Литература

1. Andrews D., Bednarz G., Evans J. A review of 3 current radiosurgery systems // Surg Neurol. – 2006. – V. 66. – P. 559 – 564.

2. Dieterich S., Rodgers J., Chan R. Radiosurgery // In: Image-Guided Interventions: T. Peters and K. Cleary (eds). – Springer Science, Business Media LLC. – 2008. – P.461 – 500.

УДК [616.12-039+616.8-009]-08

ТРЕВОГА И ДЕПРЕССИЯ В СТРУКТУРЕ ЕДИНОГО ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМА

С. М. Мороз, И. П. Кущ

ГУ «Украинский государственный научно-исследовательский институт медико-социальных проблем инвалидности МЗО Украины», г. Днепропетровск

Резюме

Обосновано, что в лечении депрессивных и тревожных расстройств в соматическом стационаре наиболее целесообразным является комплексный подход, предусматривающий использование соматофармакотерапии, психофармакотерапии и психотерапии.

Ключевые слова: *тревожные расстройства, депрессивные расстройства, психопатология.*

Summary

Justified that the treatment of depressive and anxiety disorders in somatic hospital is most appropriate to a comprehensive approach involving the use of somatopharmacotherapy, psychopharmacotherapy and psychotherapy.

Key words: *anxiety disorders, depressive disorders, psychopathology.*

Депрессивные и тревожные расстройства – психопатологические состояния, наиболее широко распространенные как в психиатрической практике, так и в практике врача-интерниста. Данные феномены, довольно часто протекающие сочетано, являются наиболее отягощающими факторами течения как соматических, так и психических расстройств. Для более полного понимания квалификации, структуры и коморбидности этих расстройств имеет смысл рассмотрение различных подходов к пониманию нормы и патологии при диагностике психических расстройств.

На сегодняшний день в медицине существует разделение патологических состояний организма на заболевание (disease) и болезнь (illness), что позволяет разделить объективную патологию и субъективное ощущение недомогания или ограничения функции. Для психиатрической науки в любой классификации (МКБ-10, DSM-4) существует только определение психического расстройства (disorders). Это объясняется невозможностью вывести субъективные переживания пациента за рамки диагностических критериев нозологической формы. В связи с этим возникают значительные сложности в объективной психиатрической диагностике, где множество непереносимых психических феноменов, в том числе тревога и депрессия, для окружающих не являются убедительно тяжелыми.

Всемирная организация здравоохранения определяет понятие «здоровье», как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не

просто отсутствие болезни или физического недостатка. Соответственно, болезнь – отсутствие здоровья. Это очень широкое определение и также малоприемлемо для диагностических подходов психиатрии.

Еще один из существующих на сегодня подходов к данной проблеме определяет болезнь через наличие страдания. Это определение обладает практической ценностью, поскольку выделяет группу людей, имеющих повод обратиться к врачу. Тем не менее, этот подход к пониманию психической болезни не позволяет включить весь спектр пациентов, так как многие из них не ощущают себя психически больными, хотя окружающие определяют их состояние как серьезное заболевание.

Последний, наиболее современный подход, определяет психическое заболевание через ее отношение к патологическому процессу (при крайней позиции звучит, как возможность определить болезнь только через наличие субстрата заболевания). Это тоже в значительной степени ограничивает возможности диагностики, так как причины различных психопатологических состояний современной науке неизвестны.

На наш взгляд, наиболее приемлемым на сегодняшний день является определение психической болезни через психопатологию. В этом случае заболевание характеризуется явным нарушением, как отдельных психических функций, так и общей психической продуктивности личности, что определяется в сочетании объективной и субъективной диагностической информации.

В рамках этих рассуждений о норме и патологии возникает вопрос: к какой категории состояний относятся тревожные и депрессивные расстройства, это заболевание или нормальная здоровая реакция на негативные события происходящие в нашей жизни? Ответ на этот вопрос достаточно простой: если тревожные и депрессивные расстройства продолжаются более двух недель, сохраняются постоянно на том же уровне или усугубляются и дезадаптируют человека в социуме, эти состояния требуют обращения к психиатру.

Следующий вопрос, который должен возникнуть, – это вопрос о квалификации уровня тревожных и дерпрессивных расстройств. Следует определить, к какому уровню, невротическому или психотическому, принадлежат данные состояния? Ответ на этот вопрос возможен только при осмотре больного врачом-психи-атром, который сможет дать четкую квалификацию имеющемуся психическому расстройству. В связи с этим, лечение тревожных и депрессивных расстройств в общесоматической сети имеет смысл не более 6–8 недель. Если эти расстройства остаются некурабельными на протяжении этого времени, больной должен в обязательном порядке быть направлен к врачу-психиатру.

Кроме того, сами термины «депрессия» и «тревога» не являются однозначными в понимании и трактовке. Так депрессией могут быть названы: и временное снижение настроения как адаптивная реакция человека на фрустрирующую ситуацию, и устойчивый аффект с тягостными самоощущениями и изменением самопонимания, сопровождающиеся ослаблением витальных побуждений, и симптом, собственно угнетенное настроение (печальное, грустное, тоскливое), и синдром, как сочетание угнетенного настроения с другими симптомами: идеаторной и моторной заторможенностью, специфическими витальными ощущениями, бессонницей, снижением концентрации внимания, снижением чувства эмоционального участия, ангедонией, вегетативными расстройствами, пессимистической направленностью мышления, и психическое заболевание, т.е. достаточно длительное наличие или повторение в развернутом или редуцированном виде данного синдрома с нарушением или снижением уровня социальной адаптации.

К депрессивным симптомам можно отнести: тоскливое настроение, психомоторную заторможенность, снижение когнитивных функций, тревогу, раздражительность, ажитацию, отсутствие интересов и способности радоваться, снижение и/или нарушение сна, потерю аппетита, утрату либидо, аменорею. Таким образом, симптомы депрессии можно разделить на 2 класса: психические и соматические симп-

томы.

МКБ-10 представляет нам депрессивные эпизоды в 3-х формах: легкий, умеренный, тяжелый. Причем только в умеренном депрессивном эпизоде есть деление на виды с учетом наличия или соматической симптоматики. Одной из наиболее актуальных проблем в современной психиатрии является проблема депрессивных состояний, особенно депрессивных состояний как сочетанной патологии с другими симптомакомплексами и заболеваниями.

Тревога является неотъемлемой составляющей клинической картины различных психических, неврологических и соматических заболеваний. Являясь клиническим феноменом психопатологических проявлений, она тесно связана с другими симптомами и, как правило, в наибольшей степени определяет уровень психосоциальной дезадаптации.

Адаптивная роль тревоги характеризуется рядом физиологических сдвигов, подготавливающих организм к быстрому ответу на опасность: увеличивается выброс адреналина, активируется симпатическая система, в результате чего повышается артериальное давление, увеличивается кровоток в мышцах и мозге, в крови повышается уровень глюкозы, чтобы создать этим системам максимально благоприятные условия для деятельности.

Эти и другие физиологические сдвиги носят отчетливый приспособительный характер, но они же при чрезмерной силе и длительности, а также при ослабленности организма могут быть причиной соматических катастроф и заболеваний, прежде всего, сердечно-сосудистой системы: инфаркта, инсульта, гипертонического криза.

Жалобы, которые предъявляют такие больные, часто имеют соматовегетативный характер, что позволяет выставить диагноз вегето-сосудистая дистония. При углубленной беседе с пациентом удается выявить психологические проблемы и лишь 5% пациентов изначально фиксируют свое внимание на конкретных психологических факторах. Они подвергаются многочисленным повторным обследованиям и принимают большое количество разнообразных препаратов.

Неэффективность назначенного лечения вызывает недоверие к конкретному врачу, а существенные различия в схемах лечения и зачастую противоречивые диагнозы разных врачей – неверие в медицину в целом. Не выявленная патологическая тревога приводит к ухудшению психического состояния больного, заметно снижающее толерантность к стрессу, что, в свою очередь, заметно усиливает проявления соматических заболеваний [1, 2].

Итак, тревога – состояние безнадежности, напряженно-беспокойного ожидания будущего. Тревога не имеет явного объекта и осознается как эмоциональное состояние без конкретного содержания. Выделяются нормальные и болезненные тревожные состояния. Тревога считается нормальной реакцией, если она обусловлена конкретной ситуацией и адекватна ей.

Патологическую тревогу пациенты переживают чрезмерно глубоко, тяжело и/или длительно, несоизмеримо с вызвавшими ее причинами, она мешает их нормальной жизнедеятельности.

Критериями тревожных расстройств считают следующие признаки [3; 4]: психические (беспокойство, неуверенность в себе, чувство беспомощности, угрожающей опасности, снижение критического восприятия окружающего); вегетативные (повышение артериального давления, расширение зрачков, сухость во рту, бледность лица, потливость, повышенная раздражительность, нарушение сна и аппетита).

Выделяют непсихотическую и психотическую формы тревоги, которые наблюдаются соответственно при непсихотических и психотических состояниях. К непсихотической может быть отнесена и соматогенная тревога, появляющаяся у больных с тяжелыми соматическими болезнями. Больные постоянно обеспокоены состоянием своего здоровья, настороженно и с повышенным вниманием воспринимают все, что относится к их заболеванию.

Соматогенную тревогу не стоит путать с соматизированной. Больной с соматизированной тревогой предъявляет боль-шое количество соматических жалоб, которые часто неопределенные и переменчивые.

При обследовании соматическая патология не определяется, причиной болезни чаще всего является тревога. В результате возникают диагностические, дифференциально-диагностические и, конечно, терапевтические проблемы.

Общие признаки соматизированной тревоги следующие: повторяющиеся множественные клинически значимые соматические жалобы в драматизированном изложении; появление жалоб в возрасте до 30 лет; поиск помощи у врачей разных специальностей; стремление к обследованиям, в том числе к инвазивным; длительность жалоб не менее двух лет; невозможность объяснить жалобы каким-либо имеющимся заболеванием; неверие в медицину, лечение у различного рода «нетрадиционных» целителей; социальная или семейная дезадаптация [4, 6].

Моноаминовая теория психических расстройств, представленная на рис. 1, демонстрирует биохимические взаимоотношения формирования тревожных и депрессивных феноменов.

Считается, что основным механизмом действия различных антидепрессантов является их взаимодействие с серотонинэргической и норадренэргической системами разной степени выраженности.

Невозможно в полной мере объяснить действие антидепрессантов воздействием на нейромедиаторную передачу в этих системах, так как отсутствуют убедительные доказательства того, что возникновение депрессии и тревоги обусловлены нарушением функционирования нейромедиаторных систем.

Многие ученые склоняются к мнению, что сочетанность депрессии и тревоги в ближайшем будущем станет самой насущной и сложной проблемой врачей-психиатров и еще в большей степени врачей-интернистов.

Лечение тревожных и депрессивных расстройств должно быть комплексным и включать психотерапевтические методы и лекарственные препараты.

Целью нашего исследования явились диагностика различных видов тревоги и депрессии в соматическом стационаре и оценка эффективности терапии тревожных и депрессивных расстройств различными стратегиями организации лечебного процесса.

Рис. 1

Материалы и методы исследования

Исходя из вышеизложенного, была обследована группа больных язвенной болезнью, неосложненной гипертонической болезнью, бронхиальной астмой, находящихся на лечении в терапевтическом стационаре ГУ «Украинский государственный НИИ медико-социальных проблем инвалиности МЗО Украины». Всего было обследовано 98 человек, подписавших информированное согласие на осмотр психиатром, в равном соотношении по указанным терапевтическим диагнозам, жалобы которых включали депрессивные и тревожные симптомы. Из обследованных было отобрано 48 больных с тревожно-депрессивным синдромом, понимающих данную проблему, согласных на медикаментозную или психотерапию данных симптомов. Среди обследованных были 21 мужчина и 27 женщин в возрасте от 43 до 57 лет. Больные были обследованы клинически и психопатологически. Сначала больным был проведен стандартный клинико-психопатологический осмотр, а также оценивалась тревожность по шкале Гамильтона и депрессия по шкале Монтгомери–Асберга для оценки депрессии (MADRS). Эти шкалы наиболее часто применяются в подобных исследованиях, что позволит соотнести с ними наши результаты. В соответствии с результатами проводились медикаментозные назначения, рекомендовалась поддерживающая психотерапия различного направления.

В соответствии с результатами обследования и согласия пациентов на медикаментозную терапию больные были разделены на 2 группы:

1. Группа включала 12 больных, отказавшихся от любого дополнительного медикаментозного лечения, принимавших только традиционные курсы лечения по поводу соматического заболевания и поддерживающую психотерапию в связи с выявленной депрессивной и тревожной симптоматикой;

2. Группа включала 36 больных, с тревожно-депрессивными симптомами, согласившихся на медикаментозную терапию.

В отношении медикаментозной терапии тревоги и депрессии предпочтение было отдано велаксину ретард – мощному противотревожному средству и антидепрессанту третьего поколения, сохраняющего достоинства антидепрессантов 1-го и 2-го поколений, но не имеющего их недостатков:

1. Сочетание селективности и комплексности фармакологического действия (ингибитор обр. захвата серотонина, норадреналина и слабый – допамина);

2. Широкий терапевтический спектр (разные типы депрессий и тревожные расстройства, депрессия коморбидная с соматическими симптомами и тревогой);

3. Быстрое наступление клинического эффекта (4–7 дней);

4. Сопоставимая эффективность с «эталонными» АД и более высокая эффективность по сравнению с СИОЗС;

5. Высокая эффективность при рефрактерных депрессиях;

6. Большая безопасность по сравнению с ТЦА;

7. Большая эффективность по сравнению с ТЦА при долговременной поддерживающей терапии.

Этот выбор обусловлен тем, что данный препарат обладает широким спектром противодепрессивной и противотревожной активности, имеет минимальные побочные реакции и поведенческую токсичность, хорошо сочетается с другими лекарственными препаратами, имеет удобный способ приема – 1 раз в сутки. В зависимости от тяжести психопатологической симптоматики была выбрана суточная дозировка 75 мг или 150 мг.

Результаты исследования и их обсуждение

Клинико-психопатологически у больных были выявлены:

- тревожно-депрессивный синдром с преобладанием тревоги – у 23 больных;
- тревожно-депрессивный синдром с преобладанием депрессии – 25 обследованных.

Результаты обследования больных по шкале тревоги Гамильтона приведены в табл. 1

Как представлено в таблице в обеих группах у 66,7% пациентов выявлен средний уровень тревоги, у остальных уровень тревоги был ниже среднего. Наиболее сильно проявлялся соматический компонент тревоги, что прямо соотносилось с ухудшением актуального соматического состояния, обращением к врачам и пребыванием в стационаре. Эти результаты не имели различий между больными с различными соматическими заболеваниями.

По шкале Монтгомери–Асберга для оценки депрессии (MADRS) не выявлено депрессивной симптоматики у 7 пациентов каждой группы, легкий депрессивный эпизод диагностирован у 5 и 16 пациентов соответственно 1-й и 2-й групп, у 13 пациентов второй группы диагностирован умеренный депрессивный эпизод (табл. 2).

Через 4 недели была проведена повторная оценка тревожности по шкале Гамильтона и депрессии по шкале Монтгомери–Асберга для оценки депрессии (MADRS), результаты представлены в табл. 3 и 4.

У больных первой группы наблюдался значительно более медленный процесс редукции соматических симптомов, значимых улучшений психического состояния в период исследования не наблюдалось. Первые значимые результаты лечения соматической патологии были достигнуты только к концу третьей недели терапии. Течение болезни сопровождалось временными ухудшениями состояния, при ослаблении патологических соматических проявлений к моменту выписки наблюдались сохранность тревожных переживаний и депрессивных симптомов, беспокойство, чувство беспомощности перед болезнью (табл. 3, 4).

У большинства представителей второй группы уже к исходу первой недели терапии наблюдалась редукция психопатологических симптомов, значительное снижение депрессивности и тревожности, что позитивно сказывалось на проведении соматической терапии: практически полностью прекратились приступы и сильные перепады артериального давления, значительно улучшились показатели ЭКГ-обследования, наблюдалось общее улучшение самочувствия. Максимальное улучшение состояния было достигнуто через 4 недели проведения терапии, но оно не достигло положения полного выздоровления (таблицы 3, 4).

Таблица 1

Результаты исследования больных с различными соматическими заболеваниями уровня тревожности с помощью шкалы Гамильтона – HAM-A.

Уровень тревожности	1-я группа, n=12		2-я группа, n=36	
	абс. число	%	абс. число	%
Тревога низкого уровня или не выявлена	4	33,3	12	33,3
Умеренная тревожность	8	66,7	24	66,7
Тревожность высокого уровня	0	0	0	0

Таблица 2

Оценка депрессии у больных с помощью шкалы MADRS для оценки депрессии

Степень выраженности депрессивной симптоматики	1-я группа, n=12		2-я группа, n=36	
	абс. число	%	абс. число	%
Депрессивные тенденции не выражены	7	58,3	7	19,4
Легкий депрессивный эпизод	5	41,7	16	44,5
Умеренный депрессивный эпизод	0	0	13	36,1
Тяжелый депрессивный эпизод	0	0	0	0

Таблица 3

Результаты исследования больных с различными соматическими заболеваниями уровня тревожности с помощью шкалы Гамильтона – HAM-A после проведенной терапии.

Уровень тревожности	1-я группа, n=12		2-я группа, n=36	
	абс. число	%	абс. число	%
Тревога низкого уровня или не выявлена	5	41,7	29	80,6
Умеренная тревожность	7	58,3	7	19,4
Тревожность высокого уровня	0	0	0	0

Таблица 4

Оценка депрессии у больных с помощью шкалы MADRS для оценки депрессии после проведенного лечения

Степень выраженности депрессивной симптоматики	1-я группа, n=12		2-я группа, n=36	
	абс. число	%	абс. число	%
Депрессивные тенденции не выражены	9	75,0	21	58,3
Легкий депрессивный эпизод	3	25,0	15	41,7
Умеренный депрессивный эпизод	0	0	0	0
Тяжелый депрессивный эпизод	0	0	0	0

После прекращения лечения и выписки из стационара наблюдались рецидивы соматических проявлений, которые так и не были исключены. Больным был рекомендован более длительный прием медикаментов (до 6 месяце и более), и после выписки из соматического стационара.

Выводы

- Все больные, имеющие различные соматические жалобы, при которых не обнаруживается субстрат этих жалоб или они не соответствуют по тяжести объективным данным, должны быть осмотрены врачом-психиатром для диагностики наличия психической патологии, сопровождающей соматизированные жалобы больного.
- Следует считать, в лечении депрессивных и тревожных расстройств в соматическом стационаре наиболее целесообразным является комплексный подход, предусматривающий использование сомато-, психофармакотерапии и психотерапии. Подбираемая индивиду-альным образом данная терапия значительно повышает эффективность лечения соматической патологии, удлиняет продолжительность ремиссии, приводит к регрессу психопатологической симптоматики, снижает время пребывания больного в стационаре.
- Венлаксин обладает высокой терапевтической эффективностью в качестве монотерапии тревожных и депрессивных расстройств в соматическом стационаре и в ряде случаев может быть предпочтительным препара-том выбора.
- Полученные клинические изменения, а также изменения уровня тревожности и депрессивности больных при проведении медикаментозной терапии являются объективным подтверждением ее необходимости при различных видах соматической патологии.

Литература

1. Бурчинський С. Г. Нові аспекти фармакотерапії психосоматичної патології // Ліки. – 2004. – №56. – С. 28–32.
2. Мищенко Н. Тревожные расстройства – актуальная проблема медицины // Здоров'я України. – 2006. – № 18 (151). – С. 49.

3. Мищенко Н. Тревожные расстройства: прерогатива терапевтов или психиатров? // Здоров'я України. – 2006. – № 13–14 (146–147). – С. 1–3.

4. Подкорытов В. С., Серикова О. И. Пароксетин в терапии тревожных и депрессивных расстройств у соматических больных // Medicus Amicus. – 2006. – №1. – С. 8–9.

5. Сергеев И. И. Психофармакотерапия невротических расстройств // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т.5. – № 6. – С. 1–14.

6. Goddard AW, Mason GF, Almai A. at al. // Archives Gen Psychiatry 2001; 58: 556.

УДК 616.717.5+616.433] – 001 – 089.23 – 053.9

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ДИСТАЛЬНОГО МЕТАЭПИФИЗА ЛУЧЕВОЙ КОСТИ

Л. Ю. Науменко[1], А. А. Винник[2], О. В. Погребной[3]

[1] ДЗ «Днепропетровская государственная медицинская академия»
[2]Городская клиническая больница № 2, г. Днепропетровск
[3]Днепропетровский национальный университет

Резюме

Проведено порівнювальний аналіз лікування переломів дистального метаепіфіза променевої кістки з урахуванням інтенсивності травмуючого фактора. Вивчен вплив часу звернення за медичною допомогою на результати лікування. Визначено негативний вплив відкладеного звернення за кваліфікованою допомогою на результати лікування при низькоенергетичній травмі. Знайдена формула для встановлення межі значних розбіжностей у результатах лікування для х клінічних груп, які вивчаються, та підтверджено необхідність диференційованого підходу до лікування пацієнтів у залежності від інтенсивності травмуючого фактора. Використання раннього функціонального навантаження в умовах фіксації переломів дистального метаепіфіза променевої кістки функціональною шиною сприяє достигненню більш високих результатів лікування порівняно з традиційними методами лікування.

Ключові слова*: променева кістка, перелом дистального метаэпіфізу, інтенсивність травмуючого фактора, функціональний метод лікування, порівнювальний аналіз, старший вік.*

Summary

The comparative analysis of treatment the damaged distal radius epimetaphysis with taking into account an intensity of traumatic factor was fulfilled. The influence of request period for medical help on the treatment results was investigated. The negative influence of postponed request for qualified help on the treatment results under trauma with low energy was revealed. The formula for determination of region of significant differences of treatment results for studied clinical groups was found. The necessity of differential approach to patient treatment in dependency on the intensity of traumatic factor was confirmed. The use of early functionality in conditions of fracture fixation by functional splint achieves better treatment results in comparison with traditional methods.

Key words*: radius bone, fracture of distal radius epimetaphysis, intensity of traumatic factor, functional method of treatment, comparative analysis, aged patients.*