

### **СВЯЗЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ И СОМАТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПРИ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ**

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет,  
г. Краснодар, Россия*

При всём разнообразии патогенеза болезней желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), прослеживается его связь с психологическими факторами. Цель исследования – изучение влияния психоэмоционального перенапряжения на развитие, течение и исход гастроэнтерологических заболеваний. В обследованном контингенте были больные с диагнозами: цирроз печени, хронический гепатит, хронический холецистит, хронический гастродуоденит с язвенной болезнью, хронический колит, язвенный колит. Выявляли биопсихосоциальные характеристики: анамнез заболевания, направленность психо-патологических реакций, стрессовый анамнез (семья, работа), трагическое и драматическое восприятие пациентами жизненных ситуаций, характер физической и эмоциональной нагрузки, полноценность сна, характер отдыха, наличие вредных привычек. Общие адаптационные соматические и психологические особенности личности пациентов определяли методом фиксированной установки, выявляющие механизмы, опосредующие адекватное приспособление к окружающей среде, течение заболеваний, формирование поведенческих моделей и т.д.

Установлено, что психологический статус больных во многом определяется социально-экономическими условиями жизни (семейные отношения, безработица, экономическими условиями жизни, социально-экономическими условиями жизни, её среде, формирование поведенческих моделей, полноценная перемена профессии, плохое питание). Перенапряжение психоэмоционального фона, выявленное у обследованного контингента, обусловлено пережитым в прошлом острым стрессом и наличием хронической стрессовой ситуации.

Показателем эффекта фиксации установки служит её стойкость, которая имеет определённую характерологическую ценность: лица со слабой стойкостью фиксированной установки характеризуются психастеническими реакциями, неуверенностью в себе. Хорошая, на первый взгляд, адаптационная способность пластично-динамического типа установки со стабильным характером резко ухудшена за счёт слабости фиксированной установки. Трагическое восприятие пережитых ситуаций высокое: 75% при переменном типе, 92% среди пациентов со статичной установкой и 89% при наличии динамического типа фиксированной установки.

Связь психотравмы с возникновением гастроэнтерологических заболеваний довольно вы-

сока (60%), а обострение данных патологий обнаружилось связь с психотравмой в 20% случаев. Сопоставление данных клинико-лабораторных исследований (биохимический анализ крови, гастродуоденоскопия, колоноскопия и др.) с психосоциальными показателями выявило наличие прямой связи тяжести течения заболеваний, глубиной органических нарушений со стрессовым анамнезом (перенесенные острые стрессовые ситуации, хроническое нервное напряжение). Обострение изученных заболеваний в 62% случаев связано с нарушением режима питания и его неполноценностью, что является отражением тяжёлого социально-экономического фона. Наслоением этого фактора на хроническое нервное перенапряжение объясняется тенденция связывания режима питания с эмоциональным фактором (59-75%). При изученных гастроэнтерологических патологиях преобладала кратковременная ремиссия (69%), длительная ремиссия выявлена у 21% лиц. При включении в основную схему лечения транквилизаторов длительная ремиссия наблюдалась в 62% случаев.

Таким образом, психотравматическое воздействие конкретной стрессовой ситуации зависит от интрапсихической переработки её индивидом. Психоэмоциональное перенапряжение, проявляющееся на фоне острого и хронического стресса, способствует развитию гастроэнтерологической патологии. Длительная ремиссия заболеваний ЖКТ, связана с включением в схему лечения процедур, способствующих коррекции эмоциональной сферы.

### **ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ГИПОКСИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ**

Парахонский А.П.

*Кубанский медицинский университет,  
г. Краснодар, Россия*

Аффективные расстройства сопровождают любое хроническое соматическое заболевание, однако, в первую очередь, это касается бронхообструкции, когда, наряду с негативными эмоциями, связанными с самим фактом заболевания, присутствуют стрессовый фактор - неспособность дышать. Развивающаяся при этом гипоксия, влияние медикаментов дополнительно действуют на нервную систему с развитием ответной реакции в виде астенических и психопатологических состояний. С другой стороны, в развитии и течении бронхообструктивных заболеваний психологические особенности и нервно-психические расстройства сами по себе играют роль усугубляющего обстоятельства. Наряду с приоритетом воспалительного компонента в патогенезе бронхообструкции, корни значения симптома бронхоспазма заключаются в особенностях личностных и межличностных отношений пациентов. Цель исследования – выявление и оценка тяжести

депрессии и тревоги у больных с различными вариантами бронхообструкции. Использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии, разработанная A. S. Zigmond и R. P. Snaith. Установлено, что у здоровых людей суммарный показатель тревожности оказался равным в среднем 6,1, а депрессии – 4,1, что соответствует норме. Выявлено, что в группе больных бронхитом показатель тревожности равен 10,2, а депрессии – 9,1. Показано, что в группе больных бронхиальной астмой показатель тревожности оказался равен – 9,3, а депрессии – 7,2 (субклинически выраженная тревога/депрессия). Таким образом, у больных хроническим бронхитом, и у астматиков показатели тревожности и депрессии оказались значительно выше, чем у здоровых лиц, особенно при стойкой бронхообструкции, которая имеет место при хроническом бронхите. Выявлена средней силы положительная корреляция между возрастом и показателями тревоги/депрессии ( $r=0,63$ ), в то время как при бронхите этот показатель уменьшается ( $r=0,54$ ), а при бронхиальной астме корреляция между возрастом и этими показателями практически отсутствует ( $r=0,27$ ).

Исследование проведено у 48 пациентов с ИБС, находившихся на восстановительном лечении. Установлено, что показатель реактивной тревожности составил  $28,14 \pm 11,16$ ; личностной тревожности  $46,27 \pm 9,46$ . Использование в настоящем исследовании анкеты Ханина-Спилберга позволило разделить всех пациентов на группы с низкой, умеренной и высокой личностной тревожностью. Возраст пациентов с высокой тревожностью был выше ( $p < 0,02$ ), чем у пациентов с умеренной тревожностью. Выявлено, что из 24 больных ИБС с умеренной тревожностью 13 человек (54,2%) курили и употребляли алкоголь. Это, безусловно, пагубно отражалось на их соматическом состоянии, но, как показали результаты исследования, позволяло сохранить достаточно высокое качество жизни. При анализе анкеты «Ноттингемский профиль здоровья» в группе обследованных было обнаружено значительное снижение качества жизни по параметрам «сон» –  $40,62 \pm 28,24$ ; «социальная изоляция» –  $37,35 \pm 22,5$ ; «энергичность» –  $28,47 \pm 18,43$ . У пациентов с высоким уровнем личностной тревожности показатели качества жизни по таким параметрам, как «энергичность», «болевые ощущения», «эмоциональные реакции», «сон», «социальная изоляция» и «физическая активность» отмечены более низкие, нежели у лиц с умеренной тревожностью. Таким образом, использование психологических критериев позволяет полнее оценивать общее состояние пациентов и судить об эффективности реабилитационных мероприятий. Больные с высокой личностной тревожностью имели худшие показатели здоровья и качества жизни, чем в целом по группе наблюдения.

### СИСТЕМНЫЕ РЕАКЦИИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ И ИХ КОРРЕКЦИЯ У БОЛЬНЫХ С ИНСУЛЬТОМ

Парахонский А.П.

Кубанский медицинский университет,  
г. Краснодар, Россия

Сложная многокомпонентная организация иммунной системы (ИС) и многообразие уровней регуляции позволяют рассматривать её как высокоорганизованную систему, со специальными механизмами управления, регуляции как внутрисистемными, так и межсистемными. Она включает в себя противоположности, неразрывно связанные и взаимоисключающие друг друга, объясняющие объективный, внутренний источник своеобразия, вариантов реакций, и реализующиеся через плюс-минус эффекты. Среди лимфоцитов имеются субпопуляции, осуществляющие хелперные и супрессорные эффекты (системные и антисистемные реакции). Поэтому иммунодефициты могут быть обусловлены как подавлением Т-хелперов, так и активацией Т-супрессоров. В то же время Т-хелперы могут активировать Т-киллеры с усилением реакций против собственных клеток. О таких взаимоотношениях свидетельствует также постоянный регулирующий контроль численности популяций лимфоидных клеток, способность различных типов клеток выделять цитокины с одно- и противонаправленным эффектом.

Изучалось влияние иммуномодулятора Тактивина на клиническое течение, состояние систем иммунитета и гемостаза у больных в остром периоде ишемического инсульта (ИИ). Под наблюдением находилось 48 больных с ИИ и 20 практически здоровых доноров. У всех обследованных оценивалось системное состояние иммунного статуса путем дифференцированного изучения Т- и В-звеньев иммунитета, определялись показатели тромбоцитарно-сосудистого гемостаза и фибринолиза. Исследования проводились в первый день госпитализации и в конце стационарного лечения, а у доноров – однократно. 24 пациентам (1-я группа) проводилось традиционное лечение ИИ, включающее вазоактивные препараты и антикоагулянты; больным 2-й группы (24 чел.) в комплексное лечение, помимо перечисленных средств, был введен Тактивин (100 мкг 1 раз в сутки, №14). На момент госпитализации у всех пациентов зарегистрировано достоверное угнетение Т-звена ИС при удовлетворительном состоянии и активном функционировании В-звена. Состояние системы гемостаза характеризовалось гиперкоагуляцией с торможением фибринолиза, о внутрисосудистом свертывании крови свидетельствовала высокая концентрация продуктов деградации фибрина. У пациентов 1-й группы на фоне общепринятой терапии продолжалось угнетение функциональной активности Т-звена ИС. У 8 больных в этой группе на-