



Структура нарушений иммунитета у обследованных детей.

Таблица 3

Показатели системы фагоцитоза до и после лечения ИРС-19

Показатели	Здоровые дети	До лечения	После лечения
Фагоцитирующие клетки, %	62,1±2,1	45,3±1,5*	57,4±1,9
Фагоцитарное число	7,2±1,16	4,7±0,79*	6,3±0,47
НСТ-тест, %	53,4±2,3	48,8±1,7	50,8±1,7

мя ОРЗ было обострение аденоидита или синусита, что потребовало назначения антибактериальных средств. Переносимость ИРС-19 препарата была хорошей, побочных эффектов не отмечалось.

У 26 детей (10 детей с хроническим гайморитом, 16 — с аденоидитом) были исследованы иммунологические показатели на фоне лечения ИРС-19. Структура выявленных изменений иммунитета до лечения препаратом приведена на рисунке.

Данные показателей фагоцитоза до и после лечения ИРС-19 представлены в табл. 3. После лечения препаратом заре-

гистрировано достоверное повышение фагоцитарной активности лейкоцитов и фагоцитарного числа до уровня возрастной нормы.

Таким образом, терапия ИРС-19 привела к снижению частоты инфекционных заболеваний ЛОР-органов, более благоприятному клиническому течению обострений, использованию меньших доз антибактериальных препаратов или к их отмене.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маянский Д.Н. //Тер. арх. — 1992.
2. Рязанцев С.В.//Новости оториноларингол. и ЛОР-патол. — 1999. — № 1. — С. 107—108.
3. Стефани Д.В., Вельтищев Ю.С. Иммунология и иммунопатология детского возраста: Руководство для врачей. — М., 1996.
4. Хаитов Р.М., Пинегин Б.В., Истамов Х.И. Экологическая иммунология. — М., 1995.

Поступила 28.01.00.

EFFICIENCY OF THE IRS-19 AEROSOL VACCINE IN CHILDREN WITH RELAPSING DISEASES OF UPPER RESPIRATORY TRACT

G.A. Makovetskaya, V.V. Zhestkova, T.L. Kuznetsova

S u m m a r y

The use of the IRS-19 aerosol vaccine results in decreasing of the rate of the infectious diseases of otorhinolaryngologic organs in children suffering from adenoids, sinusitis, complications of acute respiratory diseases.

УДК 616.895.4 — 08

МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К КЛИНИКО-ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ

А.Ю.Зимаков, А.М. Карпов

Кафедра психиатрии, наркологии и психотерапии (зав. — проф. А.М. Карпов) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, Республиканская психиатрическая больница (главрач — Ф.Ф. Гатин) МЗ РТ

Термин “соматоформные расстройства” (СР) вошел в медицинскую литературу с конца 80-х годов и используется для обозначения тех психических расстройств, которые имеют феноменологическое сходство с соматическими заболеваниями [4]. В существенной мере

категории СР являются аналогом понятия ипохондрии, которое применялось ранее.

Анализ литературных сведений о СР показывает большое разнообразие представлений о них. Они описаны как симптомы, как синдромы, как самостоятель-

ное заболевание, в форме неврозов, психопатий и психозов, как элемент в структуре сложных синдромов [6 — 8]. Отсутствие единства мнений разных авторов о сути СР можно объяснить использованием исследователями феноменологического подхода, который позволяет давать полные клинические описания ипохондрии, но не сопровождается структурно-динамическим анализом описанных состояний.

Мы предлагаем представить СР в виде конструкций, включающих следующие компоненты.

1. Сенсорный компонент — различные ощущения в теле, которые имеются у больных, привлекают их внимание, требуют объяснения, вызывают эмоциональные реакции, то есть становятся объективной для больных причиной озабоченности своим здоровьем [5, 12].

2. Когнитивный компонент — фиксация и запоминание больным своих ощущений, а также их толкование [2]. Этот компонент включает неосведомленность в сути заболевания и неопределенность прогноза, которые играют роль стрессорирующего фактора. Собственная концепция заболевания пациента может обрести форму навязчивых, сверхценных и бредовых расстройств [9].

3. Вегетативный компонент — изменение пульса, кровяного давления, глубины и частоты дыхания, температуры тела, стула и пр. Чаще всего вегетативные проявления являются вторичными — следствием стрессовой реакции больного на собственную концепцию болезни, но пациенты этого не осознают. Для них вегетативные проявления также служат объективными признаками наличия тяжелой болезни [3, 11, 12].

4. Аффективный компонент — чувство тревоги, страха, опасности, депрессия, обиды и др. [6, 13]. Нередко бывает и агрессия в отношении врачей, не согласных с мнением больного о необходимости срочного лечения и подозреваемых в умышленном, заинтересованном неоказании помощи.

5. Поведенческий (волевой), или социальный, компонент — поведение

больного, обусловленное наличием ипохондрии. Существенной особенностью поведения больных с СР является их стеничность, желание быть больным и обязать врачей заниматься их лечением. Характерны борьба за диагноз, наличие большого количества консультаций и рекомендаций разных специалистов, манипулирование ими, склонность к сутяжничеству [9]. Часто ипохондрия становится целе- и смыслообразующим элементом поведения больных. Все ресурсы личности интегрируются, обретают конструктивность и направленность. В борьбе за диагноз, лечение и льготы больные способны преодолевать такие препятствия, с которыми не в состоянии справиться здоровые люди. В этом проявляются “вторичная” польза болезни, необходимость ее присутствия для удовлетворения актуальных потребностей личности по механизмам переноса: “Выражение личностного психологического страдания в форме телесных жалоб” [6].

6. Временной компонент — цикличность, фазность, стабильность. Любая характеристика течения заболевания находит соответствующее отражение в концепциях болезни и лечения больного. Большое значение имеет длительность заболевания. Чем дольше присутствуют все проявления заболевания, тем более разработанными и “доказательными” становятся когнитивный, аффективный и волевой компоненты СР [7, 8].

7. Терапевтический компонент — реакция на терапию. Концепцию болезни пациенты дополняют соответствующей концепцией лечения [6]. Если эта концепция больного не соответствует диагнозу и плану лечения врача-куратора, то между больным и врачом возникает скрытая конфронтация. Негативное отношение к клинически и патогенетически обоснованной терапии, но не соответствующей концепции больного, значительно снижает эффективность лечения, а это, в свою очередь, укрепляет когнитивный компонент ипохондрического расстройства. Побочные действия лекарств усиливают сенсорные и вегетативные компоненты.

Структурирование соматоформных расстройств на эти элементы, анализ взаимосвязей между ними позволяют получать конструктивные представления об ипохондрических состояниях, проводить клиническую классификацию, дифференциальную диагностику, психо- и фармакотерапевтическую коррекцию как отдельных компонентов СР, так и различных блоков из них. Их оценка в динамике даст возможность дифференцировать различные варианты СР и выработать системные представления о них, отразить роль нозологических, этиологических, терапевтических, культуральных, личностных и других факторов, определяющих специфику СР у конкретных больных, установить закономерные связи между элементами, а затем разработать методы дифференцированной терапии больных с СР.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психических больных: Руководство для врачей. — М., 1988.
2. Блейхер В.М., Круг И.В. Толковый словарь психиатрических терминов.— Воронеж, 1995.
3. Глазов А.В. Тезисы докладов, посвященных 60-летию Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР.— М., 1981.

4. Ипохондрия и соматоформные расстройства / Под ред. А.Б. Смулевича. — М., 1992.
5. Леонгард К. Акцентуированные личности. — Киев, 1989.
6. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. — СПб., 1995.
7. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия. — М., 1997.
8. Руководство по психиатрии /Под ред. Г.В. Морозова. В 2-х т. II. — М., 1988.
9. Чудновский В.С., Чистяков Н.Ф. Основы психиатрии. — Ростов-на-Дону, 1997.
10. Delay J., Deniker D. Methodes chimiotherapeutiques en Psychiatric. — Masson, Paris, 1961.
11. Katon W.// J. Fam. Pract. — 1988. — Vol. 27. — P. 579 — 580.
12. Kellner R.// J. nerv. ment. Dis. — 1990. — Vol. 178. — P. 150 — 160.
13. Maruta T., Vatterott M.K., McHardy M.G.// Pain. — 1989. — Vol. 36. — P. 335—337.

Поступила 10.10.00.

#### METHODICAL APPROACH TO THE CLINICOPHARMACOTHERAPEUTIC DIFFERENTIATION OF SOMATOFORM DISORDERS

A.Yu. Zimakov, A.M. Karpov

#### S u m m a r y

The term "somatoform disorders" in general is similar to the concept of hypochondria. Seven components (sensory, cognitive, vegetative, affective, behavioral, temporal, therapeutic) making it possible to perform the clinical classification are shown.

УДК 617.54—001—089.5—032:611.819.59

## НОВЫЙ МЕТОД ЭПИДУРАЛЬНОГО ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ПРИ ЗАКРЫТОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ТРАВМЕ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Р.Р. Сафин, О.Г. Анисимов, А.А. Назипов

Научно-исследовательский центр Татарстана "Восстановительная травматология и ортопедия" (директор — чл.-корр. АНТ, проф. Х.З. Гафаров), г. Казань

Адекватное обезболивание является одним из основных условий в лечении закрытых механических повреждений груди [1, 9]. В случаях множественных и флотирующих переломов ребер рекомендуется торакальная эпидуральная анестезия, которая купирует боли при дыхательных экскурсиях, кашле, улучшает микроциркуляцию, газообмен и уменьшает объем шунтируемой крови [2, 7, 9]. Тем не менее этот метод анестезии не нашел широкого применения во многих лечебных учреждениях, ока-

зывающих стационарную травматологическую помощь. Причиной этого являются опасность повреждения спинного мозга при пункции эпидурального пространства в грудном отделе и техническая сложность ее выполнения.

Идея осуществить торакальную эпидуральную анестезию без пункции эпидурального пространства в грудном отделе позвоночника отнюдь не нова. В педиатрической практике некоторые зарубежные врачи с этой целью предложили проводить катетер на металлическом