

ных АХ, зависит от формы М: при генерализованной форме их уровень в крови выше, чем при локальных формах. При сравнении показателей, специфичных АХ, в крови больных М в зависимости от пола, возраста, длительности заболевания, степени тяжести и типа течения, достоверных различий не выявлено.

Наши исследования в группе больных с клинической симптоматикой, имитирующей РС или М, показали отсутствие характерных для РС и М иммунных ответов на действие резерпина или прозерина как на клеточном, так и на гуморальном уровнях, что было одним из аргументов, позволивших отвергнуть диагноз РС или М. При дальнейшем клиническом наблюдении у больных этих групп были установлены следующие диагнозы: синдром вегетативной дистонии с оптико-вестибулярными нарушениями, астенический или истерический невроз, токсическая мозжечковая атаксия, опухоль ствола мозга, вестибулопатия, острое нарушение мозгового кровообращения в бассейне основной артерии, аневризма внутренней сонной артерии, гипотериоз с миастеноподобным синдромом, офтальмоплегическая миопатия.

Таким образом, полученные результаты могут быть использованы в качестве диагностических маркеров РС и М, а предложенные

способы иммунодиагностики позволят диагностировать эти заболевания в дебюте, при стертых, атипичных и прозеринрезистентных формах М.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Быкова А.А. Иммунный механизм химического гомеостаза, его характеристика и значение для фармакологии: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук.—Казань, 1986.
2. Бисага Г.Н., Головкин В.И., Лытаев С.А., Михайленко А.А. //Журн. неврол. и психиатр.—1996.—№ 96.—С. 40—43.
3. Евсеев В.А. //Иммунология.—1980.—№ 3.—С.25—38.
4. Лобзин В.С., Сайкова Л.А., Полякова Л.А. Диагностика и лечение миастении.—Л., 1984.
5. Леонович А.Л., Абрамчик Г.В., Старостенко Л.И. Клинико-экспериментальное обоснование патогенетической терапии рассеянного склероза.—Минск, 1982.
6. Севастьянова Г.А., Оразова М.Э., Цирульникова Л.Г. Патогенетическая роль серотонина, пиридоксина, 4-пиридоксовой кислоты в лечении рассеянного склероза: Современные проблемы нейрофармакологии, принципы патогенетического лечения больных с нервными и психическими нарушениями.—М., 1984.—С.156—158.

Поступила 25.01.97.

УДК 616.831—005:616.12—008.331.1—06

*В.Н.Григорьева, А.В.Густов, О.В.Котова*

## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СОМАТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РАЗВИТИЯ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ СОСУДИСТОГО ПОРАЖЕНИЯ МОЗГА У БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Нижегородская государственная медицинская академия*

**Р е ф е р а т.** Проведен сравнительный анализ результатов клинико-психологического, функционального и биохимического обследований больных гипертонической болезнью с начальными формами недостаточности кровоснабжения мозга и больных с гипертонической болезнью без клинических проявлений сосудисто-мозговой недостаточности. Установлено достоверное изменение изучаемых показателей у больных 1-й группы. Сделано предположение о формировании при гипертонической болезни патологической дезадаптивной системы, что необходимо учитывать при лечении и профилактике начальных проявлений сосудистой мозговой недостаточности у больных данного контингента.

*В.Н.Григорьева, А.В.Густов, О.В.Котова*

**АРТЕРИАЛЬ ГИПЕРТЕНЗИЯ БЕЛӘН  
АВЫРУЧЫЛАРДА БАШ МИЕ ТАМЫРЛАРЫ  
ЗАРАРЛАНУНЫҢ БАШЛАНГЫЧ ФОРМАСЫ  
ҮСЕШЕНЕҢ ПСИХОЛОГИК  
ҺӘМ СОМАТИК ФАКТОРЛАРЫ**

Баш миен кан белән тәэмин итү житешмәүең башлангыч формасы гипертоник авырулы һәм тамыр — ми житешсезлекләрең клиник чагылышыз гипертония авыруы кичерүчеләрнең клиник-психологик, функцио-

наль, биохимик тикшеренүләргә чагыштырма анализ үткәрелә. 1-нче группа авыруларда өйрәнелүче күрсәткечләрнең өзгөрешләр ышавдырырлык дәлиләнә.

Гипертония белән авырганда патологик дезадаптив системa формалаша дип фараз ителә, монь әлеге авыруларда тамыр — миe житешсезлегенә беренче (башлангыч) чагылышында ук истә тоту зарури.

*V.N.Grigoryeva, A.V.Gustov, O.V.Kotova*

## PSYCHOLOGICAL AND SOMATIC FACTORS OF PROGRESSION OF INITIAL FORMS OF VASCULAR BRAIN LESIONS IN PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION

Comparative analysis of the results of clinical psychological, functional and biochemical examination of hypertensive disease patients with initial forms of brain blood supply insufficiency and with hypertensive disease without clinical manifestations of vascular brain deficiency has been carried out. A reliable change of findings under discussion in patients of the 1st group has been determined. It was assumed that in hypertensive disease pathologic system is forming, which you must take into account in curing and prophylaxis of the initial manifestation of vascular brain deficiency in patients of the given group.

**Х**ронические формы расстройств мозгового кровообращения как наиболее распространенные осложнения гипертонической болезни (ГБ) представляют собой серьезную социально-экономическую проблему, поскольку приводят к нарушениям трудоспособности и инвалидизации лиц зрелого возраста [1, 4]. Это определяет актуальность изучения взаимосвязи между различными факторами патогенеза цереброваскулярной недостаточности при артериальной гипертензии в целях оптимизации профилактических и лечебных мероприятий.

Известна значительная роль эмоционально-го стресса в развитии как самой ГБ, так и сосудистой патологии мозга у данных больных [5, 11, 13]. Активизация симпатико-адренальной системы с соответствующими вегетативными и нейрогуморальными сдвигами, исходно имеющая адаптационный характер, при хронизации стресса приобретает патогенное значение [3]. Поскольку выраженность эмоционального напряжения определяется не только силой и характером внешних психогенных воздействий, но и индивидуально-личностными свойствами индивидуума, последним придается большое значение в формировании цереброваскулярной патологии при ГБ [12].

В данной работе предпринята попытка уточнить некоторые возможные психологические и медико-биологические детерминанты развития начальной недостаточности кровоснабжения мозга при гипертонической болезни, а также определить характер связей между ними.

Обследованы 36 больных в возрасте от 22 до 55 лет с гипертонической болезнью I-II А стадии (мужчин — 21, женщин — 15), которые находились на лечении в Нижегородской областной клинической больнице. В 1-ю группу вошли больные (21 чел.), у которых, согласно общепринятым критериям [1], диагностированы начальные формы сосудисто-мозговой недостаточности (начальные проявления недостаточности кровоснабжения головного мозга и дисциркуляторная энцефалопатия — 1), во 2-ю (15 чел.) — больные гипертонической болезнью без клинических признаков цереброваскулярной патологии. Всем больным проводились клиничко-неврологическое, психологическое, инструментальное, лабораторное обследования, при этом исключался симптоматический характер артериальной гипертензии. Изучали церебральную гемодинамику (проводили ультразвуковое исследование экстра- и интрацеребральных сосудов и кровотока в них, реоэнцефалографию), электроэнцефалографию, оценивали функциональное состояние сердечно-сосудистой системы (измеряли артериальное давление, частоту сердечных сокращений, вычисляли индекс Р.М.Баевского, минутный объем крови непрямым способом). Определяли уровень катехоламинов в суточной моче; хемилюминесцентным методом оценивали состояние перекисного окисления

липидов. Исследовали слухо-речевую память (проба с удержанием 6 слов, с определением числа запомнившихся с первого предъявления слов и числа повторений, необходимого для полного запоминания материала), а также объем внимания при помощи теста с отысканием чисел по таблицам Шульте.

Клиничко-психологическое обследование включало беседы с больными, изучение различных аспектов психического состояния и основных личностных характеристик с помощью теста СМОЛ (сокращенного теста ММРІ в русской адаптации) [6], оценку темперамента по опроснику структуры темперамента ОСТ с определением индексов социальной и предметной эргичности, пластичности, темпа и эмоциональности [10]. Поведенческие тенденции выявляли с использованием проективной методики "Hand-тест" в русской адаптации [8]. На основании клинических данных и результатов теста СМОЛ производили интегральную оценку степени психоэмоциональной дезадаптации по четырехбалльной системе [2].

Результаты анализировали с применением критерия Стьюдента и непараметрического метода углового преобразования Фишера для точного вычисления значимости долей, определяли корреляцию между изучаемыми показателями.

Средний возраст больных 1-й группы ( $46,4 \pm 1,2$  года) оказался достоверно выше, чем во 2-й группе ( $35,4 \pm 3,2$  года). Гипертоническая болезнь у одного или обоих родителей пациента была выявлена у 12 из 15 лиц 2-й группы, что достоверно превышало долю больных с отягощенным семейным анамнезом по гипертонической болезни в 1-й группе (6 человек из 22;  $P < 0,01$ ).

У больных обеих групп были обнаружены изменения глазного дна (ангиоспазм и/или начальный ангиосклероз сосудов сетчатки), нарушения липидного обмена с небольшим повышением коэффициента атерогенности, без значимых межгрупповых различий. У больных 2-й группы имелась тенденция к повышению содержания катехоламинов в суточной моче по сравнению со средненормальными показателями и соответствующими значениями в 1-й группе, однако указанные различия не являлись статистически достоверными. По данным ультразвуковой доплерографии, у больных 1-й группы достоверно чаще, чем во 2-й группе, выявлялись различной степени стенозы экстра- и/или интракраниальных сосудов (соответственно у 9 из 21 и у 2 из 15 человек;  $P < 0,05$ ). Повышение тонуса церебральных сосудов мелкого калибра, по данным реоэнцефалографии, также достоверно чаще регистрировалось у пациентов 1-й группы по сравнению со 2-й ( $P < 0,001$ ).

Средние показатели нейропсихологических проб по исследованию слухо-речевой памяти и внимания были достоверно хуже у лиц 1-й группы: отмечался более низкий объем воспро-

изведения стимульного материала после первого предъявления, требовалось большее число повторений для полного запоминания слов; большим оказалось и среднее время отыскания чисел по таблицам Шульте ( $P < 0,05$ ).

При тестировании по опроснику СМОЛ выявлен смешанный тип реагирования у всех обследованных. При этом усредненный профиль больных 1-й группы приближался к линейному (с небольшими пиками на шкалах 1, 2, 7, 8, 9), был подобен усредненному профилю больных 2-й группы, но располагался выше него на 5—10 баллов по всем шкалам. Для 1, 2 и 8-й шкал эти различия были статистически достоверны ( $P < 0,01$ ). Межгрупповые отличия выявлены в характере соотношения шкал достоверности: в 1-й группе отмечалось доминирование шкалы F над шкалами L и K, что могло отражать трудности адаптации, эмоциональную неустойчивость и откровенность пациентов, в то время как расположение шкал достоверности на усредненном профиле во 2-й группе свидетельствовало о нормальной реакции на процедуру тестирования. По данным клинического исследования и тестирования при помощи опросника СМОЛ, явления умеренной и выраженной психической дезадаптации диагностированы у 15 из 21 человек 1-й группы и ни у одного из 2-й группы.

При анализе результатов исследования структуры темперамента установлены более высокие значения индекса общей эмоциональности в 1-й группе, чем во 2-й ( $P < 0,01$ ). У пациентов обеих групп отмечалась тенденция к снижению показателя социального темпа и показателей социальной и предметной пластичности по сравнению с их средненормальными значениями.

По результатам проективного "Hand-теста" у больных 1-й группы обнаружено повышение среднего показателя "MAL" по сравнению с соответствующим показателем во 2-й группе ( $P < 0,01$ ), а также по сравнению с его средненормальным значением, приведенным в литературе [8]. Данный показатель отражает выраженность чувства внутреннего напряжения, тревоги, дискомфорта, страха, ощущения своей физической неадекватности, немощности. Отмечалось также повышение показателя "I", характеризующего склонность к открытому агрессивному поведению по сравнению с нормативами при отсутствии межгрупповых различий.

При корреляционном анализе результатов обследования больных 1-й группы установлено наличие положительных статистически достоверных связей клинико-психологической оценки выраженности психоэмоциональной дезадаптации с показателем активности антиоксидантной системы, а также с показателями предметной и социальной эмоциональности (по ОСТ). Коэффициенты корреляции показателей эмоциональности по ОСТ и клинико-психоло-

гической оценки выраженности психоэмоциональной дезадаптации с показателем "MAL" проективного "Hand-теста" являлись статистически достоверными, но отрицательными по знаку. Установлена отрицательная умеренная связь между различными показателями, отражающими выраженность психической дезадаптации, и результативностью выполнения нейропсихологических проб, показателями эргичности по данным ОСТ. Отрицательная связь также была выявлена между величиной индекса Баевского и показателем "I" "Hand-теста". Подобные интеркорреляции параметров у больных 2-й группы оказались более слабыми и статистически малодостоверными.

Таким образом, у больных 1-й группы по сравнению с больными 2-й группы выявлены ухудшение показателей церебральной гемодинамики, нарастание признаков нейропсихологической дисфункции и психоэмоционального напряжения. Полученные результаты подтверждают данные литературы о возникновении негрубых изменений со стороны познавательной деятельности (ухудшение памяти, вербально-логического мышления, внимания, восприятия) и эмоционально-личностной сферы (повышение уровня тревоги, астенические, ипохондрические и невротические реакции) при ранних формах нарушения мозгового кровообращения у больных ГБ [9]. Выявление связи между показателем антиоксидантной активности и выраженностью психоэмоционального напряжения у больных 1-й группы согласуется с литературными данными об изменениях характеристик перекисного окисления липидов биологических мембран при эмоциональном стрессе, что отражает развитие адаптационных перестроек биологических систем организма [2].

Установление достоверной корреляции между результатами различных методов исследования эмоционального статуса, с одной стороны, и интегральной оценкой психоэмоциональной дезадаптации, осуществляемой на основании анализа выраженности клинических общевневрологических проявлений в сочетании с данными теста СМОЛ, — с другой свидетельствует, с нашей точки зрения, о правомерности использования такой оценки на практике. И хотя нами было подтверждено нарастание психоэмоциональных нарушений у больных ГБ при формировании у них начальной сосудисто-мозговой недостаточности, тем не менее у них выявлена отрицательная взаимосвязь между выраженностью внутреннего дискомфорта, определяемого по более или менее осознанным ответам на вопросы о самочувствии, и выраженностью эмоционального напряжения, которое мы оценивали по результатам проективной методики исследования личности, обращенной к "подсознательному". Для объяснения данного факта, представляющего несомненный интерес, необходимы дальнейшие исследования.

Полученные данные, с нашей точки зрения, отражают стабилизацию нарушений на различных уровнях функционирования организма — психологическом, нейрофизиологическом, соматическом, что соответствует взглядам на возникновение устойчивых патологических систем при развитии заболевания [7]. Можно предположить, что начальная сосудисто-мозговая недостаточность при ГБ представляет собой звено в одной из таких дезадаптационных систем, формирующейся по типу следующего порочного круга: 1) недостаточность нейрофизиологических механизмов, обеспечивающих выработку и реализацию адаптационных программ (психологическим коррелятором является недостаточность механизмов личностного когнитивного и поведенческого реагирования), → 2) пролонгирование застойного возбуждения в структурах лимбико-ретикулярного комплекса с усилением и последующим истощением восходящих активирующих влияний на кору головного мозга (психологическим коррелятором являются модально-неспецифические расстройства памяти, внимания) и нисходящих вегетативных, нейрогуморальных и нейромышечных влияний, связанных с активацией симпатико-адреналовой системы, → 3) ухудшение системной и церебральной гемодинамики (вазоспазм) и истощение энергетических церебральных ресурсов.

Стабилизации данной патологической системы и ускорению развития цереброваскулярной патологии, по-видимому, могут способствовать неблагоприятные внешние психогенные и физиогенные воздействия, увеличивающие нагрузку на церебральные адаптационные механизмы (психотравмы, патогенные внешние звуковые, световые раздражители и др.) и/или факторы, ухудшающие метаболизм мозга (черепно-мозговые травмы, нейроинфекции и др.). Имеют значение врожденные свойства нервной системы и формирующиеся на их основе под влиянием социальной среды особенности психических процессов и личностного реагирования (низкая эргичность, скорость

и пластичность психических процессов, наличие конфликтов в мотивационно-потребностной сфере и др.), которые облегчают развитие эмоционального стресса и способствуют развитию гипертонической болезни и цереброваскулярной недостаточности.

Полученные данные подтверждают необходимость многоплановых воздействий социальной, психологической и медико-биологической направленности при проведении профилактики и лечения больных гипертонической болезнью с начальной цереброваскулярной патологией.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов Г.А. Начальные проявления сосудистых заболеваний головного мозга.—Л., 1983.
2. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства.—М., 1993.
3. Белова Е.В. //Кардиология.—1991.—№ 5.—С.83—85.
4. Зайцев В.П., Дворцов С.А. //Сов. мед.—1991.—№ 5.—С.50—52.
5. Калинин А.П., Неретин В.Я., Котов С.В. //Журн. невропатол. и психиатр.—1990.—№ 1.—С.134—138.
6. Козюля В.Г. Применение теста СМОЛ.—М., 1995.
7. Крыжановский Г.Н. //Журн. невропатол. и психиатр.—1996.—№ 6.—С.5—11.
8. Курбатова Т.Н., Муляр О.И. Проективная методика исследования личности "Hand-тест".—Санкт-Петербург, 1995.
9. Некрасова Е.М. Особенности познавательной деятельности и эмоционально-личностной сферы у больных артериальной гипертензией при ранних и обратимых формах нарушения мозгового кровообращения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.—М., 1987.—17 с.
10. Русалов В.М. Опросник структуры темперамента.—М., 1992.
11. Судаков К.В. //Физиологич. журн. им. И.М.Сеченова.—1993.—№ 8.—С.22—33.
12. Фанталова Е.Б. //Психологич. журн.—1992.—№ 1.—С.107—117.
13. Яковсон Г.С., Антонов А.Р., Пиковская Н.Б. //Пат. физиол.—1996.—№ 1.—С.30—34.

Поступила 07.02.97.

УДК (616.711+616.832)—001:618.3

И.И.Шоломов

## КЛАССИФИКАЦИЯ РОДОВОЙ ТРАВМЫ ПОЗВОНОЧНИКА И СПИННОГО МОЗГА

Саратовский государственный медицинский университет

**Р е ф е р а т.** Разработана рабочая классификация родовой травмы и позвоночника, которая соответствует общепринятой Международной классификации позвоночно-спинномозговой травмы. Ее использование позволит облегчить постановку диагноза и провести целенаправленную патогенетическую терапию в оптимальные сроки.

И.И.Шоломов

БАЛА ТУДЫРГАНДА КИЛЕП ЧЫККАН УМЫРТКА  
БАГАНАСЫ БЭМ АРКА МИЕ (ТРАВМАСЫ)  
ИМГЭНУНЕҢ КЛАССИФИКАЦИЯСЕ

Бала туырганда килеп чыгучу умыртка баганасы һәм арка мије имгәнүнәң (умыртка-арка мије имгәнүнәң) го-