

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ И ЛЕЧЕНИЕ СОСУДИСТЫХ РАССТРОЙСТВ****Казакова С.Е., Бондарь Р.Б.***Луганский государственный медицинский университет*

Психические расстройства при сосудистых заболеваниях головного мозга представляют собой группу патологических состояний, развивающихся вследствие нарушения мозгового кровообращения разной этиологии и патогенеза [1,2].

В отличие от атрофических заболеваний мозга, всегда сопровождающихся распадом психической деятельности, сосудистые поражения мозга могут протекать и без выраженной психопатологической симптоматики с преобладанием неврологических нарушений. Достоверных систематических данных о частоте случаев сосудистых поражений мозга с психическими нарушениями нет. Однако есть данные о том, что психические расстройства часто сопровождают сосудистые заболевания мозга [3,4].

При возникновении психопатологии у пациента с сосудистыми расстройствами порой трудно провести четкий диагностический параллелизм. Отсутствуют данные, позволяющие прогнозировать течение, исходы сосудистых психических расстройств, а также трудно подобрать оптимальное лечение данной патологии.

Работа является фрагментом НИР кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии « Патоморфоз психических расстройств под влиянием лечебных, социальных и экопатогенных факторов промышленного региона» (№ государственной регистрации 0110 У001430).

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находился 271 больной, перенесший сосудистые психозы. Все больные были исследованы с помощью психопатологического, клинико-катамнестического, психологического методов. Использовались методы математической статистики, в том числе факторный анализ.

Нами был проанализирован катамнез лиц, перенесших сосудистые психозы. Пациенты с сосудистыми психозами находились под нашим наблюдением 7 лет. На протяжении этого времени им ежегодно проводили исследование с помощью MMSE.

Катамнез показал невысокий уровень трансформации тревожных сосудистых расстройств в деменцию (деменция у 5 человек – 6%), также достаточно низкую трансформацию депрессивных сосудистых психозов в деменцию (деменция у 11 человек – 17%), выявил наиболее низкую трансформацию истерической сосудистой депрессии в деменцию (деменция у 1 человека – 3,7%), достаточно зна-

чительную трансформацию спутанности сознания в деменцию (деменция у 18 человек – 38%), наиболее выраженную трансформацию галлюцинаторно-параноидных расстройств в деменцию (деменция у 29 человек – 60%).

С целью выявить факторы, играющие роль в возникновении деменции проведен патопсихологический анализ пациентов с сосудистыми психозами. Всем исследуемым пациентам, страдающим сосудистыми психозами, за исключением пациентов с помраченным сознанием, было предложено исследование методом СМИЛ. При этом 87 пациентов, ссылаясь на состояние здоровья, отказались принять участие в исследовании. С помощью метода СМИЛ было исследовано 136 пациентов. При исследовании пациентов с тревожными сосудистыми расстройствами методом СМИЛ в 73% случаев отмечались значительные завышения показателей 7-й шкалы ( $75T \pm 0,5$ ), 1-й шкалы ( $71T \pm 0,3$ ), 2-й шкалы ( $70T \pm 0,4$ ) и 6-й шкалы ( $73T \pm 0,5$ ).

Данные лица отмечались персеверативным мышлением, склонностью к повторам и застреванию, их внимание аутохтонно колебалось, но, обладая высоким чувством долга, они компенсировали истощаемость внимания перепроверкой сделанного. Привычка к уточняющим действиям нередко начинала носить навязчивый характер. Избыточная самокритичность, обязательность, повышенная тревожность в отношении мелких житейских проблем, рефлексивность значительно осложняли жизнь больных. Но более всего обращала на себя внимание патологически выраженная тревога за судьбу близких.

Вместе с тем этим лицам были присущи ипохондричность, догматизм, ханжество, их мышление было инертным. В межличностных контактах выражена осторожность, дидактичность, назидательность, очевидно привнесенные органической патопластикой, что отражалось в сочетании высоких 1-й, 2-й и 6-й шкал. В 27% случаев отмечалось завышение баллов лишь по 7-й и 4-й шкалам.

В 61% случаев у пациентов с депрессивными расстройствами сосудистого генеза отмечались высокие 2-я ( $77T \pm 3$ ), 1-я ( $71T \pm 0,3$ ), 7-я ( $75T \pm 0,4$ ) и 0-я ( $70T \pm 1$ ) шкалы при низкой 9-й шкал ( $45T \pm 2$ ).

Исследование выявляет у больных пессимистическое устремление в будущее, сочетающееся с педантизмом, догматическим стилем мышления, требовательностью к себе и к другим в вопросах морали, долга, ответственности. При высокой исполнительности, прин-

ципиальности и честности эти лица проявляли мелочный деспотизм по отношению к членам своей семьи и сотрудникам. Они вызвали недовольство окружающих назидательными высказываниями, их брюзгливость и постоянное недовольство сочетались с внутренней ранимостью и беспомощностью.

В 39% случаев у пациентов отмечалось доминирование 2-й шкалы в сочетании с 4-й, 6-й и 9-й. У данных пациентов также превалировало паническое настроение, однако тип реагирования был стеническим, что клинически отражалось в дисфорическом, брюзгливом характере настроения, очевидно, привнесеном дисциркуляторной энцефалопатией.

У пациентов с истерической депрессией сосудистого генеза, исследуемых методом СМЛ, отмечались высокие показатели 3-й шкалы ( $77T \pm 0,5$ ) в сочетании с высокой 1-й ( $70T \pm 0,3$ ) и относительно низкой 2-й шкалой ( $63T \pm 0,2$ ).

У обследуемых выявились трудности адаптации, хронически пониженное настроение в связи с негативными переживаниями, чрезмерным вниманием к функционированию организма, ипохондричность, иждивенческие тенденции, склонность к «самовзвинчиванию» в конфликтных ситуациях, эгоцентризм, стремление маскировать несостоятельность в устранении существующих проблем наличием у них болезни, так называемое «бегство в болезнь».

В 82% случаев у исследуемых нами больных, не смотря на выраженную галлюцинозную-параноидную симптоматику, отмечались низкие показатели 8-й шкалы ( $30T \pm 0,5$ ), сочетающиеся с высокими показателями 6-й шкалы ( $75T \pm 0,3$ ).

Обследование свидетельствовало о том, что у данных лиц небогатая фантазия, они практичны, трезво и шаблонно мыслят. У обследуемых преобладал здравый смысл, отмечалась трезвая оценка житейских ситуаций, рациональный подход к решению проблем, что свидетельствовало об отсутствии эндогенного процесса. Повышение по 6-й шкале отражало органический характер болезненных проявлений, выражающихся клинически в ригидности, сверхобщительности, застревании на негативных переживаниях.

Для уточнения факторов, способствующих возникновению деменции, был проведен факторный анализ. Неврологические факторы, способствующие возникновению деменции, нами не учитывались. Учитывались следующие факторы: спутанность сознания (фактор 1), галлюцинозную-параноидную симптоматику (фактор 2), тревога психотического уровня (фактор 3), депрессия психотического уровня (фактор 4), диссоциативные расстройства (фактор 5), тревожно-мнительный профиль личности (фактор 6), циклоидный профиль личности (фактор 7), шизоидный профиль

личности (фактор 8), возникновение заболевания в возрасте до 40 лет (фактор 9), возникновение заболевания в возрасте до 50 лет (фактор 10), возникновение заболевания в возрасте до 60 лет (фактор 11), возникновение заболевания в возрасте после 60 лет (фактор 12), длительное психотическое расстройство до 3 месяцев (фактор 13), длительное психотическое расстройство до 6 месяцев (фактор 14), длительное психотическое расстройство до 1 года (фактор 15), длительное психотическое расстройство свыше 1 года (фактор 16), однократный психотический эпизод (фактор 17), рецидивирующий психотический эпизод (фактор 18), женский пол (фактор 19), мужской пол (фактор 20), проживание больного в экологически чистых регионах (фактор 21), проживание больного в промышленных регионах (фактор 22), истероидный преморбид (фактор 23), циклоидный преморбид (фактор 24), гипертивный преморбид (фактор 25), шизоидный преморбид (фактор 26), истероидный преморбид (фактор 27), эпилептоидный преморбид (фактор 28), невропатия (фактор 29), психические травмы (фактор 30), хроническая соматическая патология (фактор 31), подростковые девиации (фактор 32), фактор угрозы материальному благополучию (33), конфликты в семье (фактор 34), коморбидная цереброваскулярная патология (фактор 35), проживание в одиночестве (фактор 36), наличие семьи (фактор 37).

Нами была проанализирована группа сосудистых психозов с помраченным (спутанным) сознанием (48 чел.). Всем пациентам назначались ноотропы, вазопротекторы, а также (по показаниям) психотропные средства. В 25% случаев вазопротекторы и ноотропы назначали в первый день возникновения спутанности, в 15% – во второй день по в 30% – в течение первой недели, в 25% – на протяжении второй недели, в 5% – на третьей неделе. Отмечалось достоверно лучший исход при назначении ноотропов в первые 2 дня от начала заболевания ( $p \leq 0,001$ ).

98 пациентов с психотическими расстройствами сосудистого генеза пожелали принять участие в когнитивно-поведенческих и рационально-эмотивных тренингах. Данным пациентам наряду с массивным лечением ноотропами, проводились эти тренинги. Они способствовали компенсации рефлексии, приводили к осознанию базовых, исходных представлений о себе и о мире, а также способствовали компенсации эмоциональной сферы больного. Во время тренингов пациентам предлагали выражать тепло и симпатию, вызывать проявление гнева, поощрялось интенсивное выражение чувства вины и печали, обсуждалась потребность в страдании, интенсивно проводили занятия по развитию памяти (обучение иностранным языкам, игре в шахматы, запоминание отрывков из книг и журналов и т.д.).

У 57 лиц (59%) применялся краткосрочный вариант когнитивно-поведенческой психотерапии (2 раза в неделю на протяжении 2 месяцев), у 41 человека (42%) – долгосрочное лечение (2 года).

Для объективного уточнения эффективности лечения пациенты обследовались с помощью НАМ-24 при первом контакте с врачом и после окончания программы.

Занятие проводили в малых группах по 4 – 6 человек, что давало большую возможность детально разобраться в проблемах каждого участника. Высокий эмоциональный накал, возникающий при проведении занятия, получал разрядку во время выполнения двигательных упражнений. На каждом занятии проводились различные тренинги, в том числе тренинги, позволяющие выразить симпатию или антипатию, чувство обиды или прощения, а также тренинги, направленные на улучшение когнитивных функций. В конце занятия пациентов обучали базовым техникам самогипноза, аутогенной тренировки. До занятия с каждым из пациентов индивидуально проводилась беседа о состоянии здоровья, о его проблемах. Тренинги проводились по следующей схеме.

На вводном занятии проводилось знакомство со всеми членами группы. Психотерапевт кратко рассказывал им о задачах и методах групповой психотерапии, обсуждал и корректировал план бесед, которые хотели бы прослушать пациенты.

Предлагалась 5-минутная разминка, во время которой пациенты обменивались репликами на свободную тему.

В течение 30 минут проводилась беседа с пациентами, направленная на выработку позитивного отношения к жизни, предлагалась для прослушивания какая-либо из ниже приведенных тем: «Взаимоотношение детей и родителей», «Взаимоотношение пожилых людей и молодежи», «Нарушения сна», «Здоровый образ жизни» и т.д. Тематика бесед обсуждалась с пациентами и включала индивидуально значимые темы. Опыт показал, что беседа с каждым пациентом не должна продолжаться более 5 минут, в противном случае внимание пациентов рассеивалось, появлялось утомление. К тому же каждый из пациентов хотел принять участие в беседе, детально излагал свое видение проблемы, приводил примеры из собственного опыта. Пациенты с огромным удовольствием выступали, поэтому приходилось придерживать 5-минутного регламента, чтобы не затягивать эту часть занятия.

Последующие 30 минут проигрывалась пантомимическая миниатюра на бытовую тему, предложенную участниками, в основном направленную на прощение обид.

15 минут отводилось на то, чтобы закончить начатые психотерапевтом фразы, например: «У меня болит...» или, напротив, «У меня не болит...».

В заключение проводилась аутогенная тренировка по Шульцу (АТ), при этом для релаксации использовалась техника первой ступени (АТ-1).

Домашние задания, предлагаемые пациентам, были разнообразны: к ним относилось либо закрепление АТ, либо составление рассказов на тему: «Жизнь должна быть справедливой», «В моей жизни не должно быть горя и разочарования», «Дети должны ценить своих родителей», «Я должен жить долго». Домашние задания обязательно обсуждались на последующем занятии.

При первоначальном обследовании пациентов по методу НАМ-24 выявлялись следующие данные, а именно: пониженное настроение ( $4\pm 0,3$ ); чувство вины ( $3\pm 1$ ); суицидальные тенденции ( $3\pm 0,5$ ); ранняя бессонница ( $2\pm 0,3$ ); средняя бессонница ( $2\pm 0,1$ ); поздняя бессонница ( $2\pm 0,3$ ); работа и другая деятельность ( $3\pm 0,4$ ); заторможенность ( $2\pm 0,5$ ); возбуждение ( $2\pm 0,4$ ); психическая тревога ( $4\pm 0,3$ ); соматическая тревога ( $4\pm 0,5$ ); желудочно-кишечные соматические симптомы ( $2\pm 0,2$ ); общие соматические симптомы ( $2\pm 0,3$ ); расстройства половой сферы ( $2\pm 0,2$ ); ипохондрия ( $3\pm 1$ ); потеря веса ( $1\pm 0,5$ ); критика к болезни ( $1\pm 0,5$ ); суточные колебания (0); деперсонализация и дереализация (0); паранойяльные симптомы (0); симптомы обсессивно-компульсивного расстройства ( $1\pm 0,5$ ); чувство беспомощности ( $3\pm 0,5$ ); чувство безнадежности ( $4\pm 0,3$ ); чувство малоценности ( $1\pm 0,4$ ).

По окончании краткосрочного психотерапевтического курса лечения проводилось повторное обследование методом НАМ-24. При этом выявились следующие данные: пониженное настроение ( $2\pm 0,2$ ); чувство вины ( $1\pm 0,3$ ); суицидальные тенденции (0); ранняя бессонница ( $1\pm 0,3$ ); средняя бессонница ( $2\pm 0,1$ ); поздняя бессонница ( $2\pm 0,2$ ); работа и другая деятельность ( $2\pm 0,3$ ); заторможенность (0); возбуждение ( $1\pm 0,3$ ); психическая тревога ( $3\pm 0,3$ ); соматическая тревога ( $3\pm 0,5$ ); желудочно-кишечные соматические симптомы (0); общие соматические симптомы ( $1\pm 0,5$ ); расстройства половой сферы ( $2\pm 0,2$ ); ипохондрия (2); потеря веса (0); критика к болезни (0); суточные колебания (0); деперсонализация и дереализация (0); паранойяльные симптомы (0); симптомы обсессивно-компульсивного расстройства ( $1\pm 0,5$ ); чувство беспомощности (1); чувство безнадежности (2); чувство малоценности (0).

Повторное обследование методом НАМ-24 проводилось также по окончании длительного психотерапевтического курса лечения. При этом выявились следующие данные: пониженное настроение (1); чувство вины (0); суицидальные тенденции (0); ранняя бессонница (1); средняя бессонница (1); поздняя бессонница (2); работа и другая деятельность (1); заторможенность (0); возбуждение (0); психическая

тревога (2); соматическая тревога (2); желудочно-кишечные соматические симптомы (0); общие соматические симптомы (1); расстройства половой сферы (1); ипохондрия (1); потеря веса (0); критика к болезни (0); суточные колебания (0); деперсонализация и дереализация (0); паранойяльные симптомы (0); симптомы обсессивно-компульсивного расстройства (1); чувство беспомощности (1); чувство безнадежности (2); чувство малоценности (0).

Путем сложных процедур многофакторного анализа были выделены относительно независимые кластеры, способствующие возникновению деменции: наличие спутанности сознания, наличие галлюцинаторно-параноидной симптоматики, раннее возникновение психопатологии, длительность психопатологии свыше года, проживание в экологически неблагоприятном регионе, проживание в одиночестве.

Выявлено достоверное уменьшение выраженности депрессии после проведения когнитивно-бихевиоральной психотерапии. При этом сравнение эффективности в результате проведения кратковременных и долгосрочных курсов когнитивно-бихевиоральной психотерапии выявило достоверно более высокую эффективность при проведении долгосрочных курсов ( $p \leq 0,001$ ). У пациентов наиболее значительно уменьшилось пониженное настроение, чувство вины, суицидальная тенденция, заторможенность, соматическая тревога, желудочно-кишечные соматические симптомы, чувство беспомощности, безнадежности и малоценности.

**Перспективы данного исследования:** разработать методику кратковременных курсов психотерапии при лечении депрессии.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. **Абрамова Н.Н.** Магнитно-резонансная томография и магнитно-резонансная ангиография сосудистых структур / Н.Н. Абрамова, О.И. Беличенко // Вестник рентгенологии и радиологии. – 1997. – №2. – С. 50 – 54.
2. **Авербух Е.С.** Острые сосудистые психозы / Е.С.

- Авербух. – Ленинград: Полиграфкнига, 1946. – 150 с.
3. **Штернберг Э.Я.** Геронтологическая психиатрия / Э.Я. Штенберг. – М.: Медицина, 1977. – 216 с.
4. **Baron J.C.** Pathophysiology of acute cerebral ischemia: PET studies in humans / J.C. Baron // Cerebrovasc Ais.1. – 1991. – Supl.1. – P. 22 – 31.

**Казакова С.Е., Бондарь Р.Б.** Прогнозирование и лечение сосудистых расстройств // Украинский медицинский альманах. – 2011. – Том 14, № 1. – С. 100-103.

С помощью многофакторного анализа были выделены относительно независимые кластеры, способствующие возникновению деменции: наличие спутанности сознания, наличие галлюцинаторно-параноидной симптоматики, раннее возникновение психопатологии, длительность психопатологии свыше года, проживание в экологически неблагоприятном регионе, проживание в одиночестве.

Выявлено достоверное уменьшение выраженности депрессии после проведения когнитивно-бихевиоральной психотерапии. При этом сравнение эффективности в результате проведения кратковременных и долгосрочных курсов когнитивно-бихевиоральной психотерапии выявило достоверно более высокую эффективность при проведении долгосрочных курсов ( $p \leq 0,001$ ).

**Ключевые слова:** сосудистые психозы, лечение, прогнозирование.

**Казакова С.С., Бондар Р.Б.** Прогнозування та лікування судинних розладів // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 1. – С. 100-103.

З допомогою багатфакторного аналізу було виявлено відносно незалежні кластери, що сприяють виникненню деменції: наявність сплутаності свідомості, наявність галюцинаторно-параноїдної симптоматики, раннє виникнення психопатології, тривалість психопатології більше року, проживання в екологічно несприятливому регіоні, проживання у самотності.

Виявлено достовірне зменшення вираженості депресії після проведення когнітивно-біхевіоральної психотерапії. При цьому порівняння ефективності в результаті проведення короточасних та довготривалих курсів когнітивно-біхевіоральної психотерапії виявило достовірно вищу ефективність при проведенні довготривалих курсів ( $p \leq 0,001$ ).

**Ключові слова:** судинні психози, лікування, прогнозування.

**Kazakova S.E., Bondar R.B.** Anticipation and treatment of vascular disorders // Український медичний альманах. – 2011. – Том 14, № 1. – С. 100-103.

With the help of multivariate analysis relatively independent clusters which stimulate the rise of dementia were identified: the presence of confusion, the presence of hallucinatory-paranoid symptoms, early occurrence of psychopathology, duration of psychopathology over a year, living in ecologically unfavorable regions, living alone. A significant reduction in severity of depression after cognitive-behavioral psychotherapy conduction was detected. At the same time the comparison of efficiency as a result of short-and long-term course of cognitive-behavioral therapy showed a significantly higher efficiency in carrying out long-term rates ( $p \leq 0,001$ ).

**Key words:** vascular psychosis, treatment, prognosis.

Надійшла 22.11.2010 р.  
Рецензент: проф. Ю.Г.Бурмак