

И. Е. Гончарова, *внештатн. науч. сотрудн. отдела неотложной психиатрии и наркологии ИИПН АМНУ*
Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины (г. Харьков)

**ИЗМЕНЕНИЕ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ
ВСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ
В ПРОЦЕССЕ ЛЕЧЕНИЯ МЕТОДОМ КРАНИОЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГИПОТЕРМИИ
(по данным психодиагностического исследования)**

В структуре цереброваскулярных заболеваний в последнее время все больший удельный вес приобретают хронические формы, в том числе дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ), прогрессивное течение которой способствует развитию выраженных нервно-психических нарушений и приводит к инвалидизации больных.

Диапазон психических расстройств при гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии весьма широк — от астенических состояний до слабоумия [1, 2]. Выраженность когнитивных нарушений при сосудистом поражении головного мозга варьирует от минимальных расстройств до деменции и определяется целым рядом факторов, в т. ч. и возрастом больных [3, 4].

Предпосылкой эффективности краниоцеребральной гипотермии (КЦГ) при психических нарушениях при ДЭ послужил тот факт, что в отличие от неврологических нарушений возникновение психических расстройств больше связано с общемозговыми, чем с локальными механизмами [5].

Краниоцеребральная гипотермия как метод лечения относится к группе так называемых «активных» методов. При применении КЦГ происходит стимуляция регуляторных механизмов в зависимости от состояния температурного гомеостаза, а реакция организма в ответ на КЦГ носит универсальный адаптивный характер [6, 7]. Применение краниоцеребральной гипотермии в психиатрической практике показало терапевтическую эффективность данного метода лечения при широком спектре психической патологии [6, 8].

С целью изучения динамики расстройств памяти и внимания, а также подтверждения результатов клинического наблюдения больных было проведено психодиагностическое исследование (заучивание 10 слов, таблицы Шульте, методика САН) [9].

До лечения у больных обеих групп отмечались сниженные показатели кратковременной памяти, продуктивности запоминания и отсроченного воспроизведения. Результаты выполнения методики «заучивание 10 слов» приведены в таблице 1.

После лечения улучшение памяти произошло в обеих группах, но в основной оно было более выраженным. У больных органическим эмоционально лабильным расстройством кратковременная память после лечения повысилась до $5,5 \pm 0,4$ слова ($p < 0,02$), органическим депрессивным расстройством до $5,3 \pm 0,4$ слова ($p < 0,05$), органическим бредовым расстройством до $5,1 \pm 0,4$ слова ($p < 0,02$). Улучшилось также отсроченное воспроизведение: у больных органическим эмоционально лабильным расстройством до $7,8 \pm 0,6$ слова ($p < 0,05$), органическим депрессивным расстройством до $7,2 \pm 0,4$ слова ($p < 0,001$), органическим бредовым расстройством до $7,6 \pm 0,7$ слова ($p < 0,05$). Продуктивность запоминания повысилась менее значительно: у больных органическим эмоционально лабильным расстройством до $35,2 \pm 2,1$ слова ($p > 0,05$), органическим депрессивным расстройством до $34,9 \pm 2,1$ слова ($p > 0,05$), органическим бредовым расстройством — до $34,4 \pm 2,6$ слова ($p > 0,05$). Результаты выполнения методики заучивания 10 слов в контрольной группе достоверно ниже, чем в основной (см. табл. 1).

Таблица 1

Изменение объема памяти у больных в процессе лечения (по данным методики «заучивание 10 слов»)

Заучивание 10 слов	Основная группа (n = 47)						Контрольная группа (n = 30)					
	Органическое эмоционально лабильное расстройство (n = 17)		Органическое депрессивное расстройство (n = 21)		Органическое бредовое расстройство (n = 9)		Органическое эмоционально лабильное расстройство (n = 10)		Органическое депрессивное расстройство (n = 12)		Органическое бредовое расстройство (n = 8)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
1 предъявление	4,7±0,5	5,5±0,4 <i>p</i> < 0,02	4,6±0,5	5,3±0,4 <i>p</i> < 0,05	3,6±0,9	5,1±0,4 <i>p</i> < 0,02	4,5±0,2	4,8±0,3 <i>p</i> < 0,1	4,15±0,2	4,54±0,3 <i>p</i> < 0,1	3,8±0,2	4,7±0,3 <i>p</i> < 0,1
2 предъявление	6,1±0,7	6,7±0,5	5,9±0,6	6,4±0,6	5,7±0,6	6,4±0,3	5,7±0,3	6,1±0,3	5,08±0,2	5,4±0,2	5,1±0,6	5,6±0,3
3 предъявление	6,8±0,9	7,3±0,6	7,3±0,6	7,1±0,5	6,4±0,8	6,9±0,6	6,7±0,2	6,9±0,2	6,08±0,5	6,2±0,4	6,3±0,6	6,3±0,3
4 предъявление	7,7±0,8	8,2±0,6	7,4±0,5	7,9±0,5	6,8±1,4	7,9±0,8	7,1±0,3	7,5±0,3	7±0,4	7,08±0,4	6,7±0,3	7±0,3
5 предъявление	8,2±0,6	8,6±0,6	7,4±0,6	8,1±0,5	7,1±1,4	8,1±0,9	7,6±0,2	7,5±0,3	7,2±0,4	7,3±0,4	7,1±0,4	7,3±0,4
Через 1 час	6,1±0,7	7,8±0,6 <i>p</i> < 0,05	4,9±0,8	7,2±0,4 <i>p</i> < 0,001	5,3±0,4	7,6±0,7 <i>p</i> < 0,05	5,2±0,7	6,9±0,9 <i>p</i> < 0,05	4,3±0,6	5,8±0,5 <i>p</i> < 0,05	5,1±0,5	6±0,5 <i>p</i> < 0,05
Общее количество слов	33,5±3,1	35,2±2,1 <i>p</i> > 0,05	31,8±2,7	34,9±2,1 <i>p</i> > 0,05	29,6±4,5	34,4±2,6 <i>p</i> > 0,05	33,4±0,6	34,7±1,1 <i>p</i> > 0,1	30,7±1,9	31,8±1,4 <i>p</i> > 0,1	30,9±2	32,9±1,5 <i>p</i> > 0,1

Примечание. Здесь и далее в таблицах *p* — сравнение результатов до и после лечения в каждой группе

Для определения устойчивости внимания и динамики работоспособности использовались таблицы Шульте.

До лечения концентрация внимания у больных обеих групп характеризовалась сниженными показателями, наличием медленного темпа вработываемости, быстро нарастающей истощаемостью внимания и утомлением. Об этом свидетельствует увеличение времени, затраченного на последние таблицы.

Результаты выполнения методики «таблицы Шульте» представлены в таблице 2.

После лечения на одну таблицу затрачивалось: больными органическим эмоционально лабильным

расстройством от $47,1 \pm 4,1$ с до $51,7 \pm 4,9$ с, в среднем $51,4 \pm 3,4$ с ($p < 0,002$), органическим депрессивным расстройством от $54,7 \pm 6,9$ с до $56,5 \pm 6,8$ с, в среднем $55,4 \pm 6,6$ с ($p < 0,05$), органическим бредовым расстройством от $52,6 \pm 5,5$ с до $56,8 \pm 4,9$, в среднем $55,1 \pm 3,9$ с ($p < 0,05$). Разница во времени, затраченном на первые и последние таблицы меньше, чем до лечения, что свидетельствует об улучшении концентрации внимания, вработываемости и уменьшении утомляемости.

У больных контрольной группы показатели внимания также улучшились, но не столь значительно. Достоверность результатов в контрольной группе ниже.

Таблица 2

Динамика показателей устойчивости внимания у больных основной и контрольной групп в процессе лечения (по данным методики «таблицы Шульте»)

Время, затраченное на таблицы Шульте, с.	Основная группа (n = 47)						Контрольная группа (n = 30)					
	Органическое эмоционально лабильное расстройство (n = 17)		Органическое депрессивное расстройство (n = 21)		Органическое бредовое расстройство (n = 9)		Органическое эмоционально лабильное расстройство (n = 10)		Органическое депрессивное расстройство (n = 12)		Органическое бредовое расстройство (n = 8)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
1 таблица	56,9 ± 5,9	47,1 ± 4,1	65,4 ± 8,4	54,7 ± 6,9	57,6 ± 5,7	52,6 ± 5,5	57 ± 3,4	53,9 ± 3,8	65,1 ± 5,8	60,8 ± 5,6	57,5 ± 4,1	53,8 ± 4,1
2 таблица	58,8 ± 4,3	51,8 ± 4,2	63,5 ± 8,5	55 ± 6,4	56,7 ± 3,4	54,6 ± 4,3	57,8 ± 2,9	56,6 ± 3,1	65,8 ± 5,2	61,3 ± 5,3	57,3 ± 3,5	55,5 ± 4,2
3 таблица	58,5 ± 2,8	53,2 ± 4,6	61 ± 7,05	54,9 ± 6,8	55,6 ± 3,9	55,6 ± 4,6	58,7 ± 3,1	55,5 ± 3,2	63,7 ± 4,6	62 ± 4,8	56,4 ± 3,4	55,4 ± 2,9
4 таблица	61,4 ± 3,5	53 ± 5,8	69,1 ± 5,4	56,2 ± 6,9	63 ± 4,8	55,9 ± 4,9	62 ± 3,4	57,7 ± 2,7	68,6 ± 4,7	64,1 ± 4,8	62,5 ± 4,4	57,8 ± 3,9
5 таблица	62,8 ± 3,9	51,7 ± 4,9	70,3 ± 5,8	55,4 ± 6,6	68,6 ± 5,7	56,8 ± 4,9	63,2 ± 2,9	57,7 ± 2,7	71 ± 4,6	64,7 ± 5	67 ± 4,5	60,6 ± 4,1
В среднем на каждую таблицу	59,7 ± 2,9	51,4 ± 3,4 $p < 0,002$	65,9 ± 6,5	55,4 ± 6,6 $p < 0,05$	60,3 ± 2,4	55,1 ± 3,9 $p < 0,05$	59,7 ± 2,9	56,3 ± 2,9 $p > 0,1$	66,8 ± 4,8	62,6 ± 4,8 $p > 0,1$	60,2 ± 3,6	56,6 ± 3,7 $p > 0,1$

Для оперативной оценки самочувствия, активности и настроения использовался опросник САН. Результаты заполнения опросника больными основной и контрольной групп приведены в таблице 3.

До лечения у больных органическим эмоционально лабильным расстройством были отмечены средние показатели. У больных органическим депрессивным

расстройством и органическим бредовым расстройством — низкие показатели.

После лечения методом КЦГ показатели повысились по всем шкалам, и составили: у больных органическим эмоционально лабильным расстройством — самочувствие $54,05 \pm 2,57$ балла ($p < 0,001$), активность $56,94 \pm 3,4$ балла ($p < 0,001$), настроение $55,82 \pm 2,52$ балла

Таблица 3

Динамика состояния больных по результатам опросника САН

	Основная группа (n = 47)						Контрольная группа (n = 30)					
	Органическое эмоционально лабильное расстройство (n = 17)		Органическое депрессивное расстройство (n = 21)		Органическое бредовое расстройство (n = 9)		Органическое эмоционально лабильное расстройство (n = 10)		Органическое депрессивное расстройство (n = 12)		Органическое бредовое расстройство (n = 8)	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Самочувствие	33,6 ± 5,6	54,1 ± 2,6 $p < 0,001$	23,6 ± 4,6	43,7 ± 4,8 $p < 0,001$	23,4 ± 11,4	38,2 ± 6,7 $p < 0,05$	32,3 ± 5,8	45,9 ± 4,4 $p < 0,002$	23,7 ± 7,7	35,3 ± 7,7 $p < 0,05$	22,3 ± 7	29,9 ± 5,7 $p > 0,1$
Активность	42,6 ± 6,7	56,9 ± 3,4 $p < 0,001$	29,5 ± 7,1	44,8 ± 4,9 $p < 0,002$	21,22 ± 7,9	38,4 ± 7,9 $p < 0,01$	40,3 ± 7,1	48,4 ± 5,9 $p > 0,05$	25,6 ± 9,5	34,7 ± 7,5 $p > 0,1$	26,8 ± 9,2	34,5 ± 7,6 $p > 0,1$
Настроение	32,1 ± 6,9	55,8 ± 2,6 $p < 0,001$	27,1 ± 5,3	44,4 ± 5,9 $p < 0,001$	20,4 ± 10,7	37,7 ± 9,5 $p < 0,05$	33,4 ± 9	50,8 ± 3,7 $p < 0,01$	26,1 ± 8,3	39,1 ± 5,9 $p < 0,02$	24,9 ± 7,3	33 ± 8,3 $p > 0,1$

($p < 0,001$) — высокие показатели; у больных органическим депрессивным расстройством: самочувствие $43,71 \pm 4,8$ балла ($p < 0,001$), активность $44,76 \pm 4,94$ балла ($p < 0,002$), настроение $44,38 \pm 5,86$ балла ($p < 0,001$) — средние показатели; у больных органическим бредовым расстройством: самочувствие $38,22 \pm 6,71$ балла ($p < 0,05$), активность $38,44 \pm 7,89$ балла ($p < 0,01$), настроение $37,66 \pm 9,47$ балла ($p < 0,05$) — показатели средние.

После лечения у больных основной группы оценки активности, настроения и самочувствия примерно равны, что свидетельствует об улучшении функционального состояния и уменьшении утомляемости. Улучшение более выражено у больных органическим эмоционально лабильным расстройством и больных органическим депрессивным расстройством.

После лечения у больных контрольной группы показатели также повысились по всем шкалам, но менее выражено. Показатель «настроение» превышает показатели «активность» и «самочувствие», что свидетельствует о сохраняющейся утомляемости. После лечения показатели в контрольной группе ниже чем в основной, ниже также достоверность результатов.

Таким образом, результаты диагностического психологического исследования больных с психическими расстройствами, обусловленными поражением головного мозга вследствие хронической гипертонической дисциркуляторной энцефалопатии, свидетельствуют о том, что применение метода КЦГ в комплексном лечении больных с данной патологией способствует улучшению памяти, в частности, кратковременной памяти, увеличению объема запоминания и отсроченного воспроизведения. После лечения у больных отмечается улучшение показателей устойчивости и концентрации внимания, а также уменьшение истощаемости внимания.

У больных в процессе лечения также улучшились самочувствие, активность и настроение. В процессе лечения изменились не только значения отдельных показателей, но и их соотношение. Оценки активности, настроения и самочувствия примерно равны, что свидетельствует об улучшении функционального состояния и уменьшении утомляемости.

Положительная динамика у больных, получавших в комплексном лечении процедуру КЦГ, достоверно лучше, чем у больных контрольной группы, получавших только медикаментозное лечение.

Список литературы

1. Ушаков Г. К. Пограничные психические расстройства. — М.: Медицина, 1987. — 304 с.
2. Ахмедов Т. И. Особенности психопатологической симптоматики у больных гипертонической болезнью // Український вісник психоневрології. — 1994, вип. 3. — С. 119—122.
3. Захаров В. В., Яхно Н. Н. Нарушения памяти. — М.: — Гэотар-Мед, 2003. — 158 с.
4. Яхно Н. Н., Захаров В. В. Когнитивные и эмоционально-аффективные нарушения при дисциркуляторной энцефалопатии // РМЖ. — 2002. — Т. 10. — № 12—13. — С. 539—542.
5. Морозов Г. В. Руководство по психиатрии. Т. 2. — М.: Медицина, 1988. — 640 с. — С. 5—25.
6. Реминык В. И., Реминык И. В. Краниocereбральная гипотермия в психиатрии. — Харьков: Основа, 1998. — 200 с.
7. Бабийчук Г. А., Марченко В. С., Ломакін І. І. и др. Нейрофизиологические процессы охлажденного мозга. — К.: Наукова думка, 1992. — 208 с.
8. Бачериков А. М. До патогенетичного обґрунтування використання КЦГ в лікуванні травматичної хвороби мозку // Український вісник психоневрології. — 1994, вип. 1. — С. 96—98.
9. Елисеев О. П. Практикум по психологии личности. — СПб.: Питер, 2003. — 199 с.

Надійшла до редакції 22.03.2007 р.

I. Є. Гончарова

**Зміна стану хворих із психічними порушеннями
внаслідок хронічної гіпертонічної дисциркуляторної
енцефалопатії у процесі лікування методом
краниocereбральної гіпотермії
(за даними психодіагностичного дослідження)**

*Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України
(м. Харків)*

У статті подано результати психодіагностичного обстеження хворих із психічними порушеннями внаслідок хронічної гіпертонічної дисциркуляторної энцефалопатії, наведені зміни стану пам'яті та уваги, а також самопочуття, активності, настрою в процесі лікування методом КЦГ. Проведено порівняння з контрольною групою. Обґрунтовано висновок про доцільність застосування КЦГ у хворих з вищезазначеною патологією.

I. E. Goncharova

**Changes in the status of patients with mental disorders caused
by the chronic hypertensive dyscirculatory encephalopathy,
treated using the method of craniocerebral hypothermia
(according to the data of psychodiagnostic studies)**

*Institute Neurology, Psychiatry and Narcology
of the AMS of Ukraine (Kharkiv)*

This paper gives the results of psychodiagnostic examination of patients with mental disorders caused by the chronic hypertensive dyscirculatory encephalopathy. The changes in the state of memory and attention as well as in the state of health, activity and mood during treatment by craniocerebral hypothermia method have been described. These have been compared with those peculiar for the reference group. The findings concerning the expediency of using CCH-method to treat the patients with the above pathology has been substantiated.