

На правах рукописи

ДУДАРЕВА
Евгения Афанасьевна

**КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКАЯ КВАЛИФИКАЦИЯ
И РЕАБИЛИТАЦИЯ ОРГАНИЧЕСКИХ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ
РАССТРОЙСТВ СОСУДИСТОГО ГЕНЕЗА**

Специальность: 14.01.06—«Психиатрия»

А В Т О Р Е Ф Е Р А Т

д и с с е р т а ц и и
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Томск

2011

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Омская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

Научный руководитель:

д-р мед. наук

Иванова Татьяна Ильинична

Официальные оппоненты:

д-р мед. наук, профессор

Аксенов Михаил Михайлович

Учреждение Российской академии медицинских наук Научно-исследовательский институт психического здоровья Сибирского отделения РАМН (Томск)

д-р мед. наук, профессор

Наров Михаил Юрьевич

ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Росздрава

Ведущее учреждение: ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия.

Защита состоится 20 декабря 2011 г. в 10 часов на заседании совета по защите докторских и кандидатских диссертаций Д 001.030.01 при Учреждении Российской академии медицинских наук Научно-исследовательском институте психического здоровья СО РАМН по адресу: 634014, Томск, ул. Алеутская, 4.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке НИИПЗ СО РАМН.

Автореферат разослан 18 ноября 2011 г.

Ученый секретарь совета по защите
докторских и кандидатских
диссертаций Д 001.030.01
кандидат медицинских наук



О. Э. Перчаткина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Хроническая цереброваскулярная недостаточность, как и психоорганические расстройства (Селедцов А. М., 1994), представляет важнейшую медико-социальную проблему в связи с высокой распространенностью среди лиц трудоспособного возраста, являясь одной из ведущих причин утраты трудоспособности (Корнилов А. А., 2006; Суслина З. А., Пирадов М. А., 2008; Дмитриева Т. Б., 2009). По данным профилактических осмотров населения в Российской Федерации хроническая цереброваскулярная недостаточность выявляется у лиц трудоспособного возраста в 20–30 % случаев и составляет не менее 700 на 100 000 населения (Антипенко Е. А., 2010). Среди данной когорты пациентов часто отмечаются депрессивные (F06.3), неврозоподобные (F06.6) и когнитивные (F06.7) нарушения, в связи с чем хроническая цереброваскулярная патология на протяжении последних лет привлекает все большее внимание исследователей (Гусев Е. И. и др., 2007; Батышева Т. Т., Багирь Л. В., 2008; Dubois B., Verstichel P., 2006; Dichgans M., 2008). Таким образом, наличие взаимосвязи между структурными нарушениями головного мозга и изменениями высших психических функций сближает задачи неврологии, психиатрии и нейропсихологии (Семке В. Я., Костин А. К., 2010).

В России, где, по литературным данным, основной контингент приема врача-невролога составляют пациенты с хроническими формами цереброваскулярной патологии (Лебедева В. Ф., Семке В. Я., 2007; Соловьева Э. Ю., 2009) существует проблема недостаточной эффективности курсового медикаментозного стандартного лечения, обычно назначаемого неврологом общесоматической сети. Вместе с тем, по имеющимся в литературе данным (Макаров В. В., 2006; Белокрылова М. Ф., 2007; Наров М. Ю., 2007; Семке В. Я., 2009; Аксенов М. М., 2009), применение современных методов психокоррекции при различных заболеваниях не менее эффективно и обходится здравоохранению дешевле, чем имеющаяся система лечения.

В последние десятилетия во всем мире отмечается также рост интереса к вопросам качества жизни и другим показателям деятельности в социуме людей; число исследований, связанных с качеством жизни, прогрессивно возрастает (Куприянова И. Е., Семке В. Я., 2007; Гавриленко А. В., 2011). В России термин «качество жизни» нашел широкое применение в психиатрии (Пет-

рова Н. Н. и др., 2006; Одарченко С. С., 2006; Юцкова Е. В. и др., 2007; Семке В. Я., 2009). Тем не менее в доступной нам литературе не найдено работ, посвященных исследованию различных сфер качества жизни пациентов с органическими непсихотическими расстройствами сосудистого генеза в их взаимосвязи с когнитивными, эмоциональными и преморбидными личностными особенностями, а также затрагивающих вопросы их динамики в связи с использованием психокоррекционных мероприятий как метода лечения, что свидетельствует о недостаточной освещенности проблемы влияния индивидуальных особенностей личности на динамику, прогноз и выбор оптимальных лечебных и профилактических мероприятий при столь распространенной и чреватой осложнениями патологии, как хроническая цереброваскулярная недостаточность.

Не менее важным в настоящее время является также социально-экономический эффект предлагаемых терапевтических мероприятий. Стало очевидным, что современная медицина требует более интенсивного развития внебольничных, стационарозамещающих и других новых форм, в том числе интеграции психиатрической и соматоневрологической помощи больным, внедрения более эффективных методов их реабилитации.

Таким образом, недостаточная изученность проблемы и её медико-социальная значимость обуславливают актуальность описания клинко-динамических особенностей органических непсихотических расстройств в общей практике, исследования индивидуально-личностных особенностей больных, выделения критериев ранней диагностики и представления обоснованных комплексных форм коррекции, необходимых для эффективной реабилитации.

Все вышеизложенное позволило обосновать цель и задачи исследования.

Цель исследования: определить клинко-динамические особенности и спектр личностных нарушений у пациентов с органическими непсихотическими расстройствами сосудистого генеза с разработкой комплексных лечебно-реабилитационных программ.

В связи с целью были определены основные задачи исследования.

Задачи исследования

1. Описать спектр личностных нарушений, характерных для пациентов с органическими непсихотическими расстройствами сосудистого генеза.

2. Выделить клинико-психопатологические группы пациентов с органическими непсихотическими расстройствами сосудистого генеза.

3. Изучить клинико-динамические особенности инициального периода органических непсихотических расстройств сосудистого генеза.

4. Разработать индивидуальные комплексные лечебно-реабилитационные программы для пациентов с органическими непсихотическими расстройствами сосудистого генеза с учетом клинико-психопатологических и клинико-динамических характеристик.

5. Оценить клиническую, экономическую и социальную эффективность разработанных подходов к лечению пациентов с органическими непсихотическими расстройствами сосудистого генеза.

Положения, выносимые на защиту:

1. Клинико-психопатологические особенности у пациентов с начальными проявлениями хронической сосудисто-мозговой недостаточности представлены определенным спектром личностных характеристик различной степени выраженности: алекситимическим радикалом в структуре личности, повышенным уровнем враждебности и подавленной агрессивности, наличием иррациональных когнитивных установок. Нозологический спектр органических непсихотических расстройств сосудистого генеза представляют органическое аффективное расстройство (F06.3), органическое эмоционально-лабильное (астеническое) расстройство (F06.6) и легкое когнитивное расстройство (F06.7).

2. Клинико-динамические особенности органических непсихотических расстройств сосудистого генеза представлены особенностями психологического реагирования по следующим типам: истерический, психастенический и возбуждено-эпилептоидный. При этом особенности инициального периода определяются сочетанием нозологической принадлежности расстройства и пси-

хологическим типом реагирования, типологизированным многообразием клинических вариантов: диссомнический, диспептический, психовегетативный, анергический, аффективный, алгический, гипогедонический, астенический, дисфорический, диссомнический, ипохондрический, тревожный, тревожно-негативный, эксплозивный.

3. С учетом анализа спектра клинических и личностных особенностей пациентов с органическими непсихотическими расстройствами сосудистого генеза реабилитационные программы определяются комплексом психофармакологического и психотерапевтического лечения – интегративным психокоррекционным методом. Разработанный на этой основе подход позволяет увеличить клиническую эффективность проводимой терапии, улучшить качество жизни и снизить экономические затраты на лечение данной категории пациентов.

Научная новизна. Впервые на основе применения клинико-психопатологического, нейропсихологического и экспериментально-психологического методов в лонгитудинальном исследовании проведено комплексное изучение личностных, аффективных и когнитивных аспектов формирования клинико-психопатологических особенностей у пациентов с органическими непсихотическими расстройствами сосудистого генеза.

Представлены клинико-динамические характеристики органических непсихотических расстройств сосудистого генеза: спектр органических непсихотических расстройств представляют органическое аффективное расстройство (F06.3), органическое эмоционально-лабильное расстройство (F06.6) и легкое когнитивное расстройство (F06.7), которые в зависимости от принадлежности пациентов к группам – с истерическим типом реагирования, с психастеническим типом реагирования, с возбуждено-эпилептоидными психопатологическими характеристиками – проявляли себя в инициальном периоде в соответствующих типологизированных вариантах. Впервые исследованы различные аспекты качества жизни этих пациентов и их динамика в зависимости от применяемых методов терапии. Полученные в результате исследования данные вносят вклад в клиническую психиатрию, открывают возможности оптимизации за счет дифференцированного, профилактического подхода к лечению пациентов с органическими непсихотическими расстройствами сосудистого генеза на начальных стадиях хронической сосудисто-мозговой недостаточности, обоснованы клинической, социальной и экономической составляющими.

Практическая значимость. Практическая значимость результатов исследования определяется результатами клинико-психопатологического исследования различных аспектов личности пациентов с органическими непсихотическими расстройствами сосудистого генеза, выявление которых позволило обосновать необходимость и эффективность применения психотерапевтических методов в комплексном подходе к лечению с учетом мониторингирования показателей качества жизни данной категории пациентов. Использование разработанных программ позволяет снизить курсовую стоимость лечения данной категории пациентов на 15–34,1 % в сравнении со стационарными формами помощи, увеличить на год и более сроки длительности ремиссии у 45,4 % пациентов, снизить число повторных обращений за специализированной помощью в течение первых трех месяцев после лечения на 10,4 %. Доказанная оптимизация результатов лечения, длительность ремиссий дают основания для внедрения интегративного подхода с использованием психокоррекции в лечении этой традиционно «неврологической» категории пациентов.

Внедрение в практику. Материалы исследования внедрены в повседневную лечебно-диагностическую и дидактическую деятельность кафедры неврологии и нейрохирургии, кафедры психиатрии, медицинской психологии ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России», в практическую работу врачей бюджетного учреждения здравоохранения Омской области (БУЗОО) «Областная клиническая больница» (ОКБ), отделения психотерапии БУЗОО «Клиническая психиатрическая больница им. Н. Н. Солодникова», неврологического отделения для лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения муниципального учреждения здравоохранения (МУЗ) «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 2» г. Омска, психотерапевтического кабинета МУЗ «Городская клиническая больница № 1 им. А. Н. Кабанова» г. Омска, используются в учебном процессе с врачами-интернами, клиническими ординаторами, аспирантами, врачами-курсантами факультета последипломного обучения ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия». Материалы диссертации включены в методические рекомендации «Диагностика и способы коррекции нарушений психонейрогуморальных взаимоотношений у больных гипертонической болезнью в сочетании с ожирением» (Омск, 2009).

Апробация диссертации. Основные положения работы доложены на региональных, межрегиональных с международным участием конференциях, в числе которых: выступления на региональной научно-практической конференции «Онтогенетические аспекты психического здоровья» (Омск, 2010), на межрегиональной научно-практической конференции «Резидуально-органическая патология головного мозга» (Кемерово, 2011), на XV Отчетной научной сессии, посвященной 30-летию НИИПЗ СО РАМН (Томск, 2011); результаты работы доложены на заседании общества неврологов (Омск, 2009), на областных, общероссийских научно-практических конференциях (Омск, 2009, 2010).

Публикация результатов исследования. По материалам диссертации опубликовано 15 научных работ, в том числе 4 статьи в ведущих рецензируемых журналах, рекомендованных ВАК РФ.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 226 страницах машинописного текста. Работа состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, включающего 336 источников (в том числе 254 отечественных, 82 иностранных), приложения. Работа иллюстрирована 14 таблицами, 21 рисунком, 3 клиническими примерами.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В нашей работе из общего массива пациентов, проходивших курсовое лечение в дневном стационаре БУЗОО ОКБ (1 685 человек) в период с 2003 по 2008 г., была набрана исследуемая группа (130 человек). Отбор пациентов в исследование производился по мере их обращения в дневной стационар БУЗОО ОКБ. При клиническом обследовании пациентов в обязательном порядке учитывали наличие критериев включения и критериев исключения. Имеется положительное заключение этического комитета ГОУ ВПО «Омская государственная медицинская академия Минздравсоцразвития России» от 08.09.2010 г. на проведение данного исследования.

Критерии включения: 1) наличие установленного диагноза «дисциркуляторная энцефалопатия I–II стадии», согласно критериям ВОЗ и отечественных глоссариев; 2) наличие клинической симптоматики органического непсихотического расстройства согласно критериям МКБ 10 (F06.3; F06.6; F06.7); 3) информированное согласие пациента на участие в исследовании; 4) возраст от 35 до 60 лет.

Критерии исключения: 1) пациенты, выражающие свое нежелание участвовать в исследовании; 2) пациенты с выраженным снижением интеллектуально-мнестических функций, не способные адекватно отвечать на вопросы; 3) пациенты, имеющие тяжелые сопутствующие соматоневрологические заболевания (онкологические, эндокринные, инфаркт и инсульт в течение 6 месяцев, травмы и воздействие различных вредных факторов), оказывающие самостоятельное значительное воздействие на уровень качества жизни.

Исследовательская выборка состояла из *основной группы*, в которую вошли 130 пациентов (75 женщин и 55 мужчин, средний возраст $45,14 \pm 7,41$ года) с верифицированным диагнозом «дисциркуляторная энцефалопатия I–II стадии», получавших, наряду с базовым патогенетическим, специализированное лечение, направленное на коррекцию органических неорганических расстройств сосудистого генеза (согласно критериям МКБ-10), включающее психофармакологическую и психотерапевтическую составляющие. *Группу сравнения* составили 60 пациентов, сопоставимых по клиническим и социально-демографическим показателям, в том числе 34 женщины (56,6 %) и 26 мужчин (43,4 %), средний возраст которых составил $45,06 \pm 6,44$ года, получавших в течение этого же периода традиционное медикаментозное лечение. Также была сформирована *контрольная группа* здоровых лиц – 30 человек, включая 17 женщин (56,6 %) и 13 мужчин (43,4 %), средний возраст которых составил $45,11 \pm 5,44$ года, отобранных случайным методом в одной из организаций и сопоставимых по социально-демографическим показателям.

Установлено, что в целом в исследуемой группе преобладали пациенты с высшим образованием (67,0 % – в основной группе, 71,7 % – в группе сравнения). Исследование по семейному положению выявило, что 80,0 и 78,3 % пациентов в основной группе и группе сравнения были женаты (замужем). Имели постоянную работу независимо от возраста 88,5 и 85,0 % пациентов основной группы и группы сравнения соответственно.

Изучение указанных групп обследуемых (клиника, динамика, реабилитация) проводилось лично автором путем осмотра и курации больных, анализа данных анамнеза, истории болезни, индивидуальных карт амбулаторного больного и дополнительной медицинской документации, проведения экспериментально-психологических исследований.

На первом этапе были произведены обследование и анализ клиничко-соматоневрологических, клиничко-психопатологических, нейропсихологических, клиничко-социологических характеристик респондентов изучаемых групп до лечения, после лечения и через 6 месяцев после лечения. На втором этапе проводилось сравнительное изучение вышеперечисленных характеристик между основной группой, группой сравнения и контрольной группой здоровых.

Клиничко-соматическое обследование выявило наличие артериальной гипертонии различной степени у 85,4 % пациентов исследуемых групп. Комплексное клиничко-неврологическое исследование проводилось по стандартной схеме с целью верификации ранее установленного диагноза «дисциркуляторная энцефалопатия I–II стадии». Инструментальные методы включали офтальмоскопию, спондилографию, реоэнцефалографию, электроэнцефалографию, методы нейровизуализации – мультиспиральную компьютерную томографию или магнитно-резонансную томографию головного мозга, транскраниальную доплерографию.

Клиничко-психопатологическое исследование включало проведение теста СМИЛ для определения личностных характеристик пациентов основной группы и группы сравнения; использование шкалы оценки депрессии Монтгомери–Асберг для исследования аффективной сферы; особенности когнитивной сферы исследовались с помощью методики для оценки наличия и выраженности иррациональных установок А. Эллиса; уровень враждебности и агрессивности определялся с помощью вопросника Басса–Дарки; выраженность алекситимического радикала – с помощью Торонтской алекситимической шкалы. Все методики были использованы во всех группах до начала терапии; в динамике (через 6 месяцев после лечения) проводилось исследование пациентов по тестам СМИЛ и Монтгомери–Асберг.

Клиничко-социологическое исследование качества жизни пациентов всех сравниваемых групп проводилось в динамике до начала лечения и через 6 месяцев после его окончания с помощью опросника качества жизни (версия Всемирной организаций здравоохранения).

В статистической обработке данных производились расчеты средней арифметической, стандартного отклонения (сигмы), использовался метод стандартизации, или Z-преобразование данных, а также многофакторный метод углового преобразования Фишера.

При проверке нулевой гипотезы (различия между группами отсутствуют) критический уровень значимости был принят равным 0,05, однако фактически в большинстве случаев он был меньше 0,01, а в ряде случаев – меньше 0,001, что имеет существенное значение при обработке психологического тестового материала.

Статистическая обработка материала выполнена на персональном компьютере с использованием программных продуктов «Windows XP», «Microsoft Excel 2003».

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследовательскую выборку составили 130 пациентов (58 % (n=75) – женщины и 42 % (n=55) – мужчины, средний возраст $45,14 \pm 7,41$ года) с верифицированным диагнозом дисциркуляторной энцефалопатии I–II стадии, получавших, наряду с традиционным, специализированное лечение, направленное на коррекцию нервно-психических расстройств, и психотерапевтическое вмешательство. Квалификация нервно-психических расстройств резидуально-органического генеза пациентов основной группы основывалась на клинических диагностических критериях, приводимых в МКБ-10, где органический психосиндром отнесен к рубрике F06.0–9. У 4,6 % (n=6) обследованных не выявлены признаки психических расстройств, при обследовании не учитывались субклинические нарушения психического здоровья и акцентуации личности. При первичном психопатологическом обследовании у 32,3 % (n=40) пациентов выявлены депрессивные нарушения различной степени тяжести (F06.3), у 33,85 % (n=42) – различные варианты невротических расстройств (F06.6) и у 33,85 % (n=42) – верифицировалось легкое когнитивное снижение (F06.7).

Первоначально оценивались жалобы, анамнез и симптомы, связанные с развитием хронической сосудисто-мозговой недостаточности, оценивались данные инструментального обследования в сравнении между двумя эмпирически выделенными возрастными группами: от 35 до 45 лет и от 46 до 60 лет. По данным нейровизуализации у большинства больных определялась картина дисциркуляторной энцефалопатии различной степени выраженности. Обнаружено, что мелкоочаговый лейкоареоз статистически достоверно ($p < 0,01$) преобладал в старшей возрастной группе как у мужчин (10,8 против 0,8 %), так и у женщин

(16,2 против 3,8 %). По данным транскраниальной доплерографии выявлено, что преобладали нарушения в вертебробазилярном бассейне: снижение линейной скорости кровотока в позвоночной артерии выявлено у 101 пациента (70,7 %) с относительно равномерным распределением в возрастно-половых группах, тогда как признаки компенсации по виллизиеву кругу статистически достоверно преобладали в группе мужчин от 35 до 45 лет (15,4 %) по сравнению с пациентами в возрасте от 46 до 60 лет (6,9 %).

С целью изучения более полного спектра психопатологических характеристик пациентов были исследованы такие особенности когнитивной и эмоциональной сфер, как наличие и выраженность иррациональных установок и алекситимии, а также уровня враждебности и агрессивности как возможных преморбидных личностных предпосылок к формированию патогенетических факторов развития хронической сосудисто-мозговой недостаточности (в том числе артериальной гипертонии), в сравнении с группой здоровых респондентов. При исследовании выявлены усредненные значения выраженности иррациональных установок в группах испытуемых: средний балл $27,83 \pm 3,83$ – в основной группе, $28,8 \pm 3,58$ – в группе сравнения, что, согласно литературным данным, свидетельствует о выраженном наличии иррациональных когнитивных установок (менее 30) и статистически достоверно ($p < 0,001$) отличается от среднего ($37,91 \pm 3,68$) балла у здоровых испытуемых.

Уровень алекситимии по шкале TAS в норме не превышает 62 баллов. По данным авторов методики, «алекситимический» тип личности получает 74 балла и выше. В нашем исследовании средний балл в группе здоровых составил $63,13 \pm 2,89$, в основной группе и группе сравнения – $72,6 \pm 5,45$ и $72,17 \pm 5,49$ соответственно. Различия между здоровыми лицами и пациентами обнаруживают высокую статистическую достоверность ($p < 0,001$) и согласуются с данными сотрудников Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева.

Уровень враждебности и агрессивности, по данным многих авторов, является важной характеристикой эмоционального реагирования пациентов с психосоматической патологией, в частности с артериальной гипертонией, являющейся предиктором развития хронической сосудисто-мозговой недостаточности. В основной группе индекс враждебности составил $11,2 \pm 1,45$, а индекс агрессивности – $16,3 \pm 3,06$; в группе сравнения – $11,13 \pm 1,38$

и $15,92 \pm 2,73$ соответственно. Выявленные различия между группами пациентов и группой здоровых (индекс враждебности – $8,4 \pm 1,01$, индекс агрессивности – $18,3 \pm 1,79$), а также со средне-статистическими нормами индекса враждебности ($6,57 \pm 3$) и индекса агрессивности (21 ± 4) статистически значимы ($p < 0,01$) и свидетельствуют о повышенном уровне враждебности и подавляемой мотивационной агрессивности, что положительно коррелирует, по литературным данным, с наличием выраженных иррациональных когнитивных установок и «алекситимичностью» данной категории пациентов и формирует «поле деятельности» для психотерапевта в лечении этих пациентов. При проведении клинко-психопатологического обследования были выявлены высокодостоверные различия ($p < 0,001$) между личностными характеристиками пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией и здоровыми респондентами, между усредненными профилями пациентов основной группы и группы сравнения статистических различий не выявлено.

Анализ клинко-психопатологических характеристик, полученных при использовании СМИЛ, позволил выделить 3 группы пациентов: 1-я группа – с преобладанием истериформной симптоматики и соответствующей конфигурацией профиля СМИЛ; 2-я группа – с преобладанием психастенического личностного радикала, клинически проявлявшегося тревожным симптомокомплексом; 3-я группа – с возбудимо-эпилептоидными психопатологическими характеристиками, склонностью к образованию сверхценных (как правило, ипохондрических) идей. При проведении клинко-психопатологического обследования были выявлены высокодостоверные различия ($p < 0,001$) между личностными характеристиками пациентов основной группы, группы сравнения и здоровыми респондентами контрольной группы; между усредненными профилями пациентов основной группы и группы сравнения статистических различий не обнаружено.

Определены клинко-динамические особенности пациентов с органическими непсихотическими расстройствами сосудистого генеза, описание которых приведено ниже.

В группе пациентов с **истерическим типом реагирования** (33,08 %) инициальный период органического аффективного расстройства (41,8 %) характеризовался наличием нарушений, типологизированных по следующим вариантам: диссомнический, диспептический, психовегетативный, анергический, аффективный, алгический, гипогедонический; инициальный период орга-

нического эмоционально-лабильного расстройства (30,2 %) характеризовался наличием нарушений, типологизированных по следующим вариантам: астенический, дисфорический и диссомнический; легким когнитивным расстройством (28 %).

В группе пациентов с **психастеническим типом реагирования** (42,3 %) инициальный период органических аффективных нарушений (27,3 %) протекал по следующим типологическим вариантам: ипохондрический, астенический; инициальный период органических эмоционально-лабильных расстройств (32,7 %) протекал по следующим типологическим вариантам: тревожный, ипохондрический; инициальный период органических легких когнитивных расстройств (40 %) протекал полиморфно со спектром жалоб органического, ипохондрического и интеллектуально-дефицитного характера.

В группе пациентов с **возбудимо-эпилептоидными психопатологическими характеристиками** (24,62 %) инициальный период органического депрессивного расстройства (26,9 %) характеризовался нарастанием конфликтности на фоне сниженного настроения, эмоциональной нестабильностью, дисфорическими вспышками по незначительному поводу; инициальный период органического эмоционально-лабильного расстройства (42,3 %) протекал по следующим типологическим вариантам: дисфорический, тревожно-негативный, эксплозивный; инициальный период легкого когнитивного расстройства (30,7 %) характеризовался нарастающим снижением продуктивности интеллектуально-мнестических процессов (забывчивость, интеллектуальная утомляемость, снижение умственной работоспособности) с астеническим компонентом и жалобами ипохондрического содержания.

С учетом анализа спектра клинических и личностных особенностей пациентов с органическими непсихотическими расстройствами сосудистого генеза реабилитационные программы определялись дифференцированно комплексом психофармакологического и психотерапевтического лечения – интегративным психокоррекционным методом.

Всем пациентам основной группы и группы сравнения проводилась базовая патогенетическая терапия хронической сосудисто-мозговой недостаточности, включающая вазоактивные средства: ингибиторы фосфодиэстеразы, блокаторы кальциевых каналов, альфа-адреноблокаторы, препараты с полимодальным действием; антиагреганты; нейрометаболические средства; пре-

параты, влияющие на нейромедиаторные системы; антиоксиданты; антигипертензивные и антиаритмические средства, статины и др.

1-я программа (для группы пациентов с истерическим типом реагирования) включала одновременное использование психофармакологического (транквилизаторы – диазепам, феназепам, мезапам, стрезам, адаптол; нейролептики – эглонил, сонапакс, тералиджен; антидепрессанты – пиразидол, азафен, флуоксетин, стимулотон, людюмил, вальдоксан; нормотимики – финлепсин) и интегративного психотерапевтического метода (преимущественно групповой и индивидуальной психотерапии с элементами гештальттерапии, трансактного анализа, НЛП, психосинтеза, психодрамы, игровой терапии; гетеросуггестии; релаксационных методик – аутогенная тренировка, дыхательные практики; семейной психотерапии).

2-я программа (для группы пациентов с психастеническим типом реагирования) включала последовательное использование психофармакологического (транквилизаторы – атаракс, алпразолам, диазепам, феназепам, афобазол; нейролептики – сонапакс; антидепрессанты – феварин, паксил, азафен, амитриптилин, анафранил; растительные седативные препараты; тенотен) и интегративного психотерапевтического метода (преимущественно групповых релаксационных методик – аутогенная тренировка, дыхательные практики; индивидуальной когнитивно-поведенческой терапии; гетеросуггестии; элементов НЛП; семейной психотерапии).

3-я программа (для группы пациентов с возбудимо-эпилептоидным типом реагирования) включала как одновременное, так и последовательное использование психофармакологического (транквилизаторы – феназепам, диазепам, фенибут; нейролептики – сонапакс, неулептил; антидепрессанты – амитриптилин, азафен, велаксин, рексетин; нормотимики – финлепсин, депакин, лирика; нервохель) и интегративного психотерапевтического метода (преимущественно групповых релаксационных методик – аутогенная тренировка, дыхательные практики; телесно-ориентированной терапии; семейной психотерапии).

Оценка эффективности предложенного подхода к терапии пациентов с органическими непсихотическими расстройствами сосудистого генеза включала в себя ряд критериев: *статистические* (частота госпитализации, длительность госпитализации в круглосуточный стационар, уровень регоспитализации), *клини-*

ческие (описание клинических наблюдений, клиническая оценка по шкалам СМИЛ, Монтгомери–Асберг), *динамическая оценка качества жизни* пациентов, *оценка экономической эффективности* комплексной модели реабилитации пациентов с органическими непсихотическими расстройствами сосудистого генеза.

Статистические критерии. При катамнестическом анализе обращаемости пациентов основной группы и группы сравнения к врачу-неврологу после завершения курса лечения выявлены следующие соотношения: наиболее длительная ремиссия (1 год и более) наблюдалась у 45,4 % пациентов основной группы, в то время как в группе сравнения она выявлена у наименьшего числа (13,33 %) пациентов. Обратились к неврологу в период от 6 до 12 месяцев после лечения 36,9 % пациентов в основной группе и 40,0 % пациентов в группе сравнения. Количество обратившихся за неврологической помощью в период от 3 до 6 месяцев в группе сравнения (31,66 %) более чем вдвое превысило этот показатель в основной группе (13,1 %). Была определена наиболее существенная разница между показателями ремиссии менее 3 месяцев: 15,0 % – в группе сравнения и 4,6 % – в основной группе. Выявленные различия по группам статистически значимы в первом, втором и четвертом периодах ($p < 0,01$), что свидетельствует о более стойкой ремиссии неврологической симптоматики в основной группе пациентов, дополнительно получавших психотерапевтическую помощь, в сравнении с пациентами группы сравнения.

Клинические критерии. В ходе клинико-психопатологического исследования наиболее выраженная положительная динамика с высокой степенью статистической достоверности ($p < 0,01$) была выявлена во второй группе пациентов с психастеническим типом реагирования, что клинически выражалось в нивелировании тревожных проявлений, менее выраженная – в третьей группе (пациенты с возбудимо-эпилептоидными психопатологическими характеристиками). Объединяющей характеристикой для всех типов профилей явилось значительное изменение по второй шкале профиля СМИЛ, отражающей клинически депрессивный симптомокомплекс, который также регрессировал статистически достоверно ($p < 0,01$) в основной группе пациентов (в лечении которых использовалась психотерапия), в отличие от пациентов группы сравнения, где при исследовании СМИЛ в динамике через 6 месяцев достоверных различий не выявлено ($p > 0,05$).

Данные, описывающие эмоциональное состояние респондентов посредством профиля СМИЛ, нашли свое подтверждение при исследовании рассматриваемых выборок при помощи шкалы Монтгомери–Асберг, средний балл по которой у пациентов в основной группе ($16,42 \pm 3,98$) и группе сравнения ($16,55 \pm 3,4$) до лечения с высокой степенью достоверности ($p < 0,001$) отличается от среднего балла в контрольной группе здоровых ($5,87 \pm 2,52$). При исследовании уровня депрессии по шкале Монтгомери–Асберг у пациентов в основной группе и группе сравнения до и после лечения отчетливо прослеживался положительный вектор динамики в основной группе (средний балл снизился до $8,23 \pm 1,73$ после лечения и сохранился через 6 месяцев на уровне $7,87 \pm 2,04$), что в соответствии с литературными данными (Смулевич А. Б., 2003) является показателем эффективности проводимого лечения ($p < 0,01$). Вместе с тем у пациентов группы сравнения статистически достоверных различий в динамике не обнаружено: $16,02 \pm 3,68$ – после лечения и $16,83 \pm 3,14$ – через 6 месяцев после лечения.

Динамика качества жизни. При клинико-социологическом исследовании, проведенном при помощи опросника ВОЗКЖ-100, во всех группах респондентов до начала лечения и в группах пациентов (основной и группе сравнения) через 6 месяцев после лечения выявлена положительная динамика усредненного показателя; в основной группе: $72,26$ – до лечения, $78,05$ – через 6 месяцев после лечения; в группе сравнения: $71,41$ – до лечения, $72,86$ – после лечения. Различия статистически достоверны ($p < 0,01$).

Динамика сфер качества жизни представлена следующим образом. После проведенного лечения с использованием психокоррекционных программ у пациентов основной группы восприятие своего качества жизни в физической сфере (1) увеличилось с $10,73 \pm 2,75$ до $12,35 \pm 2,72$ балла, в психологической сфере (2) – с $11,53 \pm 2,87$ до $13,06 \pm 2,74$ балла, уровень независимости (3) повысился с $12,54 \pm 2,42$ до $13,39 \pm 2,47$ балла, социальные взаимоотношения (4) оптимизировались с $12,9 \pm 3,15$ до $13,66 \pm 3,1$ балла, восприятие окружающей среды (5) улучшилось с $11,98 \pm 2,12$ до $12,38 \pm 2,13$ балла, а в духовной сфере профиля качества жизни изменения варьировали от $12,28 \pm 3,19$ до $13,21 \pm 3,2$ балла. Статистическая значимость различий по показателям физической, психологической, духовной сфер и сферы независимости оказалась высокодостоверна ($p < 0,001$), по пока-

зателям социальных отношений и оценки окружающей среды достоверность различий зафиксирована в пределах $p < 0,05$. У пациентов группы сравнения динамика сфер качества жизни до и после лечения по традиционной программе практически не выявлена: физическая сфера – $10,51 \pm 2,4$ и $10,65 \pm 2,73$; психологическая сфера – $11,61 \pm 2,69$ и $11,94 \pm 2,53$; уровень независимости – $12,41 \pm 2,33$ и $12,98 \pm 2,38$; социальные отношения – $13,01 \pm 2,98$ и $13,2 \pm 2,65$; восприятие окружающей среды – $11,72 \pm 2,31$ и $11,98 \pm 2,3$; духовная сфера – $12,31 \pm 3,02$ и $12,58 \pm 3,14$.

Экономические критерии. Более высокая частота обращаемости пациентов группы сравнения на прием к специалистам поликлинической сети закономерно вела к увеличению частоты госпитализаций пациентов в стационарные профильные отделения, по сравнению с пациентами основной группы, получившими комплексное дифференцированное лечение с использованием психокоррекционных методов в условиях дневного стационара. Стоимость койко-дня при данной нозологии в стационарных отделениях составила от 1 800 до 2 320 рублей в зависимости от объема диагностических и лечебных мероприятий, проводимых в рамках медицинских стандартов при данной нозологии. Тогда как в дневном стационаре стоимость койко-дня составила 1 020 рублей, что с учетом длительности курсового лечения пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (в стационаре – в среднем 14 дней и 21 день – в условиях дневного стационара) составило 25 200 рублей, 32 480 рублей и 21 420 рублей соответственно. Экономическая эффективность предлагаемого нами подхода к лечению данной категории пациентов в условиях дневного стационара предположительно составила 15,0–34,1 % по сравнению со стационарными видами помощи и, очевидно, возрастает с учетом снижения обращаемости этой группы пациентов к врачам-неврологам с предполагаемой их госпитализацией в стационарные профильные отделения. Проведенное исследование подтвердило экономическую выгоду стационарозамещающих форм медицинской помощи пациентам с начальными проявлениями органических непсихотических расстройств сосудистого генеза в условиях многопрофильной больницы.

На основании проведенных исследований был разработан алгоритм движения пациента с органическими непсихотическими расстройствами сосудистого генеза на этапах оказания специализированной лечебно-профилактической помощи в условиях многопрофильной больницы (рис. 1).

ВЫВОДЫ



Рис. 1. Алгоритм движения пациента с органическими непсихотическими расстройствами сосудистого генеза на этапах оказания специализированной лечебно-профилактической помощи в условиях многопрофильной больницы

1. При анализе клинико-психопатологических характеристик пациентов с хронической цереброваскулярной недостаточностью из 130 человек у 4,6 % (n=6) не выявлено психических расстройств (субклинические проявления); в 32,3 % (n=40) случаев отмечались органические депрессивные расстройства (F06.3), у 33,85 % (n=42) пациентов выявлены органические эмоционально-лабильные (астенические) (F06.6) и у 33,85 % (n=42) – легкие когнитивные расстройства (F06.7) сосудистого генеза.

2. Спектр личностных нарушений определялся различной степенью выраженности алекситимического радикала в структуре личности, повышенного уровня враждебности и подавленной агрессивности, наличием иррациональных когнитивных установок.

3. Клинико-психопатологическая квалификация: с учетом личностных особенностей выделены 3 группы пациентов с клинико-психопатологическими типами.

3.1. Группа пациентов с истерическим типом реагирования – 33,08 % (n= 43) случаев – характеризуются склонностью к быстрой смене переживаний, неустойчивостью в стрессе, яркостью эмоциональных проявлений при отсутствии достаточной их глубины.

3.2. Группа пациентов с психастеническим типом реагирования – 42,3 % (n= 55) респондентов. Основными характеристиками у этих пациентов были неуверенность в себе, тревожная мнительность, фобические переживания, obsessive (преимущественно ипохондрического содержания) идеи.

3.3. Группа пациентов с возбудимо-эпилептоидными психопатологическими характеристиками, склонностью к образованию сверхценных (как правило, ипохондрических) идей – 24,62 % (n=26). Для них характерны склонность к ригидной, тугоподвижной системе в подходе к решению проблем, устойчиво дисфоричный тон настроения, постепенное накапливание аффекта, тугоподвижность мыслительных процессов, подозрительность, с яркими вспышками агрессии.

4. Клинико-динамические характеристики инициального периода органических непсихотических расстройств сосудистого генеза определяются спектром личностных особенностей в трех выделенных группах.

4.1. В группе с истерическим типом реагирования органические аффективные расстройства выявлены у 18 чел. (41,8 %). Инициальный период органического депрессивного расстройства характеризовался наличием умеренно выраженных нарушений, типологизированных по следующим вариантам: диссомнический, диспептический, психовегетативный, анергический, аффективный, алгический, гипогедонический. Органическое эмоционально-лабильное расстройство выявлено у 13 (30,2 %) пациентов этой группы. Инициальный период типологизирован по следующим вариантам: астенический, дисфорический и диссомнический. Легкое когнитивное расстройство имело место у 12 пациентов (28,0 %). Инициальный период расстройства характеризовался жалобами на частую забывчивость, снижение памяти, психическую утомляемость.

4.2. Органические депрессивные расстройства у пациентов с психастеническим типом реагирования выявлены у 27,3 % (n=15). Инициальный период органических депрессивных расстройств у этих пациентов протекал по следующим типологическим вариантам: ипохондрический, астенический. Органическое эмоционально-лабильное расстройство выявлено у 32,7 % (n=18). Инициальный период определялся как тревожный, ипохондрический. Легкое когнитивное расстройство наиболее часто отмечалось у пациентов с данным типом реагирования – 40 % (n=22). Инициальный период органических легких когнитивных расстройств у пациентов с психастеническим типом реагирования протекал полиморфно со спектром жалоб органического, ипохондрического и интеллектуально-дефицитного характера.

4.3. Органическое депрессивное расстройство у пациентов с возбудимо-эпилептоидным типом реагирования встречалось у 26,9 % (n=7). Инициальный период органического депрессивного расстройства у пациентов с данным типом реагирования характеризовался нарастанием конфликтности на фоне сниженного настроения, эмоциональной нестабильностью, дисфорическими вспышками по незначительному поводу. Органическое эмоционально-лабильное расстройство у пациентов с данным типом реагирования выявлено у 42,3 % (n=11). Инициальный период протекал по следующим типологическим вариантам: дисфорический, тревожно-негативный, эксплозивный. Органическое легкое когнитивное расстройство выявлено у 30,7 % (n=8). Инициальный период характеризовался нарастающим снижением продуктивности интеллектуально-мнестических процессов с астеническим компонентом и жалобами ипохондрического содержания.

5. Комплексная модель лечения и реабилитации пациентов с органическими непсихотическими расстройствами сосудистого генеза в условиях многопрофильной больницы основывается на сочетании оценки личностных характеристик пациентов, базовой патогенетической терапии хронической сосудисто-мозговой недостаточности, назначении психофармакологических препаратов, применении интегративного психотерапевтического метода.

6. Эффективность разработанного лечебно-реабилитационного подхода подтверждена с клинических, социальных и экономических позиций.

6.1. Длительность ремиссии у пациентов основной группы, получавших помощь в рамках разработанной программы, в течение года и более отмечалась у 45,4 %, в то время как у пациентов в группе сравнения – у 13,33 % ($p<0,01$). Обратились к неврологу в период от 3 до 6 месяцев 31,66 % пациентов в группе сравнения и 13,1 % пациентов в основной группе ($p<0,01$).

6.2. Клиническая эффективность определялась оптимизацией состояния пациентов, отраженной профилями СМИЛ в трех выделенных группах и положительным вектором динамики исследования уровня депрессии по шкале Монтомери–Асберг ($p<0,01$).

6.3. Социальная эффективность определялась индексом качества жизни, который в основной группе до начала лечения составил $72,26\pm 7,49$, а после лечения с использованием психотерапии увеличился до $78,04\pm 7,87$. У пациентов группы сравнения, получавших лечение без использования психокоррекционных программ, индекс качества жизни до лечения составил $71,41\pm 7,83$ и через 6 месяцев после лечения ($72,86\pm 7,32$) существенно не изменился ($p<0,01$);

6.4. Экономическая эффективность предложенного комплексного подхода составляет 15-34,1 % по сравнению со стационарными видами помощи и возрастает с учетом снижения обращаемости этой группы пациентов к врачам-неврологам с предполагаемой их госпитализацией в стационарные профильные отделения, согласно проведенному нами катamnестическому исследованию.

**Список работ, опубликованных
по теме диссертации**

1. Дударева, Е. А. Эндогенный фактор в процессе диагностики и лечения мультифакториальных заболеваний нервной системы / Ю. Н. Савченко, Е. А. Дударева, А. Ю. Савченко и др. // Материалы VIII Всероссийского съезда неврологов. – Казань, 2001. – С. 469—470.
2. Дударева, Е. А. Комбинированная терапия при энцефалопатии в условиях дневного стационара / Е. А. Дударева, И. А. Устинова // Функциональная неврология и нейрохирургия : материалы региональной конференции. – Омск, 2001. – С. 38—40.
3. Дударева, Е. А. Лечение депрессивных расстройств, коморбидных различным соматоневрологическим и психосоматическим заболеваниям в условиях дневного стационара / Е. А. Дударева, И. А. Устинова, Г. А. Липатова, Е. А. Абрамова // Функциональная неврология и нейрохирургия : материалы региональной конференции. – Омск, 2001. – С. 41—44.
4. Дударева, Е. А. Организационные вопросы лечения пациентов с коморбидной психической и соматоневрологической патологией в условиях крупной многопрофильной больницы (более чем 15-летний опыт работы дневного стационара ГУЗОО ОКБ / Е. А. Дударева, Е. А. Абрамова, Г. А. Липатова, И. А. Устинова // Материалы научно-практической конференции, посвященной 85-летию Омской областной клинической больницы. – Омск, 2005. – С. 553—556.
5. Дударева, Е. А. Новый подход к лечению пациентов с органическим поражением ЦНС / Е. А. Дударева // Материалы научно-практической конференции, посвященной 80-летию Лауреата Государственной премии РФ, Заслуженного врача России, д. м. н., профессора Ю. Н. Савченко. – Омск, 2005. – С. 44—47.
6. Дударева, Е. А. Психофизиологические корреляции как обоснование психотерапевтического подхода к лечению пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией / Е. А. Дударева, С. С. Бунова, Н. Н. Карловская // Омский научный вестник. – 2006. – № 7 (43). – Приложение к журналу. – С. 22—25.
7. Дударева, Е. А. Новый подход к лечению пациентов с начальными проявлениями хронической цереброваскулярной недостаточности / А. Ю. Савченко, Е. А. Дударева // Актуальные проблемы психиатрии и неврологии : материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции с международным участием. – СПб. : Изд-во «Человек и здоровье», 2007. – С. 146.

8. Дударева, Е. А. Нейрогуморальные и психоэмоциональные аспекты гипертонической болезни / С. С. Бунова, Н. Н. Карловская, А. М. Винжегина, Е. А. Дударева // Артериальная гипертензия. – 2008. – Т. 14, № 4. – С. 341—346.
9. Дударева, Е. А. Диагностика и способы коррекции нарушений психонейрогуморальных взаимоотношений у больных гипертонической болезнью в сочетании с ожирением : методические рекомендации / Е. А. Дударева. – Омск, 2009.
10. Дударева, Е. А. Взаимовлияние личностных особенностей и методов психокоррекции на динамику качества жизни пациентов с хронической цереброваскулярной недостаточностью / Е. А. Дударева, Т. И. Иванова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2010. – № 2 (59). – С. 105—108.
11. Дударева, Е. А. Пограничные психические расстройства в общей медицинской практике / Е. А. Дударева, Е. А. Абрамова, Г. А. Липатова, И. А. Устинова // Современные направления развития регионального здравоохранения : материалы научно-практической конференции, посвященной 90-летию Омской областной клинической больницы. – Омск, 2010. – С. 516—518.
12. Дударева, Е. А. Влияние личностных особенностей и методов психотерапии на динамику качества жизни пациентов с хронической цереброваскулярной недостаточностью / Е. А. Дударева // Онтогенетические аспекты психического здоровья : тезисы докладов научно-практической конференции. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2010. – С. 72—74.
13. Дударева, Е. А. Особенности личности пациентов с хронической цереброваскулярной недостаточностью / Е. А. Дударева, Т. И. Иванова // Материалы XV съезда психиатров России. – М., 2010. – С. 98.
14. Дударева, Е. А. Особенности личности пациентов с органическими непсихотическими расстройствами на начальных этапах дисциркуляторной энцефалопатии / Е. А. Дударева, Т. И. Иванова // Резидуально-органическая патология головного мозга (онтогенетический аспект) : тезисы докладов региональной научно-практической конференции. – Кемерово, 2011. – С. 76—79.
15. Дударева, Е. А. Организация помощи пациентам с органическими непсихотическими расстройствами сосудистого генеза / Е. А. Дударева, Т. И. Иванова // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2011. – № 6 (69). – С. 70—74.