

Резюме

Ромаданова О.І. Клітинні механізми прогресування хронічної хвороби нирок: рівень трансформуючого фактора росту (TGF- β 1) залежно від генезу гломерулярних уражень та його динаміка під впливом комплексного лікування.

За результатами клінічного моніторингу 305 хворих з первинними та вторинними гломерулярними ураженнями досліджено закономірності формування рівня трансформуючого фактора росту (TGF- β 1) залежно від генезу гломерулярних уражень і стадії хронічної хвороби нирок та його динаміки під впливом комплексного лікування, яким передбачалося включення у терапію інгібіторів ангіотензинперетворюючого фермента, статинів та кетоаналогу незамінних амінокислот.

Ключові слова: хронічна хвороба нирок, прогресування, клітинні механізми, трансформуючий фактор росту (TGF- β 1).

Резюме

Ромаданова О.И. Клеточные механизмы прогрессирования хронической болезни почек: уровень трансформирующего фактора роста (TGF- β 1) в зависимости от генеза гломерулярных поражений и его динамика под влиянием комплексного лечения.

В результате клинического мониторинга 305 больных с первичными и вторичными гломерулярными поражениями исследованы закономерности формирования уровня трансформирующего фактора роста (TGF- β 1) в зависимости от генеза гломерулярных поражений и стадии хронической болезни почек, а также его динамика под влиянием комплексного лечения, которое предусматривало включение в терапию ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента, статинов и кетоаналога незаменимых аминокислот.

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, прогрессирование, клеточные механизмы, трансформирующий фактор роста (TGF- β 1).

Summary

Romadanova O.I. Cellular mechanisms of progression of chronic kidney disease: level of transforming growth factor (TGF- β 1) depending on genesis of glomerular lesions and its dynamics under the influence of complex treatment.

For the clinical monitoring 305 patients with primary and secondary glomerular lesions patterns of level of Transforming growth factor (TGF- β 1) depending on the genesis of glomerular lesions and stages of chronic kidney disease and its dynamics under the influence of complex treatment are studied, which was supposed to be included in the angiotensin-converting enzyme inhibitor therapy, statins and keto-analogue of essential amino acids.

Key words: chronic kidney disease, progression, cellular mechanisms of Transforming growth factor (TGF- β 1).

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Г.Бурмак

УДК 622.616.32-053.2

ТРЕВОЖНО - ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ИХ ЛЕЧЕНИЕ

Л.М.Савенко, Н.В.Свиридова, Ю.В.Кукурекин,
А.Н.Бушученко

Луганская областная клиническая психоневрологическая
больница

ДУ "НЦРМ АМН України"

Луганская областная клиническая больница

Введение

Проблема депрессивных и тревожных состояний, имеет важное значение для клинической практики [7]. Это обусловлено прежде всего тем, что число депрессий в настоящее время значительно увеличивается: по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), депрессией страдают более 110 миллионов человек в мире - 3-6% в общей популяции [3]. В структуре заболеваемости психическими расстройствами наблюдается рост заболеваемости непсихотическими формами с преобладанием невротических нарушений [2, 4, 5], среди которых весомое место занимают депрессии. Имеет место тенденция к коморбидности депрессивных проявлений с другими группами расстройств, в частности, склонность к "тревожности" депрессии" [3, 8, 10].

Особое значение приобретают тревожно - депрессивные расстройства как синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (страх сексуальной неудачи" - Fear of Sexual Failure), синдром "малого пениса", "дебютантная форма импотенции", преходящие ситуационные нарушения качества эрекции и прочее. При таких расстройствах основными клиническими признаками являются физические и психические симптомы тревоги, являющиеся первичными и обуславливающие клинические сексопатологические проявления, как-то: эректильную дисфункцию той или иной степени выраженности. При таких состояниях на первый план в психическом статусе выдвигаются опасения неудачи - невозможности выполнить половой акт

или неполноценного его осуществления. Эти опасения максимально выражены в обстановке интимной близости, что, как правило, приводит к нарушению эрекции вследствие исчезновения автоматизма, столь необходимого для нормального сексуального контакта. Основные синдромы тревожно-депрессивных расстройств: 1) Симптомы депрессивного спектра [1]: снижение настроения; ангедония; снижение энергичности, которое приводит к повышенной утомляемости и сниженной активности; выраженная утомляемость даже при незначительном усилии; сниженная способность к сосредоточению и вниманию, снижение функции памяти; сниженные самооценка и чувство уверенности в себе; наличие идей виновности и унижения; мрачное и пессимистическое видение будущего; наличие идей или действий по самоповреждению или суициду; нарушения сна: сочетание раннего пробуждения и депрессивных мыслей, хотя иногда имеет место чрезмерная сонливость; состояние психомоторной заторможенности (замедленность движений, мышления) или же, наоборот, состояние ажитации (беспокойство, объективно выражающееся в безостановочной двигательной активности); отсутствие интересов и способности радоваться; депрессивное мышление: мысли, относящиеся к настоящему: больной в любом событии видит только грустную сторону; считает, что ему ничего не удаётся и окружающие видят в нём неудачника; больной не чувствует уверенности в себе и к любому успеху относится скептически; представления о будущем: больной ожидает самого худшего, рисует безнадёжные перспективы, предвидит неудачи на работе, крах в семье и неизбежное разрушение своего здоровья, что сопровождается мыслями о самоубийстве и разработкой соответствующих планов; мысли, посвящённые прошлому: думая о прошлом, больного охватывает необоснованное чувство вины и самобичевания по незначительным поводам; биологические симптомы: потеря аппетита, снижение массы тела, запоры, утрата либидо, аменорея. 2) Симптомы тревожного спектра [1]: привычное ощущение тревожного предчувствия; ощущение тревоги, вызываемое определёнными ситуациями или объектами (внешними по отношению к субъекту), которые в настоящее время не являются опасными; тревога может быть генерализованной и стойкой, но не ограничиваться какими-либо определёнными

средовыми обстоятельствами и даже не возникать с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах (т. е. она является "нефиксированной"); по меньшей мере в течение шести месяцев больной постоянно ощущает выраженную напряжённость, беспокойство, опасения, связанные с предчувствиями грядущих неприятностей в сфере повседневной жизни; усиленное реагирование на любые неожиданности или действия, предпринимаемые с целью вызвать испуг; затруднение сосредоточения внимания, ощущение "пустоты в голове" из-за тревоги и беспокойства; постоянная раздражительность; затруднения засыпания из-за беспокойства; чувствительность к шуму; нарушение сна - невозможность быстрого засыпания, беспокойный кратковременный сон с частыми пробуждениями, отсутствие чувства отдыха утром, "кошмарные" сновидения; чувство головокружения, слабости, неустойчивости; страх сумасшествия, страх утраты самоконтроля или надвигающейся потери сознания; ощущение комка в горле или затруднения при глотании; ощущение "взвинченности", состояния на грани "нервного срыва" или психического напряжения; страх смерти; восприятие окружающих материальных объектов как "ненастоящих" либо ощущение отделённости от собственной личности или нереальности своего пребывания в данный момент в данном месте (дереализация и деперсонализация). 3) Симптомы вегетативного спектра: усиленное или учащенное сердцебиение; потливость; сухость во рту, не обусловленная приёмом дегидратантов; затруднённое дыхание; шум в ушах; карпопедальные спазмы; ощущение дискомфорта в грудной клетке; тошнота и неприятные ощущения в животе; приливы жара или озноб; ощущение онемения или покалывания; мышечное напряжение или боли; двигательное беспокойство и неспособность расслабиться.

К возможным причинам синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи относят(6): боязнь последствий мастурбации (в настоящее время наблюдается гораздо реже, чем раньше); физиологические колебания сексуальных функций; временные ослабления потенции, вызванные физическим и эмоциональным перенапряжением, употреблением алкоголя; ситуационно обусловленные сексуальные дисфункции (интимная близость в несоответствующих условиях); неадекватная

оценка нормальных параметров своих половых функций; негативная оценка сексуальных качеств мужчины его сексуальной партнершей (упреки, оскорбления); наличие истинных сексуальных расстройств, обусловленных иной патологией, и многое другое. Среди внутренних причин, способствующих возникновению синдрома тревожного ожидания, следует назвать тревожно-мнительные черты характера [6].

Механизмы, определяющие развитие симптомов тревоги, имеют полигенный характер [7,11]. В частности, такие пациенты в детстве подвергались психотравмам и были лишены согласованной поддержки со стороны родителей, отмечались частые разводы родителей [9]. Перенесенное в детстве сексуальное насилие коррелирует с более высоким уровнем как депрессивных, так и тревожных симптомов в зрелые годы. Преморбидные личностные особенности больных с тревожными состояниями гетерогенны, и хотя люди, в характере которых присутствуют черты тревожности, особенно склонны к их развитию, подобные расстройства нередко возникают и при обсессивном, зависимом и даже шизоидном типе личности. Существенно повышен риск развития тревожных расстройств у тех, кто постоянно подвергается негативному воздействию вредных социальных факторов, например трудноразрешимых межличностных проблем или неблагоприятных словий жизни.

Тревога является естественной и неотъемлемой частью нашей повседневной жизни. Любой из нас в определенный момент своей жизни может испытывать страх, быть расстроенным или чрезмерно взволнован. Часто тревога является адекватной реакцией в ситуации опасности или осознаваемой угрозы. Тревога - обобщающее понятие, объединяющее комплекс соматических, эмоционально-поведенческих и интеллектуальных проявлений, буквально автоматически возникающих в ситуации опасности. Человек испытывает крайнее напряжение, проявляет беспокойство, теряет возможность концентрировать внимание на чем-нибудь, кроме приближающейся опасности. Головной мозг дает сигнал на выброс гормонов, которые запускают механизм активации симпатической нервной системы.

В связи с тем, что интимная близость представляет собой парный поведенческий акт, успешность которого зависит от каж-

дого из его участников, участие партнерши в процессе лечения синдрома тревожного ожидания чрезвычайно важно и позитивно сказывается на результатах. Пациент должен понимать, что на качество сексуальных контактов влияет не только сексуальная техника. Большую роль играют психологические взаимоотношения между мужчиной и женщиной. В связи с этим в лечении расстройств копулятивной функции используется такой вид психотерапевтического воздействия, как супружеская терапия.

Цели и задачи исследования. Для значительной части населения тревожно-депрессивные нарушения представляют одну из основных причин снижения трудовой продуктивности, заболеваемости, социальной дезадаптации, злоупотребление алкоголем - нарушения качества жизни семьи, в итоге. Поэтому в качестве целей исследования определили изучение эффективности фармакотерапии (наряду с когнитивно-поведенческой терапией), в частности, препарата депривокс у пациентов, страдающих депрессивно-тревожными расстройствами с теми или иными нарушениями со стороны сексуальной сферы.

Материалы и методы исследования

Депривокс - таблетка, покрытая оболочкой и содержащая 100 мг флувоксамина использован в лечении 66 мужчин в возрасте от 28 до 54 лет, страдающих тревожно-депрессивными расстройствами (в основном, с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи). Оптимальный период полувыведения депривокса - 25-26 часов, достаточный для приема однократной суточной дозы, но исключающий риск кумуляции и развития дозозависимых побочных эффектов. Мощность ингибирующего действия на обратный захват серотонина - выраженное тимоаналептическое и анксиолитическое действие. Первые 3-7 дней применяли 50 мг на ночь (по 1/2 таблетки), далее - по 1 таблетке (100 мг) перед сном. Курс лечения составлял два месяца. Параллельно проводилась индивидуальная психотерапия, которая являлась личностно-ориентированной (реконструктивной).

Полученные результаты и их обсуждение

Установлено, что при лечении 48 (72,7%) больных неврозами с тревожно-депрессивными расстройствами купировались симптомы тревожного спектра уже через 7-10 дней

после начала терапии депривоксом. Пациенты становились более активными в процессе психотерапевтического общения. Быстрее и более выражено происходили позитивные изменения в состоянии пациента (уменьшение тревоги, депрессии, соматической симптоматики, увеличение активности, улучшение социального функционирования). Следует отметить, что использование силденафилцитратов на фоне нарушений в психической сфере тревожно-депрессивного характера оказывалось малоэффективным.

Рекомендации применения силденафилцитратов осуществляли сугубо после лечения депривоксом в течение, как минимум, семи дней. Что выводило пациентов на новую качественную ступень в утраченных ими сексуальных возможностях. У 15 больных (22,7%) позитивный результат в восстановлении и качества эрекции наблюдали в более поздние сроки терапии депривоксом через 1 месяц, 3 человека - ещё позже (через 2 месяца).

Таблица 1

Эффективность применения депривокса у больных тревожно - депрессивными расстройствами с копулятивными нарушениями (эректильной дисфункцией)

Всего больных	Купирование тревожно депрессивных расстройств и эректильной дисфункции через		
	7 - 10 дней	1 месяц	более 1 месяца
66 (100,0%)	48 (72,7%)	15 (22,7%)	3 (4,6%)

Выводы

1. Депривокс является эффективным методом лечения депрессивных и тревожных расстройств как в рамках невротоподобных и аффективных патологических состояний в пограничной психиатрии, так и при копулятивных нарушениях психогенного характера.

2. Можно рекомендовать приём депривокса для предупреждения возможной алкоголизации и развития хронического алкоголизма в случаях тревожно-депрессивной симптоматики с эректильной дисфункцией, ведущей к необходимости приёма стимулирующих потенцию средств в виде алкоголя.

3. Принимая во внимание отсутствие побочных эффектов, хорошую переносимость, метод лечения позитивно восприни-

мается пациентами, повышает качество жизни и предоставляет возможность предупреждения привыкания к спиртному.

Литература

1. Андрух П. Г. *Этиология, нейрохимия и клиника современных форм тревожно-депрессивных расстройств* / П.Г. Андрух // *Медицинские исследования*. - 2001. - Вып. 1, т. 1. - С. 109-110.

2. Гельдер М. *Оксфордское руководство по психиатрии. Т.2* / М.Гельдер, Д.Гэт, Р.Мейо ; пер. с англ. - Киев : Сфера, 1999. - 304 с.

3. Голдберг Д. *Психиатрия в медицинской практике* / Д.Голдберг, С.Бенджамин, Ф. ; пер. с англ. - Киев : Сфера, 1999. - С.165, 171-172, 175.

4. Волошин П.В. *Перспективи та шляхи розвитку неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги в Україні* / П.В. Волошин // *Український вісник психоневрології*. - 1995. - Т. 3, вип. 2. - С. 5-7.

5. *Клиническое руководство по психиатрической помощи в практике семейного врача: информационно - скрининговый пакет*. - Киев, 2000. - С. 66, 241.

6. Кочарян Г.С. *Синдром тревожного ожидания неудачи у мужчин* / Г.С.Кочарян // *Материалы научно-практической конференции "Сексуальная культура и сексуальное здоровье нации"*. - М., 2002. - С. 147.

7. Марута Н.А. *Невротическая болезнь* / Н.А.Марута // *Международный медицинский журнал*. - 1997. - Т. 3, № 3. - С.16-19.

8. Михайлов Б. В. *Актуальные проблемы нейронаук в Украине* / Б. В.Михайлов, А. И.Сердюк, В. В.Чугунов // *Вісник психічного здоров'я*. - 1999. - № 4. - С. 5-6.

9. Рачкаускас Г.С. *Сексуальное здоровье и лечение его нарушений* / Г.С.Рачкаускас, Ю.В.Кукурекис. - Луганск, 2008. - 158 с.

10. Синицкий В. Н. *Депрессивные состояния* / В.Н.Синицкий. - Киев : Наукова думка, 1986. - 184 с.

11. Тиганов А. С. / *Руководство по психиатрии: в 2 т.* / А. С.Тиганов. - М.: Медицина, 1999. - Т. 1. - С. 584-585.

Резюме

Савенко Л.М., Свиридова Н.В., Кукурекин Ю.В., Бушученко А.Н. *Тревожно - депрессивные расстройства и их лечение.*

Применение препарата депривокс при лечении депрессивных и тревожных расстройств как в рамках невротоподобных и аффективных патологических состояний в пограничной психиатрии, так и при сексуальных расстройствах (эректильной дисфункции психогенного генеза, прежде всего, - синдрома тревожного ожидания неудачи), оказывает достаточный терапевтический эффект. Лечение позитивно воспринимается пациентами, повышает качество жизни и предоставляет возможность восстановления качества жизни семьи. Эффективность sildenafil- цитратов повышается при предварительном и, в дальнейшем, - сочетанном применении их с депривоксом.

Ключевые слова: тревожно - депрессивные расстройства, лечение, депривокс.

Резюме

Савенко Л.М., Свиридова Н.В., Кукурекин Ю.В., Бушученко А.Н. *Тривожно - депресивні розлади та їх лікування.*

Вживання препарату депривокс при лікування депресивних і тривожних розладів як в рамках невротоподобних і афективних патологічних станів полягань в пограничній психіатрії, так і при сексуальних розладах (еректильній дисфункції психогенного генезу, перш за все, - синдрому тривожного чекання невдачі), надає достатній терапевтичний ефект. Лікування позитивно сприймається пацієнтами, підвищує якість життя і надає можливість відновлення якості життя родини. Ефективність sildenafil- цитратів підвищується при попередньому і, надалі, - поєднаному вживанні їх з депривоксом.

Ключові слова: тривожно - депресивні розлади, лікування, депривокс.

Summary

Savenko L.M., Sviridova N.V., Kukourekina Y.V., Bushuchenko A.N. *Anxiously - depressed disorders and their treatments.*

Preparation application deprivox at treatment of depressive and disturbing frustration as in frameworks affective pathological conditions in boundary psychiatry, and at sexual frustration (erectile dysfunctions psychogenic genesis), first of all, - a syndrome of disturbing expectation of failure), renders sufficient therapeutic effect. Treatment is positively perceived by patients, raises quality of life and gives possibility of restoration of quality of life of a family. Efficiency sildenafil - citrates raises at preliminary and, further, - their application with deprivox.

Key words: anxiously - depressed disorders, their treatments, deprivox.

Рецензент: д.мед.н., проф. Г.С.Рачкаускас

УДК 616.12-008.331.1 : 612.612

**АРТЕРИАЛЬНА ГИПЕРТЕНЗИЯ И
ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ :
ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
КОМОРБИДНОСТИ**

Ю.В. Сидоренко, А.В. Радзиевский, Э.В.Компаниец
ГЗ "Луганский государственный медицинский университет"

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) лидируют среди причин общей смертности населения большинства стран [12]. Украина, к сожалению, в этом списке занимает ведущие позиции. Эректильная дисфункция (ЭД) - это неспособность достигать и/или поддерживать эрекцию, достаточную для удовлетворения сексуальной активности. Это определение более полно и точно характеризует разнообразие выраженных половых нарушений. Оно включает в себя не только неспособность удерживать половой член в состоянии эрекции, но и нарушение оргазма (представляющего собой высшую степень сладострастного ощущения, возникающую в момент завершения полового акта) и ослабление либидо (полового влечения) [5]. ЭД принято разделять на психологическую (психогенную), органическую и смешанную [5]. Причинами психогенной ЭД могут быть депрессия, беспокойство; причинами органической - нейрогенные расстройства (нейромедиаторные нарушения на уровне спинного или головного мозга, травма, миелодисплазия, повреждение межпозвоночных дисков, рассеянный склероз, сахарный диабет с развитием периферической нейропатии, злоупотребление алкоголем, операции на органах таза, гормональный дефицит - низкий уровень тестостерона), артериальные (артериальная гипертензия, курение, сахарный диабет, гиперлипидемия); венозные (функциональное повреждение веноокклюзивного механизма), лекарственные (прием гипотензивных препаратов, антидепрессантов, лютеинизирующего гормона и его аналогов), болезнь Пей-