : руководство для врачей / Ю. А. Александровский и др. - 5-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. – С.162-163.
6. Демкин А. Д., Иванов В. В., Круглов В. И. Новые методы реабилитации военнослужащих с боевой психической травмой в армиях зарубежных государств. // Известия военно-медицинской академии. Том 38, №3. 2019.-С.125-131.
7. Снедков Е.В. Боевая психическая травма (клинико-патогенетическая динамика, диагностика, лечебно-реабилитационные принципы): Дисс. докт. мед. наук. СПб., 1997. 456 с.
8. Посттравматическое стрессовое расстройство; под ред. В.А. Солдаткина. – Ростов-н/Д.: Изд-во РостГМУ, 2015: 39-59 с.
9. Сукиасян С.Г., Солдаткин В.А., Снедков Е.В., Тадевосян М.Я., Косенко В.Г. Боевое посттравматическое стрессовое расстройство: от «синдрома раздраженного сердца» до «психогенно-органического расстройства». Современные подходы. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020;120(8):175‑182.
10. Информационное агентство ТАСС.
11. Шамрей В.К., Крюков Е.В. Военная психиатрия в XXI веке: современные проблемы и перспективы развития. Издательство: СпецЛит, 2022 год: 30 с.

Психические расстройства в структуре преждевременной недостаточности яичников

Кочергина М.С.[1], Каменев С.С.[2], Вересаева Е.А.[3]
Ординаторы
Кафедра Психиатрии
Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации
Москва, Россия
E-mail: [1]mariakochergina.s@gmail.com, [2]staskamenev-1998@mail.ru, [3]liza.veresaeva2014@yandex.ru

Преждевременная недостаточность яичников (ПНЯ) – нарушение функции яичников у женщин до 40 лет, ранее имевших нормальную репродуктивную функцию. Несмотря на небольшую распространенность заболевания в общей популяции, ПНЯ является основной причиной наступления ранней менопаузы. Согласно рекомендациям Европейского общества по репродукции человека и эмбриологии (European Society of Human Reproduction and Embryology) [1], диагноз ПНЯ выставляется при наличии олиго- или аменореи в течение не менее 4 месяцев, повышении уровня ФСГ выше 25 МЕ/л дважды с интервалом в 4 недели. Основными проявлениями ПНЯ является генитоуринальный менопаузальный синдром: сухость, жжение и зуд по влагалище, цисталгия, недержание мочи, инфекции мочеполовых путей и гиперактивный мочевой пузырь, повышенное потоотделение, «приливы», что в совокупности приводит к диспаренурии и снижению полового влечения.

Этиология заболевания остается неизвестной — в структуре заболеваемости доминирует идиопатическая ПНЯ. Спорадическое развитие идиопатической ПНЯ наблюдается в 81—87,3% случаях, семейная агрегация — в 12,7-19% [2]. Семейные случаи ПНЯ у пациенток с нормальным кариотипом позволяют предположить их моногенный характер. Заинтересованные гены — аутосомные, участвующие в регуляции дифференцировки и функции гонад. При анализе родословных наиболее часто встречается аутосомно-доминантный сцепленный с полом тип наследования или сцепленный с Х-хромосомой с неполной пенетрантностью. Приблизительно у 4% женщин с кариотипом 46, XX ПНЯ — следствие аутоиммунной деструкции тканей, участвующих в стероидогенезе.

Стоит отметить, что многие исследователи [3] открыто заявляют о возможности влияния психоэмоциональных нагрузок на развитие ПНЯ. Согласно кросс-секционному исследованию [4], частота развития депрессивных состояний в течение жизни существенно выше у пациенток с ПНЯ в сравнении с контрольной группой (67% и 24.5%), а также выяснилось, что у большинства (68.4%) пациенток с ПНЯ развитие большого депрессивного расстройства предшествовало постановке диагноза в среднем на 5 лет. По данным Słopień [5], депрессия была выявлена у 43% пациенток с ПНЯ, однако в катамнезе у 26% больных депрессивная симптоматика отмечалась более чем за 5 лет до установления диагноза. В исследовании Xi et al. [6] описана корреляция между ПНЯ и депрессивными расстройствами в изменении уровня TGF-β и ИФ-γ, изменениях в нейротрансмиттерной системе в связи с низким уровнем эстрогена, которые влияют на лабильность настроения, а также влияние стресса по поводу бесплодия у женщин, планирующих зачать ребенка.

Для лечения симптомов гипоэстрогении у женщин с ПНЯ показана заместительная гормональная терапия (ЗГТ) на срок нормальной продолжительности репродуктивного периода. Согласно двойному рандомизированному исследованию [7], совмещение ЗГТ и антидепрессанта флуоксетина у женщин с постменопаузальной депрессией дало более обнадеживающие результаты по сравнению с группой, получавшей ЗГТ.

Несмотря на обилие научной литературы, причинно-следственные взаимоотношения психической патологии и ПНЯ до сих пор являются загадкой. Вполне возможно, что проведенные в дальнейшем исследования в этой области дадут ответ на этот вопрос.

Литература

1. Рекомендации ESHRE «Ведение женщин с преждевременной недостаточностью яичников», 2015.
2. van Kasteren Y.M. Familial idiopathic premature ovarian failure: an overrated and underestimated genetic disease? Hum Reprod 1999; 14: 2455—2459.
3. Sun J. et al. Chronic and cumulative adverse life events in patients of premature ovarian insufficiency with unknown cause: an exploratory qualitative study. – 2021.
4. Peter J. Schmidt, Jamie A. Luff, Nazli A. Haq, Vien H. Vanderhoof, Deloris E. Koziol, Karim A. Calis, David R. Rubinow, Lawrence M. Nelson, Depression in Women with Spontaneous 46, XX Primary Ovarian Insufficiency, The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 96, Issue 2, 1 February 2011, Pages E278–E287, https://doi.org/10.1210/jc.2010-0613.
5. Słopień R. Mood disorders in women with premature ovarian insufficiency. Prz Menopauzalny. 2018 Sep;17(3):124-126. doi: 10.5114/pm.2018.78556. Epub 2018 Sep 30. PMID: 30356982; PMCID: PMC6196781.
6. Xi D, Chen B, Tao H, Xu Y, Chen G. The risk of depressive and anxiety symptoms in women with premature ovarian insufficiency: a systematic review and meta-analysis. Arch Womens Ment Health. 2023 Feb;26(1):1-10. doi: 10.1007/s00737-022-01289-7. Epub 2023 Jan 27. PMID: 36705738; PMCID: PMC9908676.
7. Liu P, He FF, Bai WP, Yu Q, Shi W, Wu YY, He DJ, Xiao JH, Zheng Y, Liao QP. Menopausal depression: comparison of hormone replacement therapy and hormone replacement therapy plus fluoxetine. Chin Med J (Engl). 2004 Feb;117(2):189-94. PMID: 14975200

Клинический случай сенестоипохондрической формы шизофрении с реализацией патологических телесных сенсаций преимущественно в орофациальной области: проблемы дифференциального диагноза на ранних этапах

Кочерева Е.Д.[1], Вдовина И.В.[2]

[1]Аспирант 1 года обучения
[2]Начальник отдела функциональных, прикладных и поисковых исследований, доцент кафедры психиатрии, к.пед.н, доцент
Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации
Москва, Россия
E-mail: e.kochereva@gmail.com

Распространенность болевого синдрома, реализующегося в орофациальной области, по данным различных исследований, составляет 20-23% от общей популяции, среди которых превалирующее число обращений за медицинской помощью приходится на врачей-интернистов, преимущественно, стоматологического профиля [1-4]. Однако, в 25-76% случаев первичного стоматологического приема в связи с указанными жалобами, патологий дентоальвеолярных структур не выявляется, или же редукции болевого синдрома после проведения лечебных мероприятий не происходит [5]. Помимо представленных в международной классификации орофациальной боли категорий, включающих в себя патологию дентоальвеолярных структур, миофасциальный, артрогенный и неврологический компоненты в формировании болевого синдрома, в единичных публикациях упоминается феномен т.н. оральных сенестопатий, наблюдающийся среди пациентов данной категории [6]. Приведенный клинический случай иллюстрирует затруднения в дифференциальной диагностике орофациальных сенестопатий при наличии коморбидной ортодонтической патологии в анамнезе.

Клинический случай:

Пациентка М., 31 год, не замужем, детей нет, работает частным преподавателем по вокалу.

Наследственность манифестными психозами не отягощена. Родилась на 38 неделе от вторых нормально протекавших беременности и родов. Раннее развитие с особенностями: заговорила позже срока, до 6 лет сохранялась выраженная дислалия, разрешившаяся на фоне логопедической коррекции. Формировалась активным, общительным ребенком, любила быть в центре внимания, легко адаптировалась в детских коллективах. На протяжении всего времени обучения сохраняла среднюю успеваемость, в основном за счет помощи одноклассников, учебой не интересовалась. Увлекалась вокалом, эстрадными танцами, ходила в музыкальную школу, обучение в которой давалось легко, закончила последнюю с красным дипломом. Впоследствии поступила в Институт Искусств, где обучалась формально, начав концертную деятельность в составе музыкальной группы, участвовала в конкурсах красоты. С момента вступления в группу эпизодически употребляла ПАВ «за компанию» – марихуану, кокаин. Эпизоды наркотического опьянения проходили без особенностей. Несмотря на формальное отношение к обучению, университет окончила. В дальнейшем

продолжала работать в составе музыкальной группы, организовывала различные мероприятия, стремилась к сольной карьере.

В 2013 году, на фоне проведения ортодонтического лечения, впервые обратила внимание на выраженный болевой синдром в орофациальной области, который был расценен лечащим врачом как побочный эффект от установки брекет-системы с формированием дисфункции височно-нижнечелюстного сустава, в связи с чем была проведена коррекция высоты прикуса с эффектом. Несмотря на снижение выраженности болевого синдрома, стала отмечать диспропорцию в чертах лица, «челюсть будто съехала вбок», после чего болевой синдром вновь актуализировался «как что-то тянуло, постоянное напряжение в челюсти, ноющая боль». В последующем в течение 9 лет многократно обращалась к различным специалистам: стоматологам, физиотерапевтам, настаивая на необходимости проведения различных вмешательств с целью «возвращения гармонии» и снижения болевых ощущений, без эффекта от проводимого лечения. Многократно обследовалась без установления соматической патологии. Стала обращаться к специалистам в области нетрадиционной медицины, хиропрактикам и т.д., также безрезультатно. В начале марта 2023 года использовала интраназальную технику самомассажа с целью «расслабления мышц» в течение нескольких часов, в ходе которого обратила внимание на пульсацию в носу, придаточных пазухах, глазах, «стрекотание, вибрацию над небом», в течение всей манипуляции. Впоследствии ощутила расслабление, смогла заснуть. Спустя несколько дней, на фоне употребления марихуаны, ощутила «хлопок в горле», сопровождавшийся «слабостью глотательных мышц», явлениями астазии-абазии, «все было как ненастоящее», «помехами» в зрительной картинке. Была приведена в безопасное положение, после чего ощутила «вибрацию во всем теле», слышала голоса в голове комментирующего содержания. Приступ сопровождался вычурными ощущениями в теле, которые интерпретировала как «это кто-то во мне сидит и выходит», «кто-то в голове паникует», «трогаю затылок, а под пальцами мышцы как червяки расползаются, возле мозга, поэтому такая картинка получилась». В течение следующей недели, преимущественно в ночное время, отмечала многочисленные телесные сенсации: «как будто что-то щекочет в животе, как узел в кишечнике какой-то развязался», «распирание в животе, ногах», «колики в кишечнике, влагалище», «вибрация в суставах», сопровождавшиеся обманами восприятия в виде неясных образов перед глазами в течение нескольких минут после пробуждения, тягостным тревожным аффектом. Все происходящее связывала с «расслаблением мышц», «открытием чакр». В последнюю ночь проснулась от звука «взрыва в животе», обратила внимание на «мурашки по чакрам», сердцебиение, отнесла симптоматику к последствиям «полного мышечного расслабления», после чего смогла заснуть, в дальнейшем подобного не наблюдала. В течение последующих 4 месяцев отмечала жалобы на «напряжение в мышцах лица», «чувство распирания в лицевых костях», «зудящий очаг где-то в небе», что «череп хрустит, форма меняется», в связи с чем продолжила обследование, предполагая, что повредила блуждающий нерв интраназальными манипуляциями. Стала избегать рабочей нагрузки, проводя единичные занятия по вокалу на дому, снизилась социальная активность – перестала общаться с друзьями, коллегами, уделять время молодому человеку. Неврологом с была направлена на консультацию к психиатру.

Психический статус: Выглядит моложе своих лет, ухожена. Всесторонне ориентирована верно. Охотно вступает в беседу с врачом. Темп речи ускорен, пантомимика оживленная, голос ярко эмоционально модулирован. Многоречиво излагает вышеуказанные жалобы, фиксируясь на многочисленных подробностях, однако линию повествования удерживает с трудом, отвечает не всегда в плане

заданного, отвлекаема. В ходе повествования стремится выставить себя в лучшем свете, избегает упоминания фактов употребления ПАВ, обманов восприятия. Испытывает трудности в систематизации предоставляемой информации. На момент осмотра озвучивает жалобу на боли распирающего, «скрипящего» характера в области лба, придаточных пазух, мышцах головы, указывая на два четко очерченных «очага» болезненных ощущений на затылке. Мышление паралогично, суждения поверхностны. Приводит многочисленные противоречивые гипотезы возникновения болезненного состояния, связывая его с последствиями ортодонтического лечения, психоэмоциональным стрессом, поражением блуждающего нерва, кишечника, «прохождением энергии через чакры», аргументируя каждую «кишечник это же и есть мозг, все от него», «блуждающий нерв контролирует каждый орган, потому такие симптомы». К логическим несоответствиям критика отсутствует. Ищет помощи, вместе с тем отрицает болезненное происхождение своего состояния, убеждена в соматической или эзотерической природе жалоб. Фон настроения с тревожным оттенком. Суицидальные мысли отрицает. Сон, аппетит – не нарушены.

На фоне приема назначенной психофармакотерапии в течении 3 месяцев, состояние с положительной динамикой: жалоб на болезненные ощущение не предъявляет, сформировалась частичная критика к состоянию, увеличилась социальная и рабочая активность, пациентка настроена на продолжение терапии.

В данном клиническом наблюдении психический статус пациентки длительное время определялся сенестоалгическими явлениями, преимущественно орофациальной локализации, за счет коморбидных ортодонтических нарушений и отсутствия комплексного мультимодального подхода, расценивавшихся как проявление вторичной артрогенной патологии – дисфункции височно-нижнечелюстного сустава. Атипичное течение психотического эпизода, ассоциированного с приемом ПАВ (длительность и стойкость продуктивной психопатологической симптоматики) с присоединением негативных симптомов в последующем и формированием стойких эссенциальных сенестопатий, свидетельствует в пользу экзацербации эндогенного процесса в рамках сенестоипохондрической формы шизофрении.

Приведенный клинический случай иллюстрирует необходимость дальнейшего изучения орофациальных сенестопатий с целью формирования алгоритмов маршрутизации и мультимодального подхода в ведении данной группы пациентов, обеспечивая условия для своевременного определения нозологической принадлежности расстройства и раннего начала адекватной психофармакотерапии.

Литература

1. John M.T., LeResche L., Koepsell T.D. et al. Oral health-related quality of life in Germany. // Eur J Oral Sci. – 2003. – Vol. 111. – P. 483–491
2. Lipton J.A., Ship J.A., Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. // J Am Dent Assoc. 1994. – Vol. 124. – P. 115-121
3. Macfarlane T.V., Blinkhorn A.S., Davies R.M. et al. Oro-facial pain in the community: prevalence and associated impact. // Community Dent Oral Epidemiol. – 2002. – Vol. 30(1). – P. 52-60.
4. Macfarlane T.V., Blinkhorn A.S., Craven R. et al. Can one predict the likely specific orofacial pain syndrome from a self-completed questionnaire? // Pain. – 2004. – Vol. 111. – P. 270-277.
5. Hoffmann R.G., Kotchen J.M., Kotchen T.A. et al. Temporomandibular disorders and associated clinical comorbidities // Clin. J. Pain. 2011. Vol. 27(3). P.268–274.
6. Umezaki Y. et al. Oral cenesthopathy //BioPsychoSocial Medicine. – 2016. – Т. 10. – С. 1-5

Оценка эффективности автоматизированной терапии ДПДГ и курсов саморегуляции у пациентов со стресс-ассоциированными психическими расстройствами

Кузнецов К.С.[1], Маркин К.В.[2], Тарумов Д.А.[3], Пучков Н.А.[4],
[1]курсант 6 курса
[2]врач-психиатр
[3]преподаватель кафедры ТУВ-1, доцент, доктор медицинских наук
[4]врач-психиатр

ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ
Кафедра психиатрии
Санкт-Петербург, Россия
E-mail: Kuznietcov.kirill@gmail.com

Введение: увеличение количества локальных конфликтов неизменно ведет к повышению развития стресс-ассоциированных психических расстройств [1]. Одним из перспективных методов лечения стресс-ассоциированных психических расстройств с высоким уровнем доказательности является десенсибилизация и переработка движением глаз (ДППГ) [2]. Однако, как и практически любой вид психотерапевтической коррекции, проведение ДПДГ предполагает большие затраты человеческих ресурсов и неоднородность качества оказываемой помощи в зависимости от уровня специалиста [3]. При этом, использование цифровых или онлайн вариантов ДПДГ показывает многообещающие результаты [4]. В связи с этим проводится исследование,

Целью которого является определение эффективности автоматизированной терапии ДПДГ и курсов саморегуляции у пациентов со САПР.

Методы и материалы: взрослые респонденты мужского пола с различными стресс-ассоциированными расстройствами, такими как острая реакция на стресс, расстройство адаптации и посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) проходили пятидневный курс автоматизированной ДПДГ терапии, которая проводилась с помощью специального программного обеспечения «bilateralstimulation.io». Сеансы назначались после минимального пребывания пациента на стационарном лечении 5±2 суток. Сеанс ДПДГ состоял из четырех последовательных циклов разнонаправленных движений установленной фигуры на экране (общее время сеанса – 40 минут) в сопровождении с билатеральной звуковой стимуляцией, доставляемой посредством аудиогарнитуры. Кроме того, все респонденты проходили от 10 до 15 сеансов саморегуляции в течение срока лечения (21±5 суток) в группах от 3 до 7 человек. Сеанс саморегуляции состоял в прямом контакте с психотерапевтом либо с применением средств аудиосопровождения. Методики саморегуляции, применяемые во время сеансов, семантически были направлены на снижение эмоциональной напряженности, обучение расслаблению и активации, в т.ч. с применением методов активной мышечной релаксации и техник дыхания. Оценка состояния проводилась с помощью батареи тестов: опросник для оценки терапевтической динамики ПТСР (до/после), шкалы оценки интенсивности боевого опыта (однократно), госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), Питсбургского опросника качества сна**.**

Предварительные результаты: на момент подачи тезиса были проанализированы результаты проведения 5 сессий автоматизированной ДПДГ-терапии у 19 пациентов со стресс-ассоциированными психическими расстройствами. В результате проведения

комплексной терапии отмечались снижение выраженности уровня актуальной тревоги (r = 0,745, p <0,01) и депрессивности (r = 0,835, p <0,01). Кроме того, отмечалось положительное влияние на качество сна респондентов в виде значимых изменений индекса кошмарных сновидений (r = 0,926, p <0,01). Изменения выраженности уровня безнадежности не имели достоверных различий до и после проводимой терапии (r =0,192, p <0,26).

Заключение: предварительные результаты проводимого исследования позволяют сделать предположение о положительном и достаточно эффективном воздействии психотерапевтических мероприятий (автоматизированная ДПДГ, сеансы саморегуляции) в отношении симптомов тревоги, депрессии и нарушений сна при стресс-ассоциированных психических расстройствах.

Литература

1. Особенности оказания психолого-психиатрической помощи военнослужащим в условиях современных вооруженных конфликтов / Шамрей В.К., Марченко А.А., Юсупов В.В., Старенченко Ю.Л., Чернявский Е.А. // Медико-биологические и социально психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2022. No 2. С. 60–71. DOI: 10.25016/2541-7487-2022-0-2-60-71

2. Novo Navarro P, Landin-Romero R, Guardiola-Wanden-Berghe R, Moreno-Alcázar A, Valiente-Gómez A, Lupo W, García F, Fernández I, Pérez V, Amann BL. 25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed). 2018 Apr-Jun;11(2):101-114. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rpsm.2015.12.002.3.

3. Wilson G, Farrell D, Barron I, Hutchins J, Whybrow D, Kiernan MD. The Use of Eye-Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) Therapy in Treating Post-traumatic Stress Disorder-A Systematic Narrative Review. Front Psychol. 2018 Jun 6;9:923. doi: 10.3389/fpsyg.2018.00923.

4. L Lenferink LIM, Meyerbröker K, Boelen PA. PTSD treatment in times of COVID-19: A systematic review of the effects of online EMDR. Psychiatry Res. 2020 Nov;293:113438. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113438.

Непсихотические заболевания, ассоциированные с несуицидальным самоповреждающим поведением

Кулешов А.А.

Научный сотрудник
ФГБНУ НЦПЗ
Отдел юношеской психиатрии.
Москва, Россия
E–mail: kuleshov-aa-ncpz@yandex.ru

Несуицидальное самоповреждающее поведение (НССП) в юношеском возрасте представляет высокоактуальную проблему в связи с их высокой встречаемостью при аффективных расстройствах в диапазоне от 14 % до 29% [1] и при пограничном расстройстве личности 75%–85% [2]. НССП усложняют клиническую картину аффективных заболеваний, значительно повышая суицидальный риск и нередко являются предиктором появления суицидальной активности. В проведенных ранее исследованиях было отмечено, что большая частота и продолжительность НССП обнаруживалась при биполярном варианте течения аффективных расстройств, в особенности при его континуальном течении, а также при пограничном расстройстве личности [3]. Однако остается недостаточно изученным вопрос частоты встречаемости, длительности и риска рецидивирования НССП при динамике непсихотических заболеваний в юношеском возрасте.

Цель: установление характеристик несуицидального самоповреждающего поведения при непсихотических психических расстройствах в юношеском возрасте.

Материал и методы: исследование выполнено в ФГБНУ НЦПЗ (директор - проф. Т.П. Клюшник) в отделе юношеской психиатрии (руководитель – проф. В.Г. Каледа).

Критерии включения:

1. Юношеский возраст больных на момент первичного обследования (16-25 лет).
2. Наличие непсихотического психического расстройства, ассоциированного с НССП
3. Информированное согласие пациента на участие в исследование.

Критерии невключения:

1. Наличие сопутствующей психической, соматической или неврологической патологии, затрудняющей исследование.

Материалом настоящей работы явились данные клинико- психопатологического исследования 92 больных (57 мужского и 35 женского пола), проходивших амбулаторное и стационарное лечение в клинике ФГБНУ НЦПЗ в период 2019–2023 гг. с НССП при непсихотических заболеваниях

Методы исследования: клинико-психопатологический, статистический.

Результаты: В результате настоящего исследования установлено, что для униполярных депрессивных состояний было характерно преобладание однократного нанесения НССП (74,2%, n=23). Для биполярного аффективного расстройства интермиттирующего течения (n=23) отмечалась тенденция к рецидивированию НССП (56,5%, n=13). Наибольшая продолжительность и склонность к рецидивированию НССП была характерно для пациентов с континуальным течением биполярных аффективных расстройств (63,6%, n=7) и у пациентов с пограничным расстройством личности (82,1%, n=23), p=0,001, $\chi 2$= 22,3308 (табл. 1.).

Таблица 1. Характеристика встречаемости НССП при непсихотических расстройствах, ассоциированных с НССП

НССП	Непсихотические расстройства ассоциированные с НССП			
	Униполярные депрессии	Биполярное аффективное расстройство (Интермиттирующее)	Биполярное аффективное расстройство (Континуальное)	Пограничное расстройство личности
	100% (31)	100% (23)	100% (11)	100 (28)
Однократные	74,2% (23)	43,5% (10)	27,3% (3)	17,9% (5)
Рецидивирую-щие	25,8% (8))	56,5% (13)	63,6% (7)	82,1% (23)

Заключение:

Наиболее благоприятной динамикой аутоагрессивных расстройств обладали униполярные аффективные депрессивные состояния, где НССП возникали однократно, на высоте депрессивного аффекта. Неблагоприятная динамика с рецидивированием НССП была обнаружена при континуальном течении биполярного аффективного расстройства, и у пациентов с пограничным расстройством личности. Было установлено, что наибольшей склонностью к рецидивированию НССП обладало пограничное расстройство личности, что обуславливает необходимость проведения дифференциальной диагностики с пограничным расстройством личности при возникновении в клинической картине непсихотических заболеваний многократных, рецидивирующих НССП.

Литература

1. Lüdtke J., In-Albon T., Schmeck K., Plener P. L., Fegert J. M., Schmid M. Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents Placed in Youth Welfare and Juvenile Justice Group Homes: Associations with Mental Disorders and Suicidality // Journal of Abnormal Child Psychology. 2018, Vol. 46, № 2, P. 343–354.
2. Kaess M., Hooley J.M., Klimes-Dougan B., Plener P.L., Reichl C., Robinson K., Shmahl C., Sicorello M., Sxhreiner M.W., Cullen K.R. Advancing a temporal framework for understanding the biology of nonsuicidal self- injury: An expert review // Neuroscience & Biobehavioral Reviews 2021, Vol. 46, P. 228–239.
3. Wang T.W., Gong J., Wang Y., Liang Z., Pang K.L., Wang J.S., Zhang Z.G., Zhang C.Y., Zhou Y., Li J.C., Wang Y.N., Zhou Y.J. Differences in Non-suicidal Self-injury Behaviors between Unipolar Depression and Bipolar Depression in Adolescent Outpatients. *Current Medical Science*. 2023.

Синдром психического автоматизма в психопатологическом пространстве шизофрении: типологическая дифференциация

Магомедагаев М.М. [1]***, Романов Д.В.*** [2]
[1]*Ординатор кафедры Психиатрии и психосоматики*
[2]*Профессор кафедры Психиатрии и психосоматики, доктор медицинских наук*
ИКМ им. Н.В.Склифосовского, ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет)
Москва, Россия
E-mail: mouslim.mag@gmail.com

Актуальность: Около 70% случаев шизофрении приходится на параноидную форму заболевания [1], представленную галлюцинаторно-бредовыми синдромами, которые являются клинически неоднородными и традиционно включают феномены психического автоматизма – синдром Кандинского-Клерамбо. Попытки типологической дифференциации последнего предполагают выделение, прежде всего, галлюцинаторной и бредовой форм [2]. Кроме того, клиническая гетерогенность синдрома продемонстрирована в современных исследованиях, выполненных на основе факторного анализа в рамках концепции симптомов первого ранга Kurt Schneider [3]. При этом среди дименсий, включаемых в психопатологическое пространство параноидной шизофрении, на настоящее время наряду с бредовыми и галлюцинаторными феноменами, выделяются расстройства самосознания [4], связь которых с другими позитивными расстройствами и феноменами психического автоматизма изучена недостаточно.

Цель исследования: Построение клинической типологии феноменов психического автоматизма при шизофрении как относительно самостоятельного психопатологического образования.

Задачи исследования: Психопатологическая характеристика феноменов психического автоматизма, типологическая дифференциация, установление ассоциаций психических автоматизмов с другими позитивными психопатологическими дименсиями (бред, псевдогаллюцинации), а также с патологией самосознания.

Выборка и методы исследования: Выборка исследования сформирована в 2021-2023 гг. на базе отделений ГБУЗ ПБК №1 им. Н.А. Алексеева ДЗМ г. Москвы (гл. врач – д.м.н., проф. Г.П. Костюк) и включает 74 пациента (57 мужчин, 17 женщин, ср. возраст – 34,8±10,1 лет), госпитализированных с диагнозом параноидная шизофрения (F20.00 в МКБ-10) с преобладанием в клинической картине феноменов психического автоматизма. Средний возраст манифестации заболевания – 23±8,3 лет, средняя длительность заболевания – 11,6±9,8 лет. Пациенты обследованы клинико-психопатологическим, патопсихологическим, психометрическим (шкала PANSS) методами. Психопатологическая квалификация состояния больных проводилась в рамках клинических разборов, осуществлявшихся под руководством академика РАН А.Б. Смулевича.

Результаты и их обсуждение: Выделены психотический и субпсихотический подтипы синдрома психического автоматизма. В свою очередь в рамках психотического подтипа выделяются бредовой (n=34) и псевдогаллюцинаторный (n=21) варианты, а в рамках субпсихотического – вялотекущий вариант с транзиторными галлюцинаторно-бредовыми вспышками (n=9) и продромальный (латентный) вариант с преобладанием расстройств самосознания и бредоподобным фантазированием (n=9).

1) При бредовом варианте психотического подтипа параллельно расширению и усложнению феноменов психического автоматизма с присоединением к идеаторному

сенсорного и моторного компонентов наблюдается эволюция бреда воздействия от систематизированного (преследования, отношения, антагонистического) к парафренному бреду величия (систематизированная, фантастическая парафрения).

2) При псевдогаллюцинаторном варианте психотического подтипа по мере усложнения псевдогаллюцинаторных феноменов при стабильности относительно изолированных феноменов психического автоматизма (идеаторного, сенсорного, моторного) галлюцинаторный бред воздействия и/или одержимости трансформируется в галлюцинаторную парафрению.

3) При вялотекущем варианте субпсихотического подтипа отмечается персистирование малого психического автоматизма, ограниченного идеаторными феноменами (звучание мыслей, их отнятие, вкладывание), ассоциированными с инкапсулированным бредом (благожелательного/враждебного воздействия, одержимости), не обнаруживающими усложнения/расширения, однако прерывающимися редкими транзиторными галлюцинаторно-бредовыми вспышками. В структуре последних феномены идеаторного/сенсорного/моторного автоматизмов, псевдогаллюцинации и галлюцинаторный бред характеризуются быстрым полным обратным развитием.

4) Продромальный (латентный) вариант субпсихотического подтипа характеризуется длительным, приходящимся на детский и юношеский возраст, периодом, определяющимся расстройствами самосознания (перцептуализацией внутренней речи – «Gedankenlautwerden», расщеплением «Я» – «I-split») и бредоподобным фантазированием, предшествующим развернутому галлюцинаторно-бредовому приступу.

Выделенные варианты психического автоматизма различным образом соотносятся с типом течения (степенью прогредиентности) эндогенно-процессуального заболевания – для психотического бредового варианта характерно грубопрогредиентное (близкое к злокачественному) течение шизофрении, для психотического псевдогаллюцинаторного – среднепрогредиентное, тогда как для субпсихотических подтипов – малопрогредиентное либо латентный (продромальный) этап болезни. Косвенным подтверждением этому являются статистически значимо более ранний возраст установления инвалидности (24,6±5,4 при бредовом варианте против 32,5±8,5 при галлюцинаторном, p=0,025) и б**о**льшая доля юношеских злокачественных форм при бредовом варианте синдрома по сравнению с псевдогаллюцинаторным (32,1% и 15%, соответственно, p=0,165), а также статистически значимо более низкие значения оценки по шкале PANSS (PANSS сумм. – 84,5±18,6) у больных из группы субпсихотического подтипа по сравнению с психотическими вариантами (PANSS сумм. – 102,7±13,9) ($p \leq 0,01$).

Литература

1. Расстройства шизофренического спектра (клинико-эпидемиологические аспекты): монография / Г.П. Костюк, М.А. Солошенко, Л.А. Бурыгина, С.А. Голубев; предисл. В.И. Стародубов. – 2-е издание, исправленное и дополненное. – М.: «КДУ», «Добросвет», 2023. – 128 с.

2. Хохлов Л.К. К психопатологии, клинике и нозологии синдрома Кандинского-Клерамбо // Синдром психического автоматизма / Под ред. Л.Л. Рохлина, Д.Д. Федотова и др. М., 1969. С.19-27.

3. Heering H.D. A two-factor structure of first rank symptoms in patients with a psychotic disorder / Heering H.D., Haren N.E.M. van, Derks E.M. // Schizophrenia Research – 2013. – Т. 147 – № 2–3 – С.269-274.

4. Parnas J. EASE: Examination of Anomalous Self-Experience / Parnas J., Møller P., Kircher T., Thalbitzer J., Jansson L., Handest P., Zahavi D. // Psychopathology – 2005. – Т. 38 – № 5 – С.236–258.

Актуальные вопросы психопатологических нарушений у бесплодных супружеских пар в программе вспомогательных репродуктивных технологий

Маева В.О.[1], Вдовина И.В.[2]
[1]Аспирант кафедры психиатрии
[2]Начальник отдела функциональных, прикладных и поисковых исследований, доцент кафедры психиатрии, к.пед.н, доцент
Федеральное государственное бюджетное учреждение дополнительного профессионального образования «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации
Москва, Россия
maeva.veronica@yandex.ru

Бесплодие – по определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) – это заболевание, характеризующееся невозможностью достичь клинической беременности после 12 месяцев регулярной половой жизни без контрацепции вследствие нарушения способности субъекта к репродукции, либо индивидуальной, либо совместно с его/ее партнером [1, 2].

По разным оценкам, в России в настоящее время бесплодны 10–20% населения репродуктивного возраста, т.е. до 5 млн. пар, причем более чем у 70% из них выявляют сочетание как женских, так и мужских причин бесплодия [3].

С 2013 года финансовое обеспечение лечения бесплодия с применением вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) включено в программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи по полису ОМС, что положительно сказалось на доступности лечения бесплодия и удовлетворенности граждан. По данным отчета регистра Российской ассоциации репродукции человека за 2021 г., в России с 1995 г. проведено 1 543 342 цикла циклов ВРТ [4].

С момента появления метода экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) изучению гинекологических аспектов бесплодия посвящено большое количество исследований, но проблема развития полиморфизма клинических проявлений психических расстройств во время лечения методами ЭКО, влияния самого метода лечения на психическое состояние семейных пар остается мало освещенной, а имеющиеся исследования носят психодинамический характер [5,6]. Изучение показателей психического здоровья, таких как тревожность, депрессивность, стресс у женщин, прибегающих к ВРТ для зачатия, показывает неоднородную картину [7]. Ряд исследований не обнаруживает различий в характеристиках психического здоровья женщин, забеременевших с помощью ВРТ, и женщин с естественной беременностью [8-10]. До сих пор недостаточно изучены вопросы взаимосвязи и взаимовлияния психического состояния женщины и ее репродуктивной функции [11].

Таким образом, в современной литературе имеется большое количество публикаций, посвященным психологическим аспектам бесплодных пар, описаны различные методики психокоррекции [12,13]. Однако, практически нет исследований, направленных на психопатологические и нейроиммунологические нарушения бесплодных пар в программе ВРТ, до конца не изучено влияния метода лечения с помощью ЭКО на психическое состояние женщин, а имеющиеся зарубежные и отечественные исследования носят психодинамический характер.

Литература

1. World Health Organization. Reproductive health strategy. Geneva: WHO; 2004 (WHO/ RHR/04.8).
2. Vander Borght M., Wyns C. Fertility and infertility: definition and epidemiology. Clin. Biochem. 2018; 62: 2-10. https://dx.doi.org/10.1016/j.clinbiochem.2018.03.012.
3. Корнеева И.Е., Назаренко Т.А., Перминова С.Г., Митюрина Е.В., Цыбизова Т.И., Дашиева А.Э. Медико-социальные факторы бесплодия в России.
Акушерство и гинекология. 2023; 3: 65-72 https://dx.doi.org/10.18565/aig.2022.279
4. Отчет РАРЧ за 2020 год. Доступно по: https://www.rahr.ru/registr_otchet.php [RAHR Report 2021. Available at: https://www.rahr.ru/registr_otchet.php (in Russian)].
5. Гарданова Ж.Р. Пограничные психические расстройства у женщин с бесплодием в программе вспомогательных репродуктивных технологий и их психотерапевтическая коррекция. Диссертация доктор мед. наук: 14.00.18 - М. 2008г. – 210 с.
6. Филиппова Г.Г. Психологические аспекты вспомогательных репродуктивных технологий: обзор зарубежных и Российских исследований [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 26—38. DOI: https://doi.org/10.17759/jmfp.2022110103
7. Беттихер О.А., Беляева О.А., Дукович А.И., Воробьева О.М., Траль Т.Г., Толибова Г.Х., Барт В.А., Коган И.Ю., Зазерская И.Е. Экспрессия компонентов серотонинергической системы в плаценте при различных типах преэклампсии // Журнал акушерства и женских болезней. 2023. Т. 72. № 1. С. 17–25. DOI: https://doi.org/10.17816/JOWD119976
8. Amirchaghmaghi E., Malekzadeh F., Chehrazi M., et al. A comparison of postpartum depression in mothers conceived by assisted reproductive technology and those naturally conceived // Int. J. Fertil. Steril. 2020. Vol. 13. No. 4. P. 277–281. DOI: 10.22074/ijfs.2020.5466
9. Ranjbar F., Catja Warmelink Comma Comma J., Mousavi R., et al. Maternal-fetal attachment and anxiety in pregnant women who conceived through assisted reproductive technology: a longitudinal study // Int. J. Reprod. Biomed. 2022. Vol. 19. No. 12. P. 1075–1084. DOI: 10.18502/ijrm.v19i12.10058
10. Аникина В.О., Блох М.Ю., Савенышева С.С. Эмоциональное состояние женщин, использующих вспомогательные репродуктивные технологии: обзор современных зарубежных исследований // Мир науки. Педагогика и психология. 2020. Т. 8. № 6. С.
11. Тювина НА, Николаевская АО. Бесплодие и психические расстройства у женщин. Сообщение 1. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2019;11(4):117
12. Наку Е.А., Бохан Т.Г., Ульянич А.Л., Шабаловская М.В., Тосто М.Г., Терехина О.В., Ковас Ю.В. Психологические характеристики женщин, проходящих лечение по программе ЭКО. Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. 2016; 15(6): 23–30. DOI: 10.20953/1726-16782016-6-23-30
13. Апресян С. В., Абашидзе А. А., Аракелян В. Ф. Медико-психологические аспекты бесплодия // Акушерство, гинекология и репродукция. 2013. №1.

Импульсивность в структуре биполярного расстройства и отсутствие ассоциированных с ней изменений функциональной активности головного мозга в состоянии покоя

Маркин К.В.
Врач-психиатр
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ
Кафедра психиатрии
Санкт-Петербург, Россия
E-mail: vmeda.work@ya.ru

Введение: импульсивность, являясь трансдиагностическим феноменом, вносит существенный вклад в формирование дезадаптивного поведения у пациентов, страдающих биполярным аффективным расстройством (БАР) [1]. Стоит отметить, что её повышенный уровень характерен для пациентов с БАР вне зависимости от фазы заболевания [2,3]. А нейрофизиологические корреляты импульсивности отражаются в результатах нейровизуализационных исследований с применением поведенческих парадигм [4].

Целью данного исследования является оценка выраженности импульсивности у пациентов с БАР и ее роль в структуре различных фаз заболевания на основе данных результатов функциональной магнитно-резонансной томографии в состоянии покоя (фМРТ).

Методы и материалы: оценка импульсивности с помощью шкалы импульсивности Баррата (BIS-11) проводилась 51 пациенту с БАР (13 в маниакальной/гипоманиакальной, 21 в депрессивной и 17 в эутимии) и 61 нейротипичному респонденту. Выраженность аффективной симптоматики подтверждалась результатами оценочной шкалы маний Янга и шкалы Гамильтона для оценки депрессии. Каждому респонденту было проведено фМРТ исследование в состоянии покоя. Для оценки зависимости импульсивности и аффективной симптоматики был проведен корреляционный анализ. Выраженность изменений функциональной активности ядер полосатого тела и префротальной коры (характерны для повышенного уровня импульсивности по результатам автоматического мета-анализа 120 исследований в neurosynth.com) были оценены в зависимости от выраженности уровня импульсивности.

Результаты: уровень импульсивности у пациентов с БАР был значимо выше ($t(76,2) = 7,04$; $p < 0,001$), чем в контрольной группе, при этом, фазы экзацербации характеризовались более выраженной импульсивностью в сравнении с эутимией. Были обнаружены значимые корреляционные связи между выраженностью маниакальной ($rho = 0,302$; $p = 0,035$) и депрессивной ($r = 0,502$; $p < 0,001$) симптоматикой и уровнем импульсивности. В ходе анализа не было обнаружено специфических изменений функциональной коннективности и активности структур головного мозга в зависимости от уровня импульсивности у пациентов с БАР в состоянии покоя. При этом, у респондентов из контрольной группы более высокий балл по шкале BIS-11 был ассоциирован со снижением функциональной коннективности между островковой корой слева и правым лобным полюсом, околопоясной извилиной ($R^2 = 0,35$; $p < 0,001$), разобщением между орбитофронтальной корой и парагипокампальной извилиной ($R^2 =$; $p < 0,001$), височным полюсом слева ($R^2 = 0,42$; $p < 0,001$) и лобным оперкулумом Frontal ($R^2 = 0,29$; $p < 0,001$).

Заключение: повышенный уровень импульсивности был обнаружен у пациентов с БАР вне зависимости от актуальной фазы заболевания в сравнение с респондентами без

психических расстройств, однако для фаз экзацербации были характерны более выраженные значения. Нейрофизиологические механизмы, лежащие в основе повышенной импульсивности при БАР не могут быть объяснены типичными изменениями активности головного мозга в покое, поэтому использование поведенческих парадигм видится рациональным при проведении будущих исследований.

Литература

1. Феномен импульсивности при биполярном аффективном расстройстве: частота и коморбидность / М. А. Морозова, С. С. Потанин, Д. С. Бурминский [и др.] // Психиатрия. – 2022. – Т. 20, № 1. – С. 97-109. – DOI 10.30629/2618-6667-2022-20-1-97-109.
2. Santana R.P., Kerr-Gaffney J., Ancane A., Young A.H. Impulsivity in Bipolar Disorder: State or Trait? Brain Sciences. 2022;12(10):1351. DOI: 10.3390/brainsci12101351
3. Маркин, К. В. Роль импульсивности и её типов в структуре биполярного аффективного расстройства / К. В. Маркин, В. К. Шамрей, Д. А. Тарумов // Бюллетень медицинской науки. – 2023. – № 3(31). – С. 4-13. – DOI 10.31684/25418475-2023-3-4.
4. Chan C.C., Alter S., Hazlett E.A., Shafritz K.M., Yehuda R. [et al.]. Neural correlates of impulsivity in bipolar disorder: A systematic review and clinical implications. Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2023;147:105109. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2023.105109

Протокол рандомизированного контролируемого исследования для оценки эффективности терапии диссоциативных (конверсионных) нарушений речи транскраниальной магнитной стимуляцией и предварительные результаты

Мартынов А. В.[1], Болотокова О. В.[2], Маркин К. В.[3]
[1]Курсант 4 курса
[2]Врач-невролог
[3]Врач-психиатр
ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» МО РФ
Кафедра психиатрии
Санкт-Петербург, Россия
E-mail: Aleks20095v@gmail.com

Введение: несмотря на длительный период существования и изучения диссоциативных и конверсионных расстройств, арсенал возможных терапевтических решений в их отношении является довольно ограниченным [1]. Одним из перспективных направлений является нейростимуляция, в частности, использование транскраниальной магнитной стимуляции (ТМС), однако количество качественных исследований остается достаточно скромным. Согласно проведенному систематическому обзору, основной точкой приложения ТМС при терапии двигательных конверсионных расстройств является первичная моторная кора [2]. Но ни одно из включенных в обзор исследований не изучало терапию конверсионных нарушений речи. Для преодоления имеющегося пробела в актуальных знаниях по данной теме, нами был сформулирован протокол рандомизированного слепого плацебо-контролируемого исследования в соответствии с рекомендациями чек-листа для протоколов SPIRIT [3].

Цель: оценка эффективности применения различных протоколов ТМС в отношении конверсионных нарушений речи. **Протокол:** в исследование включаются взрослые пациенты с конверсионными нарушениями речи мужского пола. Критерии невключения: подтвержденные органические нарушения головного мозга, тяжелые соматические заболевания, наличие актуальной психотической симптоматики и тяжелых психических заболеваний, противопоказания к проведению ТМС. Критерии исключения: отказ пациента, возникновение нежелательных побочных эффектов. Группы сравнения: в каждую из четырех групп сравнения (группа 1: ТМС левой дорсолатеральной префронтальной коры (ДЛПК); группа 2: ТМС правой ДЛПК; группа 3: ТМС медиальной префронтальной коры и передней поясной коры ; группа 4: плацебо-ТМС посредством вертикальной постановки катушки) случайным образом (на основе автоматической рандомизации) распределяются включенные в исследование респонденты. Далее каждому респонденту проводится двухнедельный курс (всего 10 сеансов ТМС) терапии ТМС или плацебо-ТМС (вертикальная постановка катушки). Не более чем за три дня до начала курса терапии каждому респонденту проводится батарея тестов: 1) для уточнения типа и выраженности двигательных диссоциативных и конверсионных нарушений (оценочная шкала психогенных двигательных нарушений PMD); 2) выраженность тревожной, депрессивной симптоматики (госпитальная шкала тревоги и депрессии, HADS); 3) Для оценки уровня функционирования (глобальная оценка функционирования, GAS); 4) Для оценки возможной черепно-мозговой травмы в анамнезе (адаптированный вариант опросника NCATs). Не позднее, чем через три дня после окончания двухнедельного курса терапии или плацебо-ТМС каждый респондент проходит повторную батарею тестов, включающую указанные выше шкалы. Выраженность диссоциативной симптоматики, оценка глобального функционирования,

общее клиническое впечатление независимо оценивается рейтером и ТМС-терапевтом на основе соответствующих шкал (шкала общего клинического впечатления, CGI; GAS; PMD). Основными показателями эффективности проводимой терапии будут служить субъективное (самооценка пациента) и объективное (независимая оценка рейтора и ТМС-терапевта) снижение выраженности конверсионной симптоматики, а также наличие/отсутствие негативных и побочных эффектов. В качестве дополнительных результатов будут оценены выраженность тревожной и депрессивной симптоматики, уровень функционирования.

Предварительные результаты: на момент написания тезиса в исследование было включено 9 пациентов(29±7,6 лет) 2 из которых в группе плацебо-ТМС, один пациент был исключен по причине появления негативных побочных эффектов ТМС. Три респондента было с тоническим, три с клоническим и два со смешанным типом заикания. Ввиду малого количества респондентов на данном этапе проведения исследования статистическая обработка с межгрупповым сравнением не представляется возможным.

Заключение: планируется продолжить исследование с целью выявления наиболее эффективного варианта терапии диссоциативных нарушений речи с помощью повторной ТМС.

Литература

1. Ganslev C.A. et al. Psychosocial interventions for conversion and dissociative disorders in adults // Cochrane Database Syst. Rev. John Wiley & Sons, Ltd, 2020. № 7.
2. Oriuwa C. et al. Neuromodulation for the treatment of functional neurological disorder and somatic symptom disorder: a systematic review // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 2022. Vol. 93, № 3. P. 280–290.
3. Chan A.-W. et al. SPIRIT 2013 Statement: Defining Standard Protocol Items for Clinical Trials // Ann. Intern. Med. 2013. Vol. 158, № 3. P. 200–207.

Моральная ипохондрия в аспекте новой психопатологической парадигмы расстройств шизофренического спектра

Маршанская М. А.[1]
Младший научный сотрудник
Лобанова В.М.[2]
Старший научный сотрудник, кандидат медицинских наук

[1, 2]*ФГБНУ НЦПЗ*
Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Отдел по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств
Москва, Россия
E-mail: mariamarshh@mail.ru
E-mail: lobanovanika@gmail.com

Вступление. Моральная ипохондрия впервые была описана J.Falret в 1866 году [1]. В дальнейшем разработка конструкта моральной ипохондрии происходила в рамках ряда психопатологических образований: 1) при аффективной патологии [2], 2) при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра (РШС) (как общего синдрома, формирующегося при соучастии ипохондрической и негативной симптоматики [3]), 3) при «деперсонализационном расстройстве» (F48.1 по МКБ-10) [4]. Однако унифицированная психопатологическая квалификация феномена моральной ипохондрии, а также механизмы его формирования до настоящего времени остаются недостаточно разработанными.

Объекты. 20 пациентов с установленным диагнозом РШС (F21, F25 по МКБ-10). Средний возраст – 33.5±10,7 лет. Средний возраст манифестации – 19,9±3,8 лет, длительность заболевания на момент обследования – 13,5±8,2 лет.

Методы. Клинический, психометрический (Шкала депрессии при шизофрении – CDS, Общий индекс личностного неблагополучия – SCID-II, Пятифакторный

опросник личности – Big-5, Шкала оценки негативной симптоматики – SANS, Шкала глобального функционирования – GAF), статистический.

Результаты. Концепт моральной ипохондрии – взаимодействие эндогенных и патохарактерологических дименсиональных структур. Клинические характеристики течения заболевания включают:

1. Острый дебют. а) тревожный пароксизм по типу панической атаки с тревожно-фобическими расстройствами – 11 набл. б) острый транзиторный приступ по типу экзистенциального криза (по типу постаддиктивной ипохондрии [5]) – 9 набл;

2. Двухэтапное развитие деперсонализационных расстройств (ядерная деперсонализация → парциальная деперсонализация с явлениями деаффектуализации или феномена неполноты перцепции (Janet P., 1911));

3. Дальнейшая траектория развития эндогенных расстройств: однoприступное течение (4 набл.), вялое течение (6 набл.), или рекуррентному течению (с повторными депрессивными/гипоманиакальными фазами (10 набл).

Динамика деперсонализационных симптомокомплексов сопровождается формированием патохарактерологических расстройств с образованием нажитых патохарактерологических развитий по типу ипохондрической личности по А.Б. Смулевичу.

Деперсонализационные расттройства интегрируются в структуру ипохондрического развития личности, что находит отражение в:

- амплификации парциальной деперсонализации с явлениями деаффектуализации;
- сочетании парциальной деперсонализации с обостренным самонаблюдением [6];
- отчетливом дискрепансе между выраженностью феноменов отчуждения и объективными показателями;
- интеграции парциальной деперсонализации в структуру сверхценной ипохондрии.

Литература

1. Falret J. Societe medico-psychologique. Paris, 1866; 410–413
2. Крылова Е. С., Юношеские депрессии с симптомокомплексом «метафизической интоксикации» (типология, диагностика, прогноз и вопросы терапии): канд. дисс., мед. наук, 14.00.19 – НЦПЗ РАМН, Москва, 2004 - 297 с
3. Haug K. Depersonalisation und Verwandte Erscheinungen. In: Handbuch der Geisteskrankheiten (Herausgegeb. von O. Bumke). Ergaenzungsband. Erster Teil. Berlin Heidelberg GMBH: Springer Verlag, 1939. S. 134-204
4. Boone KB. Commentary on Cogniform disorder and cogniform condition: Proposed diagnoses for excessive cognitive symptoms, Archives of Clinical Neuropsychology, 2007; 22: 675–680
5. Смулевич А.Б., Волель Б.А., Романов Д.В. Ипохондрия – патология личности (к проблеме постаддиктивной ипохондрии). // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 2008. - №10 (108) – С. 4-12
6. Medford, Nick et al. “Emotional Experience and Awareness of Self: Functional MRI Studies of Depersonalization Disorder.” Frontiers in psychology vol. 7 432. 2 Jun. 2016

Эффективность биологической обратной связи как вспомогательного метода лечения юношеских депрессий

Мигалина В.В.[1], Омельченко М.А.[2]
[1]*научный сотрудник, кандидат медицинских наук;*
[2]ведущий научный сотрудник, *доктор медицинских наук*
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва
Migalina-vv@mail.ru

Введение: Психофармакотерапия является основным способом лечения юношеских депрессий, однако, зачастую недостаточно эффективным в связи с особенностями клинической картины данных состояний, ее полиморфизмом и атипией, свойственными этому возрастному периоду. Также ограничивающими факторами успешности фармакотерапии является выраженность побочных эффектов, личное негативное отношение к приему лекарственных препаратов в связи с поведенческими особенностями в виде протестности, оппозиционности, либо проблемами стигматизации. В связи с этими особенностями активно изучается применение дополнительных нелекарственных методов лечения, таких как психотерапия или биологическая обратная связь (БОС). Психотерапия является доказательным методом терапии депрессивных расстройств, который официально включен во многие клинические рекомендации лечения аффективных заболеваний [1, 2]. При этом терапия БОС также продемонстрировала свою эффективность во многих исследованиях [3, 4]. Отмечается, что личное участие пациента в улучшение своего состояние вызывает ощущение самоэффективности [5] и снижает стигматизацию [6]. В данном исследовании мы провели сравнительный анализ эффективности терапии юношеских депрессий с помощью психотерапии и БОС в качестве дополнительных методов к медикаментозному лечению.

Цель: провести сравнительный анализ эффективности БОС-терапии и психотерапии в качестве дополнительных методов лечения юношеских депрессий.

Материал и методы: обследовано 34 больных юношеского возраста (20,6±2,6 лет), впервые госпитализированных в клинику ФГБНУ НЦПЗ по поводу депрессивного эпизода. Пациенты были разделенные на две группы. Группа пациентов получавших терапию БОС составила 22 человека, психотерапию – 12 человек. В первой группе выставлены следующие диагнозы по МКБ-10: F21 (11 человек), F31 (1 человек), F32 (5 человек), F33 (2 человека), F34 (3 человека); во второй группе: F21 (7 человек), F31 (2 человека), F32 (1 человек), F33 (1 человек), F34 (1 человек). Средняя длительность заболевания к моменту госпитализации составила 47,8±13,46 мес, средняя длительность депрессивного состояния – 8,9±11,3 мес. Все больные были сопоставимы по возрасту и длительности заболевания ($p>0.05$). Использовались шкалы HDRS, SOPS и SANS. Обследование проводилось дважды – при поступлении и при выписке после окончания курса стационарного лечения.

Все пациенты получали медикаментозное лечение антидепрессантами из группы СИОЗС и СИОЗСиН (сертралин, флувоксамин, венлафаксин) в средней суточной дозе по флуоксетиновому эквиваленту 35,9±20,3 мг и антипсихотиками (арипипразол, кветиапин оланзапин, рисперидон) в средней суточной дозе по хлорпромазиновому эквиваленту 276,8±146,8 мг. Назначение нейролептиков было обусловлено большим удельным весом симптомов шизофренического спектра в рамках шизотипического расстройства, психопатических расстройств, высоким суицидальным риском, а также малой эффективностью монотерапией антидепрессантами. Всем пациентам в

зависимости от группы была проведена терапия БОС или психотерапия от 8 до 15 процедур.

Результаты: при поступлении медианное значение по шкале HDRS у 1 группы составило 23,8 [29,5;32,7], у 2 группы - 20[23,5;29,8], по шкале SOPS у 1 группы – 37,8[42;45]], у 2 группы - 34,8[45,5;50,3], SANS у 1 группы – 34,8[45,5;52,2], у 2 группы - 40,3[49;59,25] баллов. Статистически значимой разницы между группами по этим показателям выявлено не было ($p>0.05$), что говорит о том, что пациенты из двух групп были сопоставимы по структуре депрессии и выраженности психопатологической симптоматики. Установлены различия при поступлении по подпункту «расстройства сексуальной сферы» шкалы HDRS ($p=0,01$), подшкалам «аффективное уплощение», «алогия» шкалы SANS ($p<0.05$). При выписке больных из стационара были получены различия по подшкале «алогия» шкалы SANS ($p<0.05$) и по подшкале «нарушение сна» шкалы SOPS ($p<0.05$) с более высокими значениями баллов у больных получавших психотерапию. Редукция суммарных баллов у больных получавших терапию БОС составила 60,5% по шкале HDRS, 41,1 % по шкале SANS и 44,2% по шкале SOPS. В группе пациентов, получавших психотерапию, редукция баллов составила 57,8%, 42% и 47,7% соответственно. Таким образом в целом не было выявлено различий по суммарным баллам по шкалам HDRS, SOPS, SANS между группами.

Выводы: можно утверждать, что присоединение психотерапии или БОС к психофармакотерапии обладает приблизительно одинаковой эффективностью, что позволяет применять БОС для амплификации терапии у больных юношескими депрессиями как стандарт помощи, что может существенно сократить финансовые затраты стационарного лечения и расширить возможности и варианты немедикаментозной терапии депрессивных состояний.

Литература

1. Li J. M. Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis // Psychiatry research. – 2018. – Т. 268. – С. 243-250. 268: 243-250.

2. Макушкин Е. В.. Клинические рекомендации по диагностике и лечению непсихотических депрессий в детском возрасте. – 2015.

3. Галкин С. А. Обзор применение биологической обратной связи в терапии пациентов с депрессивными расстройствами / С. А. Галкин, Г. Г. Симуткин, Е. Д. Счастный, С. А. Иванова, Н. А. Бохан // Современная терапия психических расстройств. – 2020. – №. 3. – С. 38-43.

4. Li J. M. Cognitive behavioral therapy for treatment-resistant depression: A systematic review and meta-analysis / J. M. Li, Y. Zhang, W. J. Su [et al.] // Psychiatry research. – 2018. – Т. 268. – С. 243-250.

5. Mennella R. Frontal alpha asymmetry neurofeedback for the reduction of negative affect and anxiety / R. Mennella, E. Patron, D. Palomba // Behaviour research and therapy. – 2017. – Т. 92. – С. 32-40.

6. Wang S. Y. The effects of alpha asymmetry and high-beta down-training neurofeedback for patients with the major depressive disorder and anxiety symptoms / S. Y. Wang, I. M. Lin, S. Y. Fan, Y. C. Tsai [et al.] // Journal of affective disorders. – 2019. – Т.257. – С. 287-296.

Депрессивные расстройства при нейроэндокринных опухолях: актуальность проблемы

Мунирова А.А.[1]; Коляго О.О.[2]
[1]врач-психиатр;
ФГБУ "НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина" Минздрава России
Москва, Россия
[2]к.м.н., заведующий отделом психотерапевтической помощи
ФГБУ "НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина" Минздрава России
Москва, Россия
научный сотрудник отдела по изучению пограничной психической патологии и психосоматических расстройств ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Москва, Россия
adelya5398@gmail.com
olegkolyago@yandex.ru

Обоснование: Нейроэндокринные опухоли (НЭО) – гетерогенная группа редких, медленно прогрессирующих опухолей, происходящих из нейроэндокринных клеток [1]. НЭО способны синтезировать, запасать и секретировать биологически активные вещества (пептиды, гормоны, нейропередатчики), которые могут провоцировать развитие карциноидного синдрома (КС) [2]. При НЭО отмечается повышение риска развития депрессивных расстройств, что определяет актуальность уточнения их распространенности, клинических характеристик и взаимосвязи с проявлениями НЭО, включая КС, для оптимизации терапевтического процесса.

Цель – определение распространенности и уточнение клинических особенностей депрессивных расстройств при нейроэндокринных опухолях по данным литературы.

Методы: Анализ публикаций за период с 2003 г. по 2023 г. в в базе данных Medline через интерфейс системы PubMed (https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/), русскоязычные и англоязычные медицинские журналы и библиографические ссылки в статьях по ключевым словам «neuroendocrine tumor»/«нейроэндокринная опухоль», «depression»/«депрессия», «mental disorder»/«психические расстройства».

Результаты. Распространенность депрессивной симптоматики среди пациентов с НЭО варьирует в широких пределах от 3,8 до 50% [3,4]. P.Moretti et al. было отмечено, что среди пациентов с НЭО у 26,7% выявлено тревожное расстройство, у 44,4% - депрессия, а коморбидность тревоги и депрессии составила 24,4% [5]. Следует подчеркнуть, что депрессивные расстройства встречаются не только у пациентов с КС, но также наблюдаются у лиц, без проявлений карциноидного синдрома. Наиболее часто распространенность депрессий (как и в целом психических расстройств) оценивается после постановки онкологического диагноза, однако следует принять во внимание данные по психопатологической симптоматике, предшествующей онкологическому диагнозу, которые некоторыми авторами расценивается как часть патологического процесса [6]. Так, в когортном исследовании проведенном в Швеции, куда было включено более 300 тысяч пациентов с онкологическим диагнозом в сравнении более с 3 миллионами здоровых лиц было выявлено, что начальные проявления психических расстройств (таких как депрессия, тревога, соматоформные, конверсионные расстройства и расстройство адаптации/стрессовые реакции) наблюдались в среднем за 10 месяцев до выявления онкологического заболевания, достигая пика выраженности проявлений симптомов в первую неделю после постановки диагноза [7].

Выводы. Основываясь на представленных данных можно констатировать высокую актуальность проблемы психических расстройств (в частности депрессий) при НЭО.

Данные по распространенности депрессивных расстройств, коморбидных НЭО, по настоящее время остаются ограниченными и достаточно противоречивыми: от 3,8 до 50% [3,4], что соответственно не отражает реальную ситуацию в отношении обсуждаемого контингента больных и требует дальнейших исследований с верификацией ключевого эпидемиологического показателя, как для всей совокупности психических расстройств, так и дифференцированно - распространенности депрессии при НЭО.

Литература

1. Новые подходы к диагностике и лечению нейроэндокринных опухолей /Маркович А. А., Анциферов М. Б. //Фарматека. – 2015. – №. 17. – С. 20-27.

2.Rubin de Celis Ferrari AC Carcinoid syndrome: update on the pathophysiology and treatment / Rubin de Celis Ferrari AC, Glasberg J, Riechelmann RP. // Clinics. – 2018. – Т. 73. – С. e490s.

3. Major L. F. Carcinoid and psychiatric symptoms /Major L. F., Brown G. L., Wilson W. P.//Southern medical journal. – 1973. – Т. 66. – №. 7. – С. 787-790.

4. Soliday, E. Depression and Antidepressant Use in Gastrointestinal Carcinoid Cancer Patients /Soliday, E., Garofalo, J. P., Smith, S. R., & Warner, R. R.//Journal of Applied Biobehavioral Research. – 2004. – Т. 9. – №. 2. – С. 80-90.

5. Moretti P Comorbilità di ansia e depressione nei pazienti con tumori carcinoidi [Comorbility between anxiety and depression in patients with carcinoid tumors]. / Moretti P, Dennis JL, Stella A, Alpini A, Cotichelli P, Ferolla P, Scarpelli G, Quartesan R, Piselli M. // Rivista di Psichiatria. – 2013. – Т. 48. – №. 4. – С. 301-306.

6. Kenner B. J. Early detection of pancreatic cancer: the role of depression and anxiety as a precursor for disease //Pancreas. – 2018. – Т. 47. – №. 4. – С. 363.

7. Lu D Clinical Diagnosis of Mental Disorders Immediately Before and After Cancer Diagnosis: A Nationwide Matched Cohort Study in Sweden. / Lu D, Andersson TM, Fall K, Hultman CM, Czene K, Valdimarsdóttir U, Fang F.// JAMA oncology. – 2016. – Т. 2. – №. 9. – С. 1188-1196.

Влияние хореографии и музыки на эмоционально-волевую и когнитивную деятельность женщин пожилого возраста с легким когнитивным расстройством

Окроадзе О.Ю.[1], Жаркинбекова Н.А.[2]
[1]Врач резидент-психиатр
кафедра «Неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии»
[2]Заведующий кафедрой «Неврологии, психиатрии, реабилитологии и нейрохирургии», кандидат медицинских наук, профессор,
АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»,
Казахстан, г. Шымкент,
[1]E–mail: okroadze@mail.ru, [2]E–mail: nazirazhar@mail.ru

За последние время растет число когнитивных дисфункций, что является глобальной медико-социальной проблемой во всем мире. Легкие когнитивные нарушения (MCI) представляют собой переходную стадию между здоровым старением и деменцией и затрагивают 10-15% населения старше 65 лет [1]. В настоящее время не существует фармакологических методов лечения, замедляющих или излечивающих прогрессирование MCI в деменцию; тем не менее, есть доказательства того, что изменения образа жизни, включая физические упражнения и когнитивную стимуляцию, могут быть эффективными при данном расстройстве [2]. За последние годы, особое внимание исследователи уделяют физическим упражнениям являющиеся многообещающим нефармакологическим методом лечения когнитивной дисфункции [3]. Танец, а именно хореография, является условно-структурированными, сложными двигательными актами, позволяющие воздействовать на многие структуры головного мозга. Музыка традиционно считается одним из мощнейших средств эмоциональной регуляции психической деятельности человека [4]. Танец по своей природе неразрывно связан с музыкой, где сенсорно-моторная ритмическая деятельность подкрепляется звуковым сопровождением вовлекая различные отделы головного мозга в сложную интегрированную работу.

Цель. Оценить влияние хореографии и музыки на эмоционально-волевую и когнитивную деятельность женщин пожилого возраста с легким когнитивным расстройством.

Материалы и методы. Исследование проводилось в Казахстане, городе Шымкенте на базе ИП «Центра Танцевальной Терапии» в 2023 г. В исследовании приняли участие 47 женщин в возрасте от 60 до 74 лет. Оценка когнитивных функций проводилась с помощью Монреальской Шкалы оценки когнитивных функций (MoCA), эмоционально-волевая сфера оценивалась с помощью методики САН (самочувствие, активность, настроение) и клинического метода интервьюирования с обязательным детальным сбором жалоб и анамнеза жизни испытуемых. Из анамнеза испытуемых учитывался возраст, пол, полученное образование, образ жизни, место работы, сопутствующие хронические заболевания. Исследуемым женщинам была представлена возможность заниматься латиноамериканскими танцами в группе 3 раза в неделю по 1 часу на протяжении 6ти месяцев. В структуру группового занятия входило: разминка под классическую музыку, изучения 3х латиноамериканских танцев на протяжении всего периода исследований (Сальса, Кизомба, Бачата) под различную музыку и ритм.

Результаты. Исходное обследование пациенток показало, что усредненные показатели по группе составили: по Монреальской Шкале оценки когнитивных функций (MoCA) от 20-25 баллов, что указывает на легкое или умеренное снижение когнитивных функций; по методике САН от 34-48 баллов, что свидетельствует о эмоционально-волевых нарушениях. Методом интервьюирования были выявлены

жалобы на эмоциональные, волевые и когнитивные нарушения. В результате на основании полученных данных испытуемым был выставлен диагноз – Легкое когнитивное расстройство (МКБ-10: F06.7.). Было отмечено, на третьем месяце исследования из 47 испытуемых у 73 % (34 женщины) улучшения в эмоциональной сфере в виде повышения настроения, снижение беспричинной тревоги, раздражительности, улучшения качества сна, потребность в коммуникациях как в семье, так и в обществе, оптимистический настрой «на будущее». К концу 4го началу 5го месяца от общего числа испытуемых у 58 % (27 женщин) менялась динамика волевой сферы в виде появление мотивации к дальнейшей жизни, потребности бывать в обществе, ставить перед собой задачи и искать пути их решения. На 6-м месяце исследования из 47 испытуемых у 63 % (29 женщин) отмечалась положительная динамика когнитивных функций в виде снижение суетливости и рассеянности, улучшение кратковременной памяти, повышение концентрации внимания. По окончанию исследования всем испытуемым предлагалась вновь пройти Монреальскую Шкалу оценки когнитивных функций (MoCA) и методику САН, а также заключительный клинический метод интервьюирования. Результаты по Монреальской Шкале оценки когнитивных функций (MoCA) – 22-26 баллов, что отражает улучшение когнитивных функций испытуемых; по методике САН – 45-67 баллов, что свидетельствует улучшении эмоционально-волевой сферы; по итоговому методу интервьюирования в ходе индивидуальных бесед с испытуемыми подтверждены выше перечисленные динамические изменения.

Выводы. Исследование показало, что танцевальная хореография в сочетании с музыкой может выступать как эффективный нефармакологический метод лечения легкого когнитивного расстройства у женщин пожилого возраста. Используя сложно-структурированные, условные танцевальные движения/связки под музыку можно физиологически воздействовать на различные структуры головного мозга. Систематизация и постоянная сенсомоторная стимуляция позволяет синхронизировать различные отделы головного мозга в единую интегрированную работу, что влечет за собой целостное функционирование мозга, что как раз недостает при легком когнитивном расстройстве. Также активируется эмоционально-волевая сфера, которая в свою очередь «подкрепляет» когнитивную.

Литература

1. Anderson ND. State of the science on mild cognitive impairment (MCI). CNS Spectr. 2019 Feb;24(1):78-87. doi: 10.1017/S1092852918001347.
2. Sanford AM. Mild Cognitive Impairment. Clin Geriatr Med. 2017 Aug;33(3):325-337. doi: 10.1016/j.cger.2017.02.005.
3. Huang X, Zhao X, Li B, Cai Y, Zhang S, Wan Q, Yu F. Comparative efficacy of various exercise interventions on cognitive function in patients with mild cognitive impairment or dementia: A systematic review and network meta-analysis. J Sport Health Sci. 2022 Mar;11(2):212-223. doi: 10.1016/j.jshs.2021.05.003.
4. Федотчев, А. И., Радченко, Г. С. Музыкальная терапия и «музыка мозга»: состояние, проблемы и перспективы исследований [Текст] / А. И. Федотчев, Г. С. Радченко // Успехи физиологических наук. – 2013. – Т. 44. № 4. – С. 35-50.

Связь импульсивности с выполнением задачи на готовность прилагать усилия в группе клинического высокого риска развития психоза

Плакунова В.В.[1], Зинькевич А.С.[2]

[1]Младший научный сотрудник
[2]Аспирант, младший научный сотрудник
ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия
E-mail: jackfrost14.12@gmail.com

Введение. Известно, что импульсивность повышена у лиц с клиническим высоким риском развития психоза (КВР-П) и может способствовать их вовлечению в потенциально опасные виды деятельности. В силу этого представляет интерес взаимосвязь между импульсивностью и особенностями процесса принятия решения действовать в когорте КВР-П.

Цель. С помощью экспериментальной парадигмы, оценивающей готовность прилагать усилия (выбирать трудную или легкую задачу) в зависимости от вероятности и величины вознаграждения, изучить связи между типами импульсивности и особенностями принятия решения о вовлечении в целенаправленную деятельность в группе КВР-П.

Методы. В исследование были включены 36 мужчин в возрасте 16-24 лет, соответствующих критериям КВР-П [1]. Все пациенты находились на стационарном лечении в связи с депрессивным эпизодом и после купирования депрессивной симптоматики (среднее значение HDRS-21 = 12,75, SD = 7,03) прошли экспериментально-психологическое обследование, включавшее задачу Effort Expenditure for Rewards Task (EEfRT) в модификации Плакуновой с соавт. (2019) [2], и заполнили Шкалу импульсивности Барратта (BIS-11) в адаптации С.Н. Ениколопова и Т.И. Медведевой (2015) [3]. Группу КВР-П сравнили с 15 здоровыми мужчинами того же возраста по параметрам EEfRT и рассчитали частные корреляции Спирмена между показателями EEfRT и факторами второго порядка шкалы BIS-11 (Отвлекаемость внимания, Моторная импульсивность, Способность к планированию и самоконтроль), исключив влияние остаточной депрессивной симптоматики. Для вычисления доверительных интервалов (CI) коэффициентов корреляции использовали 500 бутстреп-выборок. Поправку на множественность гипотез проводили методом Бенджамини-Хохберга (FDR<0,01).

Результаты. По сравнению с контролем, группа КВР-П реже выбирала трудные (т.е. требующие больших усилий) задачи при любой вероятности (50% и 88%) и величине (35 руб. и 45 руб. за трудную задачу) вознаграждения: все p<0,001. После поправки на множественность гипотез обнаружена положительная корреляция между фактором Отвлекаемость внимания и выбором трудных задач в условиях максимальной величины и низкой вероятности вознаграждения (45 руб. – 50%): r=0,44; 95% CI: 0,13 – 0,70; p=0,008. Поскольку этот фактор импульсивности также значимо коррелировал с выраженностью позитивных и общих симптомов по шкале SOPS, мы провели дополнительный анализ: вычислили корреляции Спирмена между Отвлекаемостью внимания и выбором трудных задач в условиях «45 руб. – 50%», исключив помимо депрессивных последовательно позитивные и общие симптомы SOPS. Исключение влияния позитивных симптомов существенно не изменило коэффициент корреляции (r=0,48; 95% CI: 0,12 -- 0,73; p=0,004), а при исключении еще и влияния общих симптомов корреляция снизилась до порога достоверности (r=0,35; CI: -0,07 – 0,68; p=0,044).

Заключение. Полученные результаты позволяют предположить, что у лиц из группы КВР-П, на фоне в целом сниженной готовности прилагать усилия, компонент импульсивности, отражающий способность концентрироваться на задаче, связан с увеличением выборов трудных задач при высокой величине награды в условиях невысокой вероятности ее получения. Это может указывать на недоучет всех обстоятельств, влияющих на последствия действий. Связь между импульсивностью и таким недоучетом отчасти может быть опосредована высокой выраженностью симптомов, связанных со стрессом.

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта РНФ 22-15-00437.

Литература

1. Fusar-Poli P. et al. The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review /Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rössler A, Schultze-Lutter F, Keshavan M, Wood S, Ruhrmann S, Seidman LJ, Valmaggia L, Cannon T, Velthorst E, De Haan L, Cornblatt B, Bonoldi I, Birchwood M, McGlashan T, Carpenter W, McGorry P, Klosterkötter J, McGuire P, Yung A. //JAMA psychiatry. – 2013. – Т. 70. – №. 1. – С. 107-120.
2. Плакунова В. В. и др. Модификация задачи «Приложение усилий для получения вознаграждения»(EEfRT) для изучения мотивации больных шизофренией / В.В. Плакунова, А.Ш. Тхостов, М.В. Алфимова //Клиническая и специальная психология. – 2019. – Т. 8. – №. 4. – С. 138-155.
3. Ениколопов С. Н. и др. Апробация русскоязычной версии методики «шкала импульсивности Барратта»(BIS-11) / С.Н. Ениколопов, Т.И. Медведева //Психология и право. – 2015. – Т. 5. – №. 3. – С. 75-89.

Нейрокогнитивные мишени для психологической помощи у пациентов с феноменом ангедонии в рамках аффективной патологии

Попов М.М.[1], Сорокин С.А.[2]

[1]младший научный сотрудник
[2]ведущий медицинский сотрудник, кандидат медицинских наук
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва
Mpopov_psy@mail.ru

Введение: ангедония представляет собой трансдиагностический психопатологический феномен, который оценивается как ключевой, сразу для нескольких заболеваний – прежде всего расстройств аффективного спектра. Ангедония характеризуется утратой или снижением способности испытывать удовольствие или интерес к ранее приятным или удовлетворительным активностям. Данный феномен обнаруживает существенную связь с социальной и трудовой дезадаптацией, снижением качества жизни, а также повышенным суицидальным риском среди психиатрических пациентов [1].

Цель: определение рекомендаций для психологической помощи и коррекции среди пациентов с расстройствами аффективного спектра и феноменом ангедонии.

Материалы и методы: обследовано 26 больных с расстройствами аффективного спектра (код диагноза по МКБ-10: F33, F31) и феноменом ангедонии госпитализированных в клинику ФГБНУ НЦПЗ по поводу депрессивного эпизода. Использовались нейропсихологические методики, ориентированные на исследование широкого спектра когнитивных функций (исполнительные функции, память, внимание, перцептивно-моторные) и психометрические методики (шкалы TEPS, RSAS, TEPS), направленные на диагностику разных видов ангедонии (консуматорной, антиципационной, социальной и физической) [2, 3].

Результаты: у пациентов с депрессией наиболее выраженным типом ангедонии был консумационный тип. Была выявлены отрицательные связи между способностью к предвосхищению удовольствия и доступностью к фонетической вербальной беглости ($r=-0,487$; $p<0,01$). Также связи между непосредственным (консумационным) переживанием удовольствия и ошибками воспроизведения элементов при копировании фигуры Рея ($r=-0,349$; $p<0,05$). Социальная ангедонии была связанна с продуктивностью в фонетической вербальной беглостью ($r=-0,509$; $p<0,01$) и результативностью по продуктивности в визуальной беглости ($r=-0,473$; $p<0,01$).

Выводы: Полученные результаты позволяют предположить, что ангедония связанна с затруднением как в оценке, так и в представлении возможных положительных стимулов, что и приводит к отсутствию эмоциональной реакции на текущий стимул. Таким образом, доступность текущего удовольствия может быть связана с доменами памяти и регуляторных функций, при их ослаблении респондент теряет возможность соотнести текущий стимул с положительным опытом в прошлом, что затрудняет подбор эмоциональной реакции в ситуации текущего стимула, а также нарушает предвосхищение удовольствия [4].

Исходя из полученных результатов, в рамках психологической помощи мы предполагаем эффективным использование поведенческой активации и работу над актуализацией прошлого опыта. Поведенческая активация может быть представлена постепенным вводом в жизнь пациента поведения, ассоциированного с удовольствием раннее и последующей когнитивной реструктуризацией, направленной на фокусировку эмоционального ответа на прошлый и текущий стимулы. Помимо этого, с

нейрокогнитивной точки зрения дополнительным элементом терапии может выступать тренировка мнестических функций разного регистра, с преобладанием на слуховую модальность.

Литература

1. Gandhi A. A transdiagnostic meta-analysis of physical and social anhedonia in major depressive disorder and schizophrenia spectrum disorders / A. Gandhi, J. Mote, D. A Fulford // Psychiatry Research. – 2022. – Т. 309. – С. 114379.

2. Алфимова М. В. Адаптация шкалы времени переживания удовольствия: кросскультурные и кросс-ситуационные различия / М. В. Алфимова, Т. В. Лежейко, В. Е. Голимбет // Психологический журнал. – 2018. – Т. 39. – №. 1. – С. 115-126.

3. Рычкова О. В. Адаптация методики диагностики социальной ангедонии (RSAS) на российской выборке / О. В. Рычкова, А. Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. – 2016. – Т. 24. – №. 4. – С. 62-96.

4. Zhang B. et al. Mapping anhedonia-specific dysfunction in a transdiagnostic approach: an ALE meta-analysis / B. Zhang, P. Lin, H. Shi // Brain imaging and behavior. – 2016. – Т. 10. – С. 920-939.

Опыт амбулаторной реабилитации пациентов пожилого возраста, перенесших новую коронавирусную инфекцию SARS-Cov2

Капустенская Ж. И.

Главный врач
ГБУЗ «Областной гериатрический центр»
Доцент
«Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования» - филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО
Кафедра неврологии и нейрохирургии
Кандидат медицинских наук
Иркутск, Россия
E-mail: zhanik@inbox.ru

Савельев Д.С.
врач-невролог, врач физической и реабилитационной медицины
ГБУЗ «Областной гериатрический центр»
Иркутск, Россия
E-mail: dm.save@inbox.ru

Актуальность. По данным литературы до 80% пациенты, перенесшие COVID-19, испытывают длительные симптомы, ухудшающие качество жизни [1]. Наиболее часто постковидный синдром включает в себя астению, когнитивные нарушения, головную боль [2]. При составлении индивидуальных реабилитационных программ для пожилых пациентов необходимо учитывать кардиологический фон в виде сопутствующей ишемической болезни сердца, гипертонической болезни, хронической сердечной недостаточности, других соматических заболеваний, особенности психического статуса пожилого человека.

Цель: Оценить эффективность реабилитационных мероприятий 3 уровня у пожилых пациентов с long-covid синдромом.

Материалы и методы. За период с января по август 2023 года было пролечено 366 пациентов старше трудоспособного возраста с диагнозом «Синдром утомляемости после перенесенной вирусной инфекции» (G93.3), из них 321 (87,8%) пациентов возрасте от 65 до 70 лет, 45 (12,2%) - от 70 лет до 92 лет. У 100% пациентов наблюдался астенический синдром, у 20% пациентов - подтвержденная тревожность по шкале HADS (7,3±2,04 балла), у 10% - депрессия по шкале HADS (5,74±1,38 баллов). У 25% пациентов наблюдались хронобиологические нарушения в виде нарушения засыпания и частых ночных пробуждений. Каждый пациент помимо осмотра врача-невролога, психотерапевта, врача физической и реабилитационной медицины оценивался по шкале EQ-5D, MMSE, ШРМ, шкале астенического состояния при поступлении и при выписке.

На 3-м этапе реабилитации было проведено комбинированное лечение, включающее в себя парентеральное введение Этилметилгидроксипиридина сукцинат 5,0 № 10, ЛФК, Д'Арсонваль волосистой части головы и воротниковой зоны, электросон.

Результаты: В результате проведенного реабилитационного лечения 3 этапа отмечена позитивная тенденция в регрессе астенических проявлений (с 98,2±21,42 балла до 77,6±9,62 балла), эмоциональных нарушений ($p > 0{,}05$), нарушений сна, отмечено улучшение в разделе субъективной оценки качества жизни шкалы EQ-5D у

231 (63,1%) пациентов. Статистически значимого отличия в динамике при оценке когнитивных функций не выявлено.

Заключение: Медицинская реабилитация 3 этапа для пожилых пациентов, перенесших новую коронавирусную инфекцию, уменьшает выраженность астенического синдрома, улучшает сон, позитивно влияет на субъективную оценку качества жизни. При составлении программы реабилитации особое внимание необходимо уделять составлению индивидуального плана реабилитационных мероприятий в зависимости от степени нарушений функций и сопутствующей соматической патологии конкретного пациента. С целью достижения большей эффективности рекомендовано использование как медикаментозных так и немедикаментозных методов лечения, в частности проведение групповых занятий по ЛФК, что повышает социальную активность пожилого пациента и благоприятно влияет на психоэмоциональный фон.

Литература

1. Townsend L., Dyer A., Jones K. et al. Persistent fatigue following SARS-CoV-2 infection is common and independent of severity of initial infection. PLoS One. 2020;15(11):e0240784. doi: 10.1371/journal. pone.0240784.

2. Salamanna F., Veronesi F., Martini L., Landini M.P., Fini M. Post-COVID-19 Syndrome: The Persistent Symptoms at the Post-viral Stage of the Disease. A Systematic Review of the Current Data. Front Med. 2021;4;8:653516. doi: 10.3389/fmed.2021.653516.

Нейрокогнитивный дефицит у пациентов с первым эпизодом шизофрении

Серазетдинова В.С.[1], Петрова Н.Н.[2]
[1]Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия.
[2]ФГБУН институт мозга человека им. Н. П. Бехтеревой Российской академии наук, Санкт-Петербург, Россия;

E–mail: valeria.psy21@gmail.com

Нейрокогнитивные расстройства в настоящее время считаются важным фактором социального и профессионального функционирования пациентов с шизофренией. Снижение вербальной памяти рассматривается как ключевой когнитивный маркер заболевания [1, 2]. Этап первого психотического эпизода (первые 5 лет течения болезни, не более трех приступов) – критический период течения шизофрении, в значительной степени определяющий ее прогноз в целом [3]. Есть указания на наличие связи между уровнем провоспалительных цитокинов и когнитивных функций у пациентов с первым эпизодом шизофрении [4, 5].

Целью данного исследования было изучение нейрокогнитивного дефицита у пациентов с первым психотическим эпизодом и уточнение его прогностического значения.

Материал и методы исследования

На этапе устойчивой лекарственной ремиссии (более 6 месяцев) было обследовано 48 пациентов с диагнозом Параноидная шизофрения F20.0 (возраст 28,3±5,8 лет). Длительность заболевания 2,7±1,3 года, Средний возраст начала заболевания – 25,8±5,5 года. Доля женщин составила 53%, мужчин - 47%. Среднее число рецидивов достигло 1,77 ± 0,69 случаев. У 40% пациентов наблюдался один перенесенный эпизод, у 50% - два и у 10% – три перенесенных эпизода.

Группу сравнения составили 60 пациентов с хронической шизофренией (25 женщин, 35 мужчин) (возраст 34,95 + 7.38 лет).

В исследовании использовались клинико–психопатологическая оценка и стандартизированная оценка с применением шкал, в том числе Шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (BACS), Шкала оценки социального функционирования (PSP).

Лабораторный метод включал: ELISA, (Milliplex human Th17 magnetic bead panel – 25 аналитов) CCL20/MIP3, IL-10, IL-12P70, IL-13, IL-15, IL-17A, IL-17E/IL-25, IL-17F, IL-1-бэта, IL-2, IL-21, IL-22, IL-23, IL-27, IL-31, IL-33, IL-4, IL-5, Il-6, IL-9, TNF-альфа, TNF-бэта.

Результаты

Все когнитивные показатели у пациентов с первым эпизодом были снижены по сравнению с нормой, наибольшее снижение установлено по показателям способности концентрации внимания, исполнительных функций и моторных навыков. Выраженность нейрокогнитивного дефицита прямо коррелировала с давностью заболевания ($p<0,001$). У пациентов на раннем этапе выше показатели вербальной и рабочей памяти, моторных навыков и скорости психических процессов по сравнению с пациентами на хроническом этапе. Сохранность скорости психических процессов, которая определялась скоростью обработки информации, была ассоциирована с показателями социального функционирования. Уровень вербальной памяти был прямо связан с уровнем профессионального функционирования. Нейрокогнитивный дефицит был больше выражен у пациентов с ипохондрическим типом ремиссии ($p<0,001$). Была выявлена связь между повышением уровня интерлейкинов IL-9 и дефицитом

вербальной памяти, IL-1b и снижением вербальной продуктивности, IL-2, IL-4, TNFb и снижением скорости обработки визуальной информации, кодировки и выполнения задач, требующие внимания и скорости реакции (BACS "Symbol Coding").

Выводы. Пациенты на этапе первого эпизода характеризуются неравномерным снижением когнитивных показателей. Профессиональное и социальное функционирование ассоциированы с разными когнитивными функциями. Связь между уровнями интерлейкинов и когнитивными показателям может свидетельствовать о роли нейровоспаления в формировании нейрокогнитивного дефицита. Тип ремиссии сопряжен с разной степенью когнитивного снижения. Нейрокогнитивный дефицит нарастает в процессе развития заболевания с преимущественным поражением вербальной и рабочей памяти, моторных навыков и скорости психических процессов.

Литература

1. Hochberger W.C., Combs T., Reilly J.L., Bishop J.R., Keefe R.S.E., Clementz B.A., Keshavan M.S., Pearlson G.D., Tamminga C.A., Hill S.K., et al. Deviation from expected cognitive ability across psychotic disorders. Schizophr Res. – 2018. Vol. 192. P. 300–307. doi: 10.1016/j.schres.2017.05.019.
2. Dewangan, R. L. Premorbid Adjustment in Predicting Symptom Severity and Social Cognitive Deficits in Schizophrenia. East Asian Arch Psychiatry. – 2018. Vol. 28. N. P.75-79.
3. Huang Y.C., Lee Y., Lee C.Y. et al. Defining cognitive and functional profiles in schizophrenia and affective disorders. BMC Psychiatry. – 2020. Vol. 20. – N. 1.- P. 39. doi: 10.1186/s12888-020-2459-y. 2020
4. Cholet J., Sauvaget A., Vanelle J.M., Hommet C., Mondon K., Mamet J.P., Camus V. Using the brief assessment of cognition in schizophrenia (BACS) to assess cognitive impairment in older patients with schizophrenia and bipolar disorder. Bipolar Disord. 2014. Vol. 16. N. 3. – P. 326–336. doi: 10.1111/bdi.12171.
5. Dandan Wang, Yewei Wang, Yan Chen, Lingfang Yu, Zenan Wu, Ruimei Liu, Juanjuan Ren, Xinyu Fang, Chen Zhang, Differences in inflammatory marker profiles and cognitive functioning between deficit and nondeficit schizophrenia, Frontiers in Immunology, Front. Immunol., Sec. Inflammation. 2022 Vol.13 10.3389/fimmu.2022.958972

Синдром соматизированной псевдоаллергии: типологическая дифференциация, нозологическая принадлежность и патохарактерологические особенности

Скандарян А.А.[1], Романов Д.В.[2], Львов А.А.[3]

[1]Ассистент ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) МЗ РФ. Кафедра психиатрии и психосоматики института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

[2]Д.м.н., профессор ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет) МЗ РФ Кафедра психиатрии и психосоматики института клинической медицины им. Н.В. Склифосовского, Москва, Россия

[3]Д.м.н., профессор кафедры дерматологии и косметологии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации Москва, Россия

E–mail: anton.skandaryan@gmail.com

Псевдоаллергия представляет собою патологическое состояние, схожее по клиническим проявлениям с истинной аллергией, но не связанное с иммунными механизмами. В развитии псевдоаллергической реакции не участвуют лимфоциты и специфические антитела, высвобождение медиаторов осуществляется неспецифическим путем, без участия агентов иммунной системы [1]. Клинически “псевдоаллергия” может проявляться в виде крапивницы, поллиноза, бронхоспазма, отёка Квинке, нарушения работы пищеварительной системы.

Одним из возможных механизмов возникновения данного феномена является соматизация. Соматизация представляет собой патологический процесс, выражающийся вовлечением сомато-сенсорных и вегетативно-соматических, в том числе, иммунных дисфункций в общую клиническую картину того или иного психического расстройства. Наряду с «субъективными» коэнестезиопатиями (патологическими телесными ощущениями) в картине соматизированных расстройств могут наблюдаться «объективные» симптомы: уртикарные высыпания, отеки кожи и слизистых – синдром соматизированной псевдоаллергии по типу соматоформной дисфункции вегетативной нервной системы в пространстве кожного покрова и/или слизистых (F45.3 в МКБ-10) [2,3].

Цель исследования – психопатологическая и аллергологическая характеристика синдрома соматизированной псевдоаллергии, направленная на построение его клинической типологии.

Материал и методы. Выборка исследования, сформированная на базе отделения аллергологии и иммунологии ГКБ №52 ДЗМ г. Москвы (глав врач – д.м.н Лысенко Марьяна Анатольевна), включает 22 пациента (18 женщин, 4 мужчин, средний возраст – 42±7 лет). Пациенты обследованы клинико-психопатологическим и катамнестическим методами. Психопатологическая квалификация состояния больных проводилась в рамках клинических разборов, осуществлявшихся под руководством академика РАН А.Б. Смулевича.

Результаты. Соматизированная псевдоаллергия протекает идеаторными ипохондрическими феноменами и явлениями вегетативной дисфункции в пространстве кожи (ангионевротические отеки (13 набл.), уртикарная сыпь (16 набл.), эритема и зуд (16 набл.)). Ипохондрические феномены представлены явлениями сверхценной ипохондрии [Волель Б.А., 2009] - идея аллергического генеза псевдосоматических жалоб вследствие воздействия «аллергенов» как потенциально возможных (лекарственные препараты, пищевые продукты, косметика), так и невозможных (аппарат МРТ, “волны” УЗИ и тд) либо исключенных объективно. Поведение в болезни

представлено ипохондрической одержимостью со стремлением к многократным обследованиям в поиске точной «причины аллергии», ограничительным поведением (строгие диеты, исключающие потенциальные пищевые аллергены), явлениями модификации терапии (собственные схемы приема противоаллергических средств).

При психопатологическом обследовании в пределах синдрома соматизированной псевдоаллергии было выделено два подтипа: по типу эйфорической ипохондрии (10 набл., муж - 2, жен - 8) и по типу депрессивной ипохондрии (12 набл., муж - 2, жен - 10).

При псевдоаллергии с эйфорической ипохондрией течение заболевания непрерывное при персистирующем раздражённо-гипоманиакльном аффекте.

При псевдоаллергии с депрессивной ипохондрией течение заболевания эпизодическое - проявления “псевдоаллергии” выступали в качестве “соматических симптомов” депрессии, а их длительность и их выраженность зависели от продолжительности и тяжести депрессивного аффекта с наличием “светлых” промежутков на фоне эутимических состояний в периоды ремиссии эпизодов депрессии.

Выделенные подтипы отличались по нозологической принадлежности синдрома и по характерологическому преморбиду. При эйфорической ипохондрии речь идет о соматофорнмых расстройствах (F45.2 – 5 наб, F45.3 – 2 наб., F45.0 – 3 набл.), коморбидных расстройствам личности гипертимного круга либо РЛ с выраженным аффективным радикалом (гипертимное – 6 набл., истерогипертимное – 1 набл, шизотипическое с чертами фершробен и монотонным гипоманиакальным аффектом – 3 набл.). При депрессивной ипохондрии речь идет об аффективных заболеваниях (F31.3 – 1 набл, F31.6 – 1 набл., F32.1 – 1 набл.), расстройствах шизофренического спектра, протекающих с аффективными эпизодами (F21 – 2 набл), либо «маскированных» депрессиях с явлениями вторичной гипотимии, соответствующих критериями соматоформных расстройств (F45.3 – 4 набл, 45.2 – 1 набл. F45.0 – 2 набл). Личностный преморбид при псевдоаллергии депрессивного типа не обнаруживает статистически значимого накопления РЛ какого-либо типа, однако на уровне тенденции можно говорить о пребладании РЛ драматического кластера – 6 из 12 наблюдений (гистрионное – 5 набл., пограничное – 1 набл, паранойяльное – 2 набл, гипертимное – 2 наблюдения, ананкастическое – 1 набл,шизоидное – 1 набл).

Заключение. Выделены типы “псевдоаллергии”, протекая со сверхценной одержимостью идеей аллергического генеза псевдосоматических жалоб, ассоциированы с полярным аффектом (гипоманиакальным/депрессивным) и по-видимому, отличаются различной нозологической принадлежностью психопатологических расстройств, а также характерологическим преморбидом.

Литература

1. Burks W., Helm R., Stanley S. et al. Food Allergens // Curr. Opin. Allergy Clin. Immunol. — 2001. — Vol. 1. — P. 243–248.

2. Gupta M.A. Somatization Disorders in Dermatology. Int. Rev. Psychiatry. 2006;18:41–47 // Gupta M.A., Lanius R.A., Van der Kolk B.A. Psychologic Trauma, Posttraumatic Stress Disorder, and Dermatology. Dermatol. Clin. 2005;23:649–656.

3. Краснов В.Н. Структурно-динамический анализ как инструмент психопатологической диагностики и основа терапевтической тактики при аффективных и аффективно-бредовых состояниях: тез. докл. // Сб. материалов науч. конф. «Научно-практическая конференция с международным участием;Аффективные и шизоаффективные психозы: современное состояние проблемы;» (Москва, 07-08 апреля 1998 г.) / Научный центр психического здоровья РАМН. Москва: Научный центр психического здоровья РАМН, 1998. С. 44-48

Современные синтетические наркотики.
Проблема коморбидности с аффективной патологией

Слабиков М.О.[1], Фельдман Д.М.[2], Калита Е.В.[3], Атаев Д.А.[4], Ефремов А.А.[5]
[1]ординатор 1 года кафедры психиатрии
[2]ординатор 1 года кафедры психиатрии
[3]ординатор 2 года кафедры психиатрии
[4]ординатор 2 года кафедры психиатрии
[5] ассистент кафедры психиатрии
Федеральное государственное бюджетное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
Москва, Россия

Актуальность. В последние годы учащаются случаи аффективной патологии у пациентов преимущественного молодого возраста, в анамнезе которых отмечаются эпизоды употребления стимуляторов, что связанно с увеличением распространенности и разнообразия синтетических наркотиков.

Цель исследования. Выявить коморбидность аффективной патологии с употреблением дизайнерских наркотиков.

Материалы и методы. Проведен анализ доступных зарубежных и российских публикаций в базах данных PubMed, Scopus, ScienceDirect, eLibrary по ключевым словам: «дизайнерские наркотики», «мефедрон», «a-PVP», «аффективные расстройства», «современные наркотики», «синтетические наркотики».

Психостимулирующие эффекты дизайнерских наркотиков схожи своим действием со «старыми» стимуляторами (кокаин, амфетамин и прочие) однако являются более выраженными, как сам факт опьянения, так и абстинентного синдрома. Включают в себя идеомоторное возбуждение, эйфорию, повышение эмпатии, усиление концентрации внимания, возникает чрезмерное сексуальное возбуждение и отсутствие избирательности в реализации. Часто возникают отрицательные действия, такие, как тревога вплоть до развития панических атак, стереотипии, атаксия, нарушения сна, а также формирования психотической симптоматики: бреда, галлюцинаций и т. д. [5]. Нередко появление агрессивного и аутоагрессивного поведения: аутоампутация различных частей тела, описаны случаи каннибализма. Данные эффекты можно проследить в эксперименте на мышах: повышение моторной активности, поведенческая сенсибилизация. Однако в этом исследовании не было выявлено значительного повышения маркеров депрессии, что не в полной мере соответствует реальной картине [6]. В другом же исследовании отмечались депрессивные симптомы и шизотипия [7].

Аффективные расстройства, вызванные употреблением 4-ММС и a-PVP:

1. Инициация манифестации аффективных расстройств стимуляторами

Для того, чтобы проследить динамику психических расстройств, вызванных употреблением стимуляторов, достаточно проанализировать их рецепторный профиль. Мощные дофаминергические и норадренергические влияния вызывают соответствующие эффекты, сходные с маниакальными расстройствами или расстройствами психотического уровня. Маниакальные симптомы проявляются гипертимией, повышением моторной и идеаторной активности. Однако “солевому” возбуждению не всегда соответствует маниакальный аффект. Часто можно наблюдать смешанные состояния, которые могут внезапно перейти в полноценный психоз.

Зачастую именно в смешанно-психотических состояниях больные совершают противоправные действия и необъяснимые поступки.

Далее возникает постепенное снижение уровня связанного с рецептором стимулятора. Свое действие некоторое время продолжают оказывать его различные по уровню активности и токсичности метаболиты, сила стимулирующего эффекта снижается. Т.к. стимуляторы быстро инициируют свои эффекты (при интраназальном употреблении от 5 до 15 минут), они так же быстро метаболизируются вызывая развитие крейвинг-синдрома, при котором употребившему вещество хочется повторить данный опыт. Если повторного приема не возникает, начинает возрастать депрессивная симптоматика, связанная с разрушением некоторых рецепторов и истощением запасов моноаминов [8].

2. Аффективные расстройства как предрасполагающий фактор употребления стимуляторов и формирования зависимости

Известно, что при маниакальных состояниях критическое мышление снижается, возрастает импульсивность, склонность к риску, отсутствует критика, что зачастую способствует наркотическому опыту. В результаты у пациентов с БАР или циклотимией высока вероятность употреблением ПАВ, что в значительной степени ухудшает прогноз и комплаенс. Если при маниакальных состояниях употребление веществ связано со снятием внутренних запретов и снижением критики на фоне гипертимии, то в случае депрессивной симптоматики употребление стимуляторов является одним из способов «борьбы» со сниженным настроением, апатией и т. д. В данном случае часто происходит инверсия аффекта или развитие смешанных состояний [9,10,11].

3. Модификация картины аффективной патологии на фоне зависимости от стимуляторов

Диагноз БАР, осложненный аддиктивной патологией, в 17–20% случаях связан с употреблением психостимуляторов [4]. Стимуляторы способны удлинять фазы, усиливать тяжесть и резистентность к ПФТ, значительно повышая риск суицидальных тенденций. [12]. В стадии ремиссии зависимые от ПАВ отличаются раздражительностью, импульсивностью, дисфорией, эмоциональной лабильностью, а также формированием апато-абулического синдрома [13].

Вывод: Коморбидность аффективной патологии с употреблением современных синтетических наркотиков – актуальная проблема. Расстройства аффективного спектра могут инициироваться вследствие употребления ПАВ, т. к. проявления абстинентного синдрома коррелируют с депрессивной симптоматикой, а также способны модифицировать течение заболеваний. Необходимо дальнейшее изучение сочетания расстройств аффективного круга с употреблением или зависимостью от современных синтетических наркотиков, особенно учитывая, что в данную категорию попадают преимущественно лица молодого возраста**.**

Литература

1. Яцинюк Б.Б., Гавриков П.П., Жидков В.А., Косарев А.Н., Барац Е.А., & Шейкин Ю.А. (2023). Экстренное заболевание/состояние при коморбидном фоне с пусковым фактором - внутривенное введение α-PVP. Здравоохранение Югры: опыт и инновации, (2 (35)), 50-60.

2. Watterson LR, Olive MF. Synthetic cathinones and their rewarding and reinforcing effects in rodents. Adv Neurosci (Hindawi). 2014 Jun 4;2014:209875. doi: 10.1155/2014/209875. PMID: 25328910; PMCID: PMC4199755.

3. Hondebrink L, Zwartsen A, Westerink RHS. Effect fingerprinting of new psychoactive substances (NPS): What can we learn from in vitro data? Pharmacol Ther. 2018 Feb;182:193-224. doi: 10.1016/j.pharmthera.2017.10.022. Epub 2017 Oct 31. PMID: 29097307.

4. Gregg RA, Baumann MH, Partilla JS, Bonano JS, Vouga A, Tallarida CS, Velvadapu V, Smith GR, Peet MM, Reitz AB, Negus SS, Rawls SM. Stereochemistry of mephedrone neuropharmacology: enantiomer-specific behavioural and neurochemical effects in rats. Br J Pharmacol. 2015 Feb;172(3):883-94. doi: 10.1111/bph.12951. Epub 2014 Dec 15. PMID: 25255824; PMCID: PMC4301696.
5. Шарова Е. Н., и Злоказова М. В. "Феноменологические особенности психических расстройств от современных «Дизайнерских» наркотиков" Практическая медицина, vol. 2, no. 1 (102), 2017, pp. 23–25.
6. Wojcieszak J, Kuczyńska K, Zawilska JB. Behavioral Effects of 4-CMC and 4-MeO-PVP in DBA/2J Mice After Acute and Intermittent Administration and Following Withdrawal from Intermittent 14-Day Treatment. Neurotox Res. 2021 Jun;39(3):575-587. doi: 10.1007/s12640-021-00329-x. Epub 2021 Jan 11. PMID: 33428180; PMCID: PMC8096775.
7. Tom P. Freeman, Celia J. A. Morgan, James Vaughn-Jones, Nahida Hussain, Kash Karimi, Cognitive and subjective effects of mephedrone and factors influencing use of a ‘new legal high’ doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03719.x
8. Prosser JM, Nelson LS. The toxicology of bath salts: a review of synthetic cathinones. J Med Toxicol. 2012 Mar;8(1):33-42. doi: 10.1007/s13181-011-0193-z. PMID: 22108839; PMCID: PMC3550219.
9. Preuss UW, Schaefer M, Born C, Grunze H. Bipolar Disorder and Comorbid Use of Illicit Substances. Medicina (Kaunas). 2021 Nov 17;57(11):1256. doi: 10.3390/medicina57111256. PMID: 34833474; PMCID: PMC8623998.
10. Revalence of comorbid bipolar and substance use disorders in clinical settings, 1990–2015: Systematic review and meta-analysis. Gleen E. hunt, Gin E. Malhi,Michelle Cleary, Harry Man Xiong Lai, Thiagarajan Sithartan https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.07.011
11. Salvadore G, Quiroz JA, Machado-Vieira R, Henter ID, Manji HK, Zarate CA Jr. The neurobiology of the switch process in bipolar disorder: a review. J Clin Psychiatry. 2010 Nov;71(11):1488-501. doi: 10.4088/JCP.09r05259gre. Epub 2010 May 4. PMID: 20492846; PMCID: PMC3000635.
12. Substance Use Disorders and Suicide Attempts in Bipolar Subtypes J Psychiatr Res. 2009 January ; 43(3): 230–238. doi:10.1016/j.jpsychires.2008.05.001.
13. Pettorruso M, De Risio L, Di Nicola M, Martinotti G, Conte G, Janiri L. Allostasis as a conceptual framework linking bipolar disorder and addiction. Front Psychiatry. 2014 Dec 3;5:173. doi: 10.3389/fpsyt.2014.00173. PMID: 25520673; PMCID: PMC4253530.

Суицидальность у пациентов с шизофренией с депрессивными симптомами и без таковых

Султанова Р.И.[1], Гашкаримов В.Р.[2], Ефремов И.С.[3], Асадуллин А.Р.[3,4,5]

Врач-психиатр[1,2]
к.м.н., врач-психиатр, научный сотрудник[3]
д.м.н., профессор кафедры психиатрии и наркологии с курсом ИДПО[4], ведущий научный сотрудник[3]
[1]ГБУЗ НПЦ им. З. П. Соловьева ДЗМ, г. Москва, Россия
[2]ГБУЗ РБ «Республиканская клиническая психиатрическая больница», г. Уфа, Россия
[3]ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
[4]ФГБОУ ВО «Башкирский Государственный Медицинский Университет» Минздрава России, г. Уфа, Россия
[5]ГБУЗ «Республиканский клинический психотерапевтический центр» Минздрава Республики Башкортостан, г. Уфа, Россия
E-mail: renatasu@mail.ru

Введение. Самоубийство является важным фактором снижения продолжительности жизни у лиц с шизофренией [1], сокращая продолжительность примерно на 10 лет [2]. Риск смерти от суицида у пациентов с шизофренией повышается в 12,6 раз в отличии от здорового населения [3]. Депрессивная симптоматика в структуре шизофрении является неблагоприятным прогностическим фактором, увеличивающим риск завершенных самоубийств, даже в большей степени, чем в результате императивных галлюцинаций [1].

Цель. Выявить ассоциации депрессивных проявлений у пациентов с шизофренией и суицидальностью.

Материалы и методы. Проведено пилотное сравнительное кросс-секционное исследование пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения». Пациенты дали письменное добровольное информированное согласие. Исследование было одобрено локальным этическим комитетом ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Исследование проводилось на базе ГБУЗ РБ РКПБ г. Уфа с 15.01.21 по 15.09.22. Использовались клинико-психопатологический, психометрический (шкала позитивных и негативных симптомов PANSS, шкала депрессии Калгари у больных шизофренией, Колумбийская шкала серьезности суицидальных намерений) и статистический (Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics 22) методы. Оценка нормальности распределения количественных переменных определялась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова.

Результаты. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от наличия депрессивной симптоматики по шкале депрессии Калгари для больных шизофренией, где 6 баллов уже считается достаточным для постановки депрессивного расстройства. Попытка суицида в анамнезе среди респондентов встречалась у 29,41% (20/68) пациентов с депрессивными проявлениями и у 13,77% (27/196 чел.) пациентов без них. При сравнении C-SSRS у исследуемых, с применением U-критерия Манна–Уитни, в зависимости от наличия и отсутствия депрессивных проявлений были установлены статистически значимые различия в пункте суицидальное мышление ($p<0,05$), различия в пунктах интенсивность суицидального мышления, суицидальное поведение и его опасность были статистически не значимыми. Частота встречаемости суицидального мышления не отличалась. Корреляционные связи общего балла по CDSS с суицидальным мышлением и его интенсивностью, оцененные с помощью

коэффициента ранговой корреляцией Спирмена, статистически значимы. При сопоставлении все выявленные связи были прямые, слабой тесноты по шкале Чеддока. Были установлены статистически значимые прямые корреляционные связи между суицидальным мышлением и пунктами «депрессия», «безнадежность», «наблюдаемая депрессия» по шкале Калгари.

Выводы. Выявлены статистически значимые различия суицидального мышления у пациентов с депрессивными проявлениями и без них в структуре основного заболевания. Следует обратить особое внимание на пациентов с шизофренией, которые испытывают безнадежность и депрессивные симптомы, потому что именно у них самый высокий риск суицида.

Литература

1. Sher L. Suicide in schizophrenia: an educational overview/ L. Sher, R.S. Kahn// Medicina. – 2019. – №55(7) - С. 361.
2. White J. The development of the serious mental illness physical Health Improvement Profile/ J. White, R. Gray, M. Jones// Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing – 2009 - №16(5) – С. 493-498.
3. Suicides/ S. Dattani, L. Rodés-Guirao, H. Ritchie, M. Roser// Our World in Data. – 2023.

Коморбидность шизофрении и болезни Паркинсона: описание клинического случая

Хоммятов М.Р.[1], Самушия М.А.[2], Вдовина И.В.[3]

[1] Научный сотрудник отдела фундаментальных, прикладных и поисковых исследований
[2]д.м.н., доцент, проректор по научной работе, заведующий кафедрой психиатрии
[3] к.пед.н., доцент, начальник отдела фундаментальных, прикладных и поисковых исследований
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации
Москва, Российская Федерация
E-mail: khommarat38@gmail.com

Введение: на сегодняшний день коморбидность болезни Паркинсона и расстройств шизофренического спектра все еще остается слабо изучена. Несмотря на их кажущиеся различия, в действительности они имеют значительный перекрест патогенетических механизмов и клинических проявлений, таких как бред, галлюцинации, апатия, аффективные и тревожные феномены и даже моторные симптомы [1].

Представляем клинический случай пациента, длительно страдающего параноидной шизофренией с дебютом болезни Паркинсона в возрасте 44 лет.

Описание случая: мужчина 45 лет, 10 лет страдает параноидной шизофренией. Наследственный анамнез отягощен – отец совершил самоубийство, когда пациенту было 11 лет. С детства был замкнутым, необщительным; проявлял талант в сфере математики. Окончив институт, работал программистом более 10 лет. В возрасте 35 лет появилось ощущение преследования, нахождения внутри эксперимента, божественного предназначения. Был госпитализирован в психиатрическую больницу, получал лечение галоперидолом до 15 мг в сутки с положительным эффектом, двигательных побочных эффектов не отмечал. Далее на протяжении 9 лет лечение систематически не получал, при этом (со слов матери) начала отмечаться ригидность мышц конечностей, стал немного скован в движениях (даже в свободные от нейролептиков периоды). На фоне усиления психотической симптоматики был снова госпитализирован в стационар, получал лечение флуфеназина деканоатом 25 мг раз в 2 недели с антипсихотическим эффектом, при этом появились выраженные симптомы паркинсонизма: тремор покоя с акцентом на правой стороне, усилившейся ригидностью, брадикинезией. Было использовано несколько схем терапии, включающих рисперидон, оланзапин, луразидон с амантадином и тригексифенидилом, но экстрапирамидная симптоматика сохранялась. Только при назначении кветиапина в суточной дозировке 500 мг/сутки отмечалось снижение интенсивности моторных симптомов с сохранением стойкого антипсихотического эффекта.

Результаты: в связи со стойкими экстрапирамидными симптомами был осмотрен неврологом, в результате выставлен диагноз: Болезнь Паркинсона, смешанная форма, 2 стадия по Хен и Яру. К терапии была добавлена леводопа/бенсеразид в суммарной дозировке 200/50 мг/сутки. Пациент переносил препарат хорошо, симптомы паркинсонизма значимо уменьшились; усиления психотической симптоматики также не отметилось.

Заключение: из-за имеющегося перекрёста клинических проявлений между болезнью Паркинсона и шизофренией провести дифференциальную диагностику этих заболеваний зачастую крайне затруднительно. В современной литературе выдвигаются

предположения о этиологическом и патогенетическом единстве данных расстройств [2], что наглядного иллюстрирует данный клинический пример.

Литература

1. Waddington JL. Psychosis in Parkinson's disease and parkinsonism in antipsychotic-naive schizophrenia spectrum psychosis: clinical, nosological and pathobiological challenges. Acta Pharmacologica Sinica (2020) 41:464–470.
2. Segal GS, Xie SJ, Paracha SR, Grossberg GT. Psychosis in Parkinson's Disease: Current Treatment Options and Impact on Patients and Caregivers. Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology; 2021, Vol. 34(4) 274-279.

Подходы к лечению пограничного расстройства личности во внебольничной психиатрической помощи

Чарная Д.И.[1], Петрова Н.Н.[2], Чумаков Е.М.[1,2]

[1]СПб ГБУЗ «Психиатрическая больница №1 им. П.П. Кащенко»
[2]Санкт-Петербургский государственный университет
Кафедра психиатрии и наркологии
Санкт-Петербург, Россия
E-mail: dichar@yandex.ru

Актуальность. Пограничное расстройство личности (ПРЛ), характеризующееся высоким риском суицида, злоупотреблением психоактивными веществами, частыми обращениями за медицинской помощью, до недавнего времени считалось почти неизлечимым [1]. Первой линией терапии считаются психотерапевтические методики. [2]. При этом в настоящее время отсутствует единый протокол лечения пограничного расстройства личности [2]. Известно, что ни один психофармакологический препарат не зарегистрирован для терапии ПРЛ, известно, что большая часть пациентов с ПРЛ получают лекарственную терапию [3].

Цель исследования. Исследование психиатрической помощи пациентам с ПРЛ в амбулаторном звене.

Материалы и методы. Данное исследование проводилась в 2021-2022 гг. в дневных стационарах СПб ГБУЗ «Психиатрической больницы №1 им. П.П. Кащенко». В исследование были включены 50 пациентов с диагнозом ПРЛ. Протокол исследования одобрен этическим комитетом Санкт-Петербургского государственного университета.

Результаты и обсуждение. В результате исследования было получено, что все пациенты получали разные психофармакологические препараты. Большинство пациентов получали антидепрессивную терапию, причем на первом месте были препараты, из группы селективных ингибиторов обратного серотонина. Монотерапия была почти у половины пациентов (n=24), 48%, и все эти пациенты получали антидепрессанты. Оставшаяся часть пациентов (n=26), 52% получали одновременно два и более психотропных препарата. Самая частая комбинация была представлена сочетанием антидепрессанта и нормотимика. При анализе назначения антипсихотической терапии, было получено, что ни один пациент не получат антипсихотики первого поколения. Целью назначения антидепрессивной терапии было воздействие на тревожно-депрессивную симптоматику. Мишенью при назначении антипсихотика или нормотимика служили проявления импульсивности и симптомов эмоциональной дисрегуляции. Стоит отметить, что данные психопатологические нарушения рассматривались в рамках декомпенсации пограничного расстройства личности. Акцент на антипсихотической терапии (второго поколения) был сделан при усилении самоповреждающего поведения. Нами было предположено, что основанием для комбинированной психофармакотерапии, служило наличие коморбидного диагноза, но это не было подтверждено ($p>0,05$). 84% пациента (n=42) пациента получали психотерапевтическую помощь (как в групповом, так и в индивидуальном формате). Было проанализировано влияние психотерапевтического вмешательства на лечение. Отмечено, что при присоединении психотерапии, психофармакотерапевтический ответ наступал быстрее ($p<0,05$). Наши результаты соответствуют с более ранними исследования, показывающими, что большинство пациентов с ПРЛ получает лекарственную терапию [3]. Структура назначаемых

лекарственных препаратов при ПРЛ также совпадала с мировыми данными литературы [4], при этом в литературе больше пациентов получали комбинацию лекарств [4]. В исследовании 2021 года также не было подтверждено предположение, что комбинация препаратов была обусловлена лишь наличием коморбидных психиатрических диагнозов. Предполагается, что необходимость многокомпонетной лекарственной терапии, отражает тяжесть самого ПРЛ [5]. В нашем исследовании было установлено, что психотерапия влияет на сроки ответа на фармакотерапию и длительность терапии, то есть делает лечение более эффективным, что согласуется с результатами более ранних исследований [6].

Выводы. Изучение подходов к лечению ПРЛ выявил преобладание использование лекарственных средств (в первую очередь селективных ингибиторов обратного серотонина) над частотой применения психотерапевтических методик. Рекомендовано как модно раньше присоединять психотерапевтическую помощи пациентам с ПРЛ, для повышения эффективности лечения пациентов с указанной патологией.

Литература

1. Mehlum L. Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy for people with borderline personality disorder // Current Opinion in Psychology. - 2021. - №37. - С. 89-93.
2. Bozzatello P, Rocca P, De Rosa ML, Bellino S. Current and emerging medications for borderline personality disorder: is pharmacotherapy alone enough? // Expert Opinion on Pharmacotherapy. - 2020. - №21(1). - С. 47-61.
3. Starcevic V, Janca A Pharmacotherapy of borderline personality disorder: replacing confusion with prudent pragmatism // Current Opinion in Psychiatry. - 2018. - №31(1). – С. 69-73.
4. Paolini E, Mezzetti FA, Pierri F, Moretti P. Pharmacological treatment of borderline personality disorder: a retrospective observational study at inpatient unit in Italy // International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. - 2017. - №21(1). - С. 75-79.
5. Pascual, J. C., Martín-Blanco, A., & Soler, J. Twenty-Year Trends in the Psychopharmacological Treatment of Outpatients with Borderline Personality Disorder: A Cross-Sectional Naturalistic Study in Spain // CNS drugs. - 2021. - №35(9). - С. 1023–1032.
6. Fineberg SK, Gupta S, Leavitt J Collaborative deprescribing in borderline personality disorder: a narrative review // Harvard Review of Psychiatry. - 2019. - №27(2). - С. 75–86.

Подходы к терапии аффективно-смешанных состояний у личностей гипертимного круга

Чуркина А.М.

Научный сотрудник
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
Отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний
Москва, Россия
E-mail: anna_churkina@outlook.com

Актуальность. Большинство современных исследований не уделяет внимание формированию и лечению аффективных фаз у гипертимов, что, вероятно, связано с отсутствием гипертимного расстройства личности в систематике болезней. Существует, однако, большое количество работ о гипертимии, в которых она рассматривается в рамках субсиндромального течения аффективных расстройств [1,2] или как характерологическая особенность, не несущая в себе негативного воздействия на психическое здоровье личности [3]. Тем не менее, вопрос о терапии аффективных фазных состояний ранее не был освещен в достаточной степени.

Цель: определить особенности терапии аффективно-смешанных состояний, развивающихся у лиц из круга гипертимных.

Материалы и методы: обследовано 58 пациентов (47 женщин, 11 мужчин в возрасте 22-55 лет) с наличием преморбидных гипертимных характеристик и развившемся на этом фоне аффективно-смешанным состоянием (ранее нами были выделены 3 типа – мании со смешанными чертами, депрессии со смешанными чертами и альтернирующие состояния) [4].

Результаты. Медикаментозная тактика при наличии у пациента признаков смешанности практически всегда была стандартной – первой линией терапии выбирался антипсихотик второго поколения (АВП), практически сразу или в течение первой недели лечения добавлялся нормотимик. Назначение антидепрессанта зависело от преобладания в состоянии конкретной симптоматики. Для терапии пациентов со смешанной манией эмпирическим путем было выбрано назначение АВП арипипразола в дозе до 30 мг/сут. или оланзапина до 20 мг/сут. и стабилизатора настроения (окскарбазепин до 1200 мг/сут., соли лития до 900 мг/сут., вальпроевая кислота до 600 мг/сут.). При сохраняющихся более 3-х недель астено-апатических жалобах целесообразным было присоединение к назначенной схеме антидепрессанта из группы СИОЗСН, а также применение нелекарственного метода – высокочастотной ТМС. Лечение смешанных депрессий подразумевало введение в схему АВП (кветиапин до 200 мг/сут, оланзапин до 10 мг/сут., арипипразол до 10 мг/сут.) и антидепрессантов из группы СИОЗС (флувоксамин до 150 мг/сут., сертралин до 100 мг/сут., пароксетин до 30 мг/сут.), а также миртазапина до 45 мг/сут. Также все пациенты этой группы получали нормотимические препараты – ламотриджин до 200 мг/сут., окскарбазепин до 1200 мг/сут. Альтернирующие состояния оказались наиболее сложными в подборе подходящих препаратов, что было связано, прежде всего, с разнообразием и нестабильностью симптомов. Терапия включала назначение антипсихотиков первого поколения (АПП) с инцизивным действием, таких как трифлуоперазин до 15 мг/сут. или зуклопентиксол до 15 мг/сут. в сочетании с кветиапином до 200 мг/сут. и нормотимиков – солей вальпроевой кислоты до 1500 мг/сут. или солей лития до 1500 мг/сут. Антидепрессант вводился в схему лечения со 2–3 дня, применялись СИОЗС (флувоксамин до 200 мг/сут., циталопрам до 30 мг/сут.) или СИОЗСН (дулоксетин до

120 мг/сут.). Назначение стимулирующих антидепрессантов было неоправданным из-за риска самоповреждений.

Выводы: Психофармакотерапия аффективно-смешанных состояний у личностей гипертимного круга включала нормотимические препараты (или их комбинации), сбалансированные и седативные антидепрессанты из группы СИОЗС, СИОЗСН, миртазапина, сочетание седативных и стимулирующих атипичных антипсихотиков второго и третьего поколений, их комбинация или последовательная смена. При альтернирующих состояниях имела место необходимость назначения антипсихотика первого поколения.

Литература

1. Akiskal H.S. Affective temperaments as precursors of mood disorders. Syllabus and scientific proceedings // The 161 Annual meeting of the American Psychiatric Association. – 2008. – P. 220.
2. Fountoulakis K.N., Gonda X., Koufaki I. et al. The role of temperament in the etiopathogenesis of bipolar spectrum illness // Harvard Review of Psychiatry. – 2016. – Vol. 24 – №1 – P.36-52.
3. Волель Б.А., Пушкарев Д.Ф., Нефедьева И.О. Типология гипертимного расстройства личности (аспекты прогноза) // Психиатрия. – 2011. – №1 – С. 14-21.
4. Чуркина А.М., Субботская Н.В. Психопатологическая структура фазных аффективных состояний у гипертимных личностей // Материалы Всероссийской конференции молодых ученых, посвященной памяти академика АМН СССР А.В. Снежневского, 9 октября 2020 года: Сборник научных трудов. - М., 2020 - С. 69-73.

Корреляция тестов Т. Лири, СМИЛ и Леонгарда-Шмишека при изучении женщин, страдающих алкоголизмом и проживающих с мужчинами, злоупотребляющими алкоголем

Шарипова Р.Р.

Аспирант
ГБОУ «Казанский государственный медицинский университет» МЗ РТ
Кафедра психиатрии и медицинской психологии
Казань, Россия
E-mail: railya2591@yandex.ru

Актуальность. Проблема женского алкоголизма в контексте супружеского занимает ведущее место в наркологических исследованиях [1]. Экспериментально-психологические исследования дополняют клинические и являются важным разделом по изучению данной тематики. Личностные методики СМИЛ и Леонгарда-Шмишека довольно популярны при выявлении особенностей характерологических показателей. Тест Лири указывает на преобладающий стиль поведения и может коррелировать с личностными опросниками.

Цель: Проанализировать результаты тестов Т.Лири, СМИЛ и Леонгарда-Шмишека у женщин, страдающих алкоголизмом и проживающих с мужчинами, злоупотребляющими алкоголем.

Материалы и методы исследования: В выборку вошли 120 пациенток, имеющих расстройства поведения и диагноз хронического алкоголизма, с фактом проживания с мужчинами, злоупотребляющими алкоголем. В работе применялся клинико-психопатологический метод – анкетирование и интервьюирование; статистический метод, экспериментально-психологический метод: 1) Тест СМИЛ - модифицированный тест MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) в адаптации Л. Собчик [2]; 2) Тест акцентуаций характера Леонгарда-Шмишека [3]; 3) Тест межличностных отношений Т.Лири [4], на основе которого выстраивалась психограмма, состоящая из октант, позволяющих выявить преобладающий стиль поведения индивида при взаимодействии с окружающими.

Результаты исследования:

Среди 120 пациенток: акцентуированные личности – 51 чел. (42,5%), с расстройствами личности – 69чел. (57,5)%.

По результатам теста СМИЛ (MMPI) наблюдалось увеличение оценочной шкалы Pd – шкала антисоциальной психопатии (80,23 ± 3,96) 53чел (44,17%), Ну – шкала конверсионной истерии (78,46±3,71) 44 чел (36,67%), и низкие показатели по шкале шизоидности (Sc) 4 чел (3,33%), депрессии (D) 7 чел. (5,83%), паранойи (Pa) 2 чел. (1,67%) психоастении (Pt) 10 чел. (8,33%). По оценке шкал экстра- и интровертивности значимых различий не выявлялось.

С помощью теста Леонгарда-Шмишека была выявлена выраженная акцентуация характера: гипертимного типа 15 чел. (29,4%), циклотимного типа 16 чел (31,4%), демонстративного типа 11 чел. (21,6%), экзальтированного типа 9 чел.(17,6%).

В ходе оценки результатов теста Лири была выведена статистика: 90 чел. (75%) женщин характеризуют себя по последним 4 октантам: подчиняемый 21 чел (17,5%), зависимый 24 чел.(20%), дружелюбный 22 чел. (18,33%), альтруистический 23

(19,17%); другие 26% по первым четырем октантам: авторитарный 10 чел. (8,33%), эгоистичный 7чел. (5,84%), агрессивный 9 (7,5%), подозрительный 4чел. (3,33 %).

Вывод:

Исходя из полученных результатов исследования, у женщин из выборки преобладание шкал антисоциальной психопатии и конверсионной истерии указывает на склонность их к асоциальному поведению, отрицанию проблем, формированию демонстративного поведения и эмоциональной лабильности, что также подтверждается выраженными акцентуациями характера демонстративного, циклотимного и экзальтированного типа. Гипертимность находит свое отражение в высоких показателях по последним четырем октантам, что говорит об отсутствии у данной категории женщин самокритики. Взаимосвязь между выраженной акцентуацией экзальтированного типа и повышенными показателями по субмиссивным октантам указывает на конформность поведения и зависимость от своих партнеров, которые также являются асоциальными.

Литература

1. «Женский и супружеский алкоголизм. Актуальные проблемы наркологии» Л.К. Шайдукова. – Казань: Издательский дом «Мир без границ», 2006.- 176 с.
2. Практикум по психодиагностике: СМИЛ(MMPI) Л.Н.Собчик, ред.Авидон И.Ю.: Изд-во Речь, 2009.
3. Паршукова, Л.П. Акцентуации характера: учебное пособие / Л.П. Паршукова, И.В. Выбойщик. – 2-е изд., испр. и доп. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2007. – 84 с
4. Leary T. Interpersonal Diagnosis of Personality : A Functional Theory and Methodology for Personality Evaluation / Timothy Leary. — Resource Publications, 2004.

Изменения сетчатки как потенциальный маркер развития аффективных расстройств

Яковлев Д.А.[1], Кузьмина С.В.[2]
[1]Аспирант
[2]Д.м.н., доцент, профессор кафедры
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава России
Кафедра психиатрии и медицинской психологии
Казань, Россия
E-mail: Doc.denis.yakovlev@mail.ru

В настоящее время представление об этиопатогенезе аффективных расстройств допускает сочетания множества факторов (биологических, психологических, социальных) и предполагает вовлечение в процесс центральной нервной системы. Диагностика данной группы заболеваний основывается на анализе клинической картины, а биологические показатели не определены для широкого применения в практике[1]. И хотя на сегодняшний день наблюдается прогресс в картировании нейрональных контуров при аффективных расстройствах, нейровизуализация находит крайне ограниченное применение в психиатрической практике [2]. Сетчатка, как неотъемлемая часть центральной нервной системы, может стать «окном» для изучения биологической основы психических расстройств, в том числе и аффективного спектра. Оптическая когерентная томография (ОКТ) является современным инструментом и «золотым стандартом» в исследовании глазного дна, позволяя детально изучать структуру сетчатки, зрительного нерва и хориоидеи [3].

Исследования последних лет, посвященные изучению структуры сетчатки у пациентов с расстройствами биполярного спектра, обнаруживают значительные изменения в ней. В первую очередь отмечается уменьшение общей толщины желтого пятна сетчатки, что связано с дегенеративными процессами в слое ганглиозных клеток и внутреннем зернистом слое. Из-за уменьшения количества ганглиозных, биполярных, амакриновых, горизонтальных клеток происходит истончение сплетениевидных слоев, в которых осуществляется связь между форменными элементами сетчатки[4]. В дополнение, наблюдаемые изменения прогрессируют соответственно продолжительности психического расстройства[5,6].

Подобные изменения наблюдаются и у пациентов с депрессивным расстройством. При этом объем ганглиозного и внутреннего зернистого слоев оказывается ниже у пациентов с рецидивирующим течением, чем у пациентов, перенесших единственный депрессивный эпизод. Тем не менее, у обеих групп наблюдается снижение объема сетчатки в сравнении с контрольной группой[7].

Истончение ганглиозного слоя сетчатки приводит к нарушению фоторецепции и последующим нарушением циркадных ритмов и сна, что в свою очередь ведет к усугублению течения аффективного расстройства[8].

Проведенный анализ показывает, что изменения сетчатки, обнаруживаемые с помощью ОКТ, могут служить потенциальным маркером формирования аффективных расстройств.

Литература

1. Вазагаева Т.И., Ахапкин Р.В. Концепция эндофенотипа: новый подход к изучению патогенеза аффективных расстройств (аналитический обзор). Часть 1 // Российский психиатрический журнал. 2013. №3.

2. Стал С.М. Основы психофармакологии. Теория и практика / пер. с англ. под ред. Д.Криницкого. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022, 656 с.
3. Астахов Ю.С., Белехова С. Г. Оптическая когерентная томография: как все начиналось и современные диагностические возможности методики // Офтальмологические ведомости. 2014. №2.
4. Garcia-Martin E., Gavin A., Garcia-Campayo J., et al. Visual function and retinal changes in patients with bipolar disorder// Retina. 2019. Vol. 39, N 10. P. 2012-2021. doi:10.1097/IAE.0000000000002252
5. Satue M., Fuentes J.L., Vilades E., et al. Evaluation of Progressive Retinal Degeneration in Bipolar Disorder Patients over a Period of 5 Years// *Current Eye Research*. 2022. Vol. 47, N 7. P. 1061-1067. doi:10.1080/02713683.2022.2064513
6. Orduna-Hospital E., Cordon B., Vilades E., et al. Ganglion Cell and Retinal Nerve Fiver Layers Correlated with Time Disease of Bipolar Disorder Using 64 Cell Grid OCT Tool// *Current Eye Research*. 2021. Vol. 46, N 8. P. 1214-1222. doi:10.1080/02713683.2021.1877313
7. Kalenderoglu A., Çelik M., Sevgi-Karadag A., et. al. Optic coherence tomography shows inflammation and degeneration in major depressive disorder patients correlated with disease severity// Journal of Affective Disorders. 2016. Vol. 204. P.159-165. doi:10.1016/j.jad.2016.06.039
8. Губин Д. Г. Взаимосвязь депрессии по шкале Бека с потерей ганглиозных клеток сетчатки при глаукоме// Cognitive Neuroscience — 2021 : материалы международного форума, (Екатеринбург, 2–3 декабря 2021 г.). — Екатеринбург: Издательство Уральского университета, 2022. — С. 151-154.

Тезисы докладов
III Всероссийской конференции молодых ученых
памяти профессора П.В. Морозова
Психиатрия 21 века: первые шаги в науку и практику с международным участием

Составитель: **Вдовина** Ирина Владимировна

ISBN 978-5-6046705-8-3

9 785604 670583

Федеральное государственное бюджетное учреждение
дополнительного профессионального образования
«Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации
121359, г. Москва, ул. Маршала Тимошенко д. 19, стр. 1А
тел + 7 (499) 140-20-78

Подписано в печать 21.12.2023
Формат 60x84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура «Times». Тираж 100 экз.
Отпечатано в типографии «ОТТИСК»
101000, г. Москва, ул. Мясницкая, д.17, стр. № 1