

2. Традиционная терапия больных псориазом не оказывает существенного влияния на состояние гуморального иммунитета.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бахмистерова Л.А., Бычко-Токопой И.О.// Вестн. дерматол. — 2000. — № 4. — С. 41—45.
2. Гараева З.Ш., Сафина И.А. и др. Юбилейная конференция КНИИЭМ —5—6 декабря 2001. Казань. — С. 50—51.
3. Зинкевич О.Д. и др.//Журн. микробиол. — 1999. — № 2. — С. 65—68.
4. Райхер Л.И.//Журн. микробиол. — 1998. — № 2. — С. 9—12.
5. Шарапова Г.Я., Короткий Н.Г., Молоденков М.Н. Псориаз.— М., 1989.

Поступила 08.06.01.

PECULIARITIES OF HUMORAL ANTIBACTERIAL IMMUNITY IN PATIENTS WITH PSORIASIS

Z.Sh. Garaeva, N.A. Safina, V.T. Kuklin, E.V. Bilyuk, O.D. Zinkevich

Summary

It is revealed that in patients with psoriasis the average indices of antibodies to eight of ten microbic antigens of normal microflora under study were significantly decreased in comparison with the indices of healthy persons. After the treatment the endotoxin level in blood was reduced by 10—100 times but did not reach the standard. The results obtained show the essential role of humoral immunity state to endotoxine and the condition of pathogenic intestine microflora in the development and acute condition of psoriasis.

УДК 616.613—003.7—039.31—06:616.89

ПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПОЧЕЧНОЙ КОЛИКОЙ

А.В.Онегин, К.К.Яхин, М.Э.Ситдыкова

Кафедра психиатрии и наркологии (зав. — проф. К.К.Яхин), кафедра урологии (зав. — проф. М.Э.Ситдыкова) Казанского государственного медицинского университета

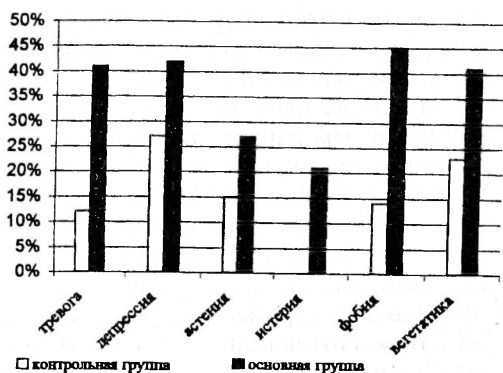
К числу самых распространенных клинических проявлений мочекаменной болезни (МКБ) относится симптомокомплекс почечной колики (ПК) [2, 6, 7]. Ведущее значение в клинической картине ПК, кроме болевого синдрома, придается и тревожно-фобической симптоматике [1, 4, 5]. Однако несмотря на давность изучения данного вопроса практически не исследовались распространенность и структура психических расстройств, а также их влияние на течение МКБ.

Целью данного исследования являлась оценка распространенности и структуры психических расстройств, а также особенностей личности больных с ПК. Были обследованы 149 больных с установленной МКБ в возрасте от 18 до 70 лет (мужчин — 82, женщин—67), при этом основным методом был клинико-психопатологический. Полученные результаты дополняли экспериментально-психологическими методиками — ММРП, клиническим опросником для выявления пограничных психических состояний [8], шкалами тревоги и депрессии Гамильтона. Достоверность результатов оценивали способом угловой трансформации (φ-преобразование Фишера) с введением поправки Йейтса [3].

Больные были разделены на две группы в зависимости от клинических проявлений уrolитиаза. В контрольную группу вошли лица с МКБ, у которых в клинической картине не было ПК, в основную группу — больных уrolитиазом, в клинической картине которых был хотя бы один эпизод ПК.

Контрольная группа состояла из 26 пациентов. Распределение по полу было равным. Возраст больных колебался от 17 до 62 лет, однако большинство из них находились в возрасте от 50 до 59 лет. Образовательный ценз был высоким — 65% пациентов имели высшее образование. По семейному статусу эта группа кардинально отличалась от больных с ПК. Число женатых (замужних) было достоверно меньше ( $P < 0,05$ ), чем во второй группе (46% и 72% соответственно). В данной группе преобладали пациенты с хорошими жилищно-бытовыми условиями (54%), средним материальным достатком (48%), а также небольшим стажем болезни (у 83% ее длительность не превышала 5 лет) и редкими обострениями заболевания (у 95% лиц обострения МКБ встречались не чаще 2 раз в год).

Клиническая картина уrolитиаза была представлена в основном тяжестью



Структура психических расстройств у больных с уролитиазом.

и тупыми болями в пояснице (73%), гематурией (27%) и дизурией (19%). Обострения заболевания, как правило, провоцировались физической нагрузкой (46%) и погрешностями в диете (27%). Психические нарушения (см. рис.) встречались у 23% больных контрольной группы и были представлены в основном депрессивной (27%) и астенической симптоматикой (15%), а также вегетативными расстройствами (23%). Психопатологическая симптоматика проявлялась слабостью, вялостью, повышенной утомляемостью, сонливостью, отсутствием сил, чувством безрадостности, подавленностью и угнетенностью, метеотропностью и диссомническими расстройствами. Экспериментально-психологические методы также подтверждали клинические наблюдения. По шкалам Гамильтона тревога выявлялась в 15% случаев, а депрессия — в 38%. По тесту ММРІ показатели “Т” превышали 70 баллов преимущественно по шкалам достоверности (31%), пессимистичности (35%), эмоциональной лабильности (12%), тревожности (12%) и индивидуальности (15%). В целом же преобладали лица с астеническим типом реагирования (19%). В структуре личностных особенностей превалировали такие черты, как эмоциональная неустойчивость, конформность, социальная податливость, нормативность и отказ от самореализации. Преобладание астенической дезадаптации, по данным ММРІ, в первую очередь указывает на склонность этих больных к невротическим реакциям в виде сниженного настроения, волнения, чувства вины с самокритичным отношением к своим недостаткам и неуверенность в себе.

В состав основной группы входили 123 пациента (69 мужчин и 54 женщины). Возраст колебался от 20 до 70 лет, из них 86% были в возрасте от 40 до 59 лет. Преобладали лица со средним образованием (47%), семейные (72%), плохими жилищно-бытовыми условиями (70%) и низким материальным достатком (85%). Отягощение наследственности психическими болезнями (10%), заболеваниями сердечно-сосудистой (43%) и мочеполовой (38%) систем, чрезмерная фиксация родителей на болезнях пациентов в детстве (18%), частые конфликты в семье (31%) и на работе (28%), психические травмы детского возраста (64%) приводили к повышенному невротическому фону в виде страхов темноты, одиночества (35%) и ночных кошмаров (15%). Для этой группы были характерны большая длительность болезни (50% лиц болели свыше 5 лет), нарастание частоты обострений (у 48% лиц обострения уролитиаза встречались чаще 3 раз в год), высокая частота стрессовых ситуаций по сравнению с таковыми в контрольной группе ( $P < 0,05$ ).

Клиническая картина МКБ в основном была представлена ПК (87%), тяжестью и тупыми болями в пояснице (47%), а также гематурией (19%). Приступы болезни, как правило, провоцировались физической нагрузкой (49%) и психоэмоциональным напряжением (29%). Кроме того, у больных основной группы достоверно чаще ( $P < 0,05$ ) встречались такие симптомы, как тошнота и рвота (40%), нарушения сна (33%) и повышение температуры тела (29%). Психические нарушения возникали в 54% случаев ( $P < 0,05$ ). В структуре психических расстройств (см. рис.) преобладала тревожная симптоматика — у 41% ( $P < 0,05$ ), депрессивная — у 43% и фобическая — у 45% ( $P < 0,05$ ).

Тревожно-депрессивный синдром был ведущим у 17 (14%) больных и проявлялся тревогой и беспокойством за себя и близких, ожиданием какого-либо несчастья, неустойчивым настроением, нерешительностью, подавленностью, медлительностью и вялостью, диссомническими расстройствами и сексуальными затруднениями, а также имел место у 21 (17%) больного в виде длительного эмоционального напряжения, тревожности за себя и близких, ожидания какого-либо несчастья, перепроверки выполненных действий, сомнений в

правильности поступков и решений, неусидчивости, повышенной раздражительности и вспыльчивости, диссомнических расстройств, неспособности расслабиться из-за страха перед новыми приступами ПК, стремления избежать ситуаций, когда эти приступы могут повториться, что приводило больных к защитному поведению в виде снижения физических нагрузок, ухода от психоэмоциональных переживаний и стрессовых ситуаций. У 12 больных наблюдалась депрессивно-фобическая симптоматика: тревога и беспокойство за себя и близких, ожидание какого-либо несчастья, перепроверка выполненных действий, сниженное настроение и безрадостность мыслей, медлительность и вялость.

По шкалам Гамильтона тревога выявлялась в 36% случаев ( $P < 0,05$ ), а депрессия — в 61%. По тесту ММРІ показатели “Т” превышали 70 баллов преимущественно по шкалам достоверности (46%), ипохондрии (37%), пессимистичности (47%), эмоциональной лабильности (33%), ригидности (33%), тревожности (27%) и индивидуалистичности (37%). В целом же в 43% случаев преобладал психосоматический тип реагирования ( $P < 0,05$ ). В структуре личностных изменений, по данным ММРІ, при ПК отмечались такие черты, как эмоциональная лабильность, ипохондричность, склонность к острому переживанию неудач, волнению, повышенное чувство вины, неуверенность в себе, психастения, избыточная драматизация происходящих событий, нервозность и выраженные вегетативные расстройства.

Выявленный механизм защиты по типу “бегства в болезнь” проявлялся стремлением индивида переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих и служил единственным социально-приемлемым способом оправдания своей пассивности. Возникающая в некоторых случаях повышенная раздражительность и острое чувство обиды лишней раз подчеркивают наличие тесной связи между соматическими и психическими проявлениями. В целом же обнаруживаемая у этих больных психосоматическая дезадаптация указывает на перекрывание каналов как поведенческого, так и невротического способа реагирования, что ведет к соматизации внутреннего конфликта, мишенью которого становится наиболее сла-

бое звено одной из функциональных систем организма (в данном случае мочеполовая система).

Однако несмотря на высокую частоту ПК при МКБ и наличие выраженной психопатологической симптоматики в структуре этого феномена данных о применении средств, направленных на купирование психоэмоционального напряжения, уменьшения тревоги и беспокойства, а также снижения вегетативных нарушений в доступной нам литературе мы не обнаружили. По результатам наших исследований, в состав комплексной терапии ПК помимо спазмолитических и антиалгических средств целесообразно включать препарат, обладающий именно противотревожным действием.

Одним из наиболее приемлемых препаратов в настоящее время является диазепам, который обладает рядом преимуществ перед другими лекарственными средствами: непосредственное анксиолитическое действие, седативный эффект, спазмолитическое действие, вегетотропность, усиление действия антиалгических, спазмолитических и психотропных препаратов, возможность непосредственного внутривенного или внутримышечного введения для быстрого терапевтического эффекта. С учетом того, что тревожная, депрессивная и фобическая симптоматика сама может спровоцировать возникновение приступов ПК, для профилактики повторных обострений МКБ в периоде стационарного лечения в состав комплексной терапии необходимо включать препараты, обладающие противотревожным (мебикар, фенибут, рудотель) и антидепрессивным (коаксил) действием, а также методы психотерапевтического воздействия.

Таким образом, у больных уролитиазом с ПК выявляется высокая частота психических расстройств с преобладанием в их структуре тревожной и депрессивно-фобической симптоматики. Частота стрессовых ситуаций, особенности личности в форме тревожно-мнительных черт характера и пассивная стратегия поведения в конфликтных ситуациях, сочетающиеся с комплексом неблагоприятных социальных факторов, ведут к частым приступам ПК. В комплексной терапии пациентов с МКБ следует учитывать особенности психоэмоционального состояния этих больных с

обязательным включением в лечебно-профилактические мероприятия транквилизаторов и антидепрессантов, а также методов психотерапевтической коррекции.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вайнберг З.С. Камни почек. — М., 1971.
2. Деревянко И.М., Деревянко Т.И., Азиз Мохамед Биши. // Урология. — 1999. — №6. — С.15—18.
3. Лакин Г.Ф. Биометрия. — М., 1990.
4. Матвеев В.Ф., Черноуситов Е.В. 6-й Всероссийский съезд психиатров: Тезисы докладов. — М., 1990. — Т.3. — С.150—152.
5. Наку А.Г., Герман Г.Н. Психические расстройства при заболеваниях почек. Кишинев., 1981.
6. Смельковский В.П. Мочекаменная болезнь. — Куйбышев, 1965.

7. Учугина А.Ф. Мочекаменная болезнь (клиника, лечение, отдаленные результаты). Автореферат дисс. канд. мед. наук. — Горький, 1958.

8. Яхин К.К., Менделевич Д.М. Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний (Методические рекомендации для интернов и врачей). — Казань. 1978.

Поступила 19.01.01.

#### PSYCHIC DISORDERS IN PATIENTS WITH RENAL COLIC

A.V. Onegin, K.K. Yakhin, M.E. Sitykova

#### Summary

The structure of psychic disorders in renal colic is analysed. They are manifested by alarm, depressions and phobias. The methodical recommendations of using tranquilizers in combined therapy of urolithiasis as well as performing psychotherapeutic correction are developed.

УДК 616.314—089.843

## ОБРАЗОВАНИЕ КОСТНОЙ ТКАНИ ВОКРУГ ДЕНТАЛЬНЫХ МЕХАНИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ИМПЛАНТАТОВ С ПАМЯТЬЮ ФОРМЫ

Р.Г. Хафизов

*Кафедра ортопедической стоматологии (зав. — проф. М.З. Миргазизов)  
Казанского государственного медицинского университета*

Улучшение связи дентальных имплантатов с костной тканью до настоящего времени является актуальной проблемой. При взаимодействии с костной тканью, определяющим сроки приживления, большое значение имеют поверхности беспористых и пористых имплантатов из титана и его сплавов с памятью формы.

Целью данной работы являлось изучение реакции костной ткани вокруг дентальных механически активных имплантатов с памятью формы.

Для проведения данного исследования использовали 9 кроликов породы шиншилла массой от 2,5 до 3,0 кг. Имплантаты изготавливали из никелид-титанового сплава марки ТН-10 методом электроэрозионной обработки. В эксперименте устанавливали 18 механически активных имплантатов (из них 9 листов и 9 цилиндров) с заданным усилием активных элементов от 60 до 80 г.

Операцию проводили следующим образом: под тиопенталовым наркозом иссекали кожу в области угла нижней челюсти и, обнажая мягкие ткани, достигали кости. Создавали лунки используя сверла, охлаждая их физиологическим раствором. Затем устанавливали механически активные имплантаты и рану ушивали.

Через 1, 3, 6 месяцев кроликов умерщвляли, вычленили нижние челюсти с имплантатами и вынимали блоки костной ткани. Далее эти препараты фиксировали в 10% нейтральном формалине до 3 суток, промывали в проточной воде в течение одного часа и переносили в спирт в возрастающей крепости (50—70—80—96°), где выдерживали их по суткам. После этого препараты переносили в абсолютный спирт, где они окончательно обезжизивались. Абсолютный спирт меняли дважды в течение 5 часов.

Сканирующую электронную микроскопию (SEM) проводили с применением микрозондового рентгеноспектрального анализа (X-ray electron probe analysis). Для этого использовали электронный микроскоп РЭММА-202 М, совмещенный с энергодисперсионными и волновыми рентгеновскими спектрометрами. Предварительно обезвоженные образцы помещали в вакуумную установку ВУП-4. При остаточном давлении  $5 \cdot 10^{-5}$  мм Hg производили напыление проводящего материала (С, Ag). Полученные таким образом препараты изучали под электронным микроскопом.

По данным сканирующей электронной микроскопии с применением микрозондового рентгеноспектрального ана-