

Г.С.ЖУНУСОВА
«Алматы» санаторийі, ҚР ПІБ

ДИССОМНИЯ СИНДРОМЫ

Түйін: Диссомния — ұйқының ұзақтығы немесе сапасы немесе екеуінің де қанағаттандырмайтын қалыпты ұйқының бұзылуы. Статистика бойынша аталмыш патологиялық жағдай әр бесінші адамда кездеседі. Сондай-ақ күн сайын ұйқының бұзылуы бойынша пациенттер саны өсуде.

Эндогенді диссомния ішкі себептерден пайда болады. Оларға психофизиологиялық пен идиопатикалық ұйқысыздық, нарколепсия, қайта соқпалы, идиопатикалық жарақаттан кейінгі ұйқышылдық, ұйқыдағы апноэ, Пиквик синдромы, түнгі миоклония мен аяқтардың тынымсыздану синдромы жатады.

Экзогенді диссомния ішкі себептерден пайда болады. Оларға жоғары ұйқысыздық, ұйқының жетіспеу синдромы, сондай-ақ ұйықтатын дәрілер қабылдау кезінде ұйқының бұзылуы, алкоголь ішімдігін пайдалану мен улардың әсер етуі кіреді.

Мақалада ұйқының бұзылуының әртүрлі түрлері мен олардың түзету тәсілдері талданған.

Түйінді сөздер: диссомния, ұйқының бұзылуы, рационалды психотерапия

G.S. ZHUNUSOVA
DYSSOMNIA SYNDROME

Resume: The fact that the prevalence of sleep disorders (according to various estimates, from 30 to 55% of the world population in certain periods of life have trouble sleeping), their poly etiology (various psychological factors, as well as more than 120 diseases are referred to as the most probable causes of this disease) are recognized. Complaints about sleep disorders are rarely the direct cause of the treatment of patients for medical treatment and are found primarily in the list of other complaints of physical or neuropsychiatric nature. Despite the fact that according to statistics in 2 cases out of 3 sleep disorders caused by mental health problems, in practice, most of the patients of this group is drawn to the doctors somatic network, a small number of them - to neurologists and most units - to the psychiatrist. Extension of the whole fair thesis that early detection and treatment of the underlying disease and normalizes sleep, in some cases an obstacle to timely and adequate correction of qualifications actually sleep disorders. At the same time it should be remembered that not only is the main disease that affects sleep, but the sleep state has an effect on the dynamics of the underlying disease. All this makes the problem of timely recognition and adequate care for sleep disorders is very important.

Dyssomnia - various sleep disorders, characterized by a change in its duration, depth, violation of waking and sleep rhythm. Such pathological conditions according to statistics there are today every fifth person, and the number of patients with sleep disorders is growing.

Endogenous dyssomnia due to internal reasons. These include psychophysiological and idiopathic insomnia, narcolepsy, recurrent, idiopathic and post-traumatic hypersomnia, sleep apnea, Pickwick syndrome, nocturnal myoclonus and restless legs syndrome.

Exogenous dyssomnia caused by external factors. These include altitude insomnia, sleep deficiency syndrome, and sleep disturbances while taking sleeping pills, stimulants, alcohol consumption or exposure to toxins.

The article analyzes the different types of sleep disorders, and methods of their correction.

Keywords: dyssomnia, treatment of sleep disorders, rational psychotherapy

Ю.И. БЕСПАЛОВ, К.А. АДильХАНОВА, Л.Ю. БЕСПАЛОВА, А.А. САДОВСКАЯ, М.А. АБДУКАРИМОВ
Г.М. АХМЕТОВА, М.О. АУЕЛБАЙ, Д. УСЕРБАЕВА

Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д.Асфендиярова
ГККП "Центр психического здоровья"

К ПРОБЛЕМЕ ДИССОЦИАТИВНЫХ (КОНВЕРСИОННЫХ) РАССТРОЙСТВ

УДК 616.895

Статья содержит исследование диссоциативных эквивалентов возникающих в рамках соматоформных расстройств, напоминающих органические неврологические заболевания. Анализ клинических проявлений и их особенностей у 27 пациентов, курируемых нами в стационарных и поликлинических условиях, у которых наблюдались различного рода психопатологические феномены, возникшие после сильных эмоционально значимых переживаний.

Ключевые слова: соматоформные расстройства, конверсия, клиника

Актуальность работы.

Соматоформные расстройства проявляются множественными полиморфными жалобами,

имитирующими соматические и неврологические заболевания, являются довольно распространенной и недостаточно изученной патологией, встречающейся

в общесоматической и психиатрической практике. Взгляды клиницистов на данную проблему довольно противоречивы, а иногда даже диаметрально противоположны.

В последние годы многие исследователи отмечают увеличение числа психической патологии у лиц, обращающихся к врачам общей практики: терапевтам, неврологам, семейным врачам и т.д. Как правило, при первых проявлениях симптомов болезни пациенты, страдающие различными соматоформными расстройствами, не попадают в поле зрения психиатров и психотерапевтов и длительное время безуспешно лечатся, переходя от одного врача к другому, подвергаются множеству методов исследования, часто на протяжении многих лет. Вот почему врачам любой специальности так важно вовремя распознать признаки соматоформного расстройства и своевременно начать адекватную терапию или рекомендовать пациентам обратиться к психиатрам и психотерапевтам. По данным ряда авторов, соматизированные симптомы возникают у 10-80% здоровых лиц, вызывая у них дискомфорт и беспокойство в отношении собственного здоровья, большая часть больных - женщины, в основном молодого и зрелого возраста.

При постановке диагноза «Соматоформное расстройство» в соответствии с критериями, описанными в Международной классификации болезней (10-й пересмотр), можно констатировать ряд диагностических трудностей. Наибольшие проблемы возникают, при всём разнообразии соматоформных расстройств, при диагностике диссоциативных (конверсионных) проявлений, так как в большинстве случаев возникает необходимость исключить органическое заболевание ЦНС в связи с тем, что они напоминают неврологические заболевания, характеризующихся внезапным и зачастую непродолжительным изменением или утратой какой-либо функции тела. Чаще всего наблюдаются различного рода анестезии и парестезии конечностей, глухота, слепота, anosmia, парезы, хореоформные тики, атаксии и др. Эти симптомы развиваются после психологического конфликта или какой-то нереализованной потребности, фрустрации, при этом пациенты не осознают, какая именно психологическая причина обуславливает расстройство, поэтому не могут управлять им произвольно. Такое проявление называется конверсией, - трансформацией эмоциональных нарушений в двигательные, сенсорные, психические и вегетативные эквиваленты.

Для достоверного диагноза диссоциативного (конверсионного) расстройства должно быть:

- наличие клинических признаков, излагаемых пациентом в виде жалоб, характерных для отдельных расстройств;
- отсутствие какого-либо неврологического и физического нарушения, с которым могли бы быть связанные выявленные симптомы;
- взаимное исключение симптоматики после психотравмы в форме прослеживаемой связи по времени со стрессовой ситуацией или жизненными проблемами.

Материалы и методы.

В наблюдении приняло участие 27 пациентов которые проходили лечение в стационарных и поликлиническом отделениях, у которых наблюдались те или иные проявления соматоформных расстройств имитировавшие

неврологическую патологию, и подчас представлявшие трудности в диагностике. Диагностика проводилась с помощью применяемого в психиатрии психопатологического метода, а так же с привлечением специалистов смежных специальностей.

Цель работы.

Содержанием настоящей работы являлся анализ клинических проявлений и их особенностей у пациентов, курируемых нами в стационарных и поликлинических условиях, у которых наблюдались различного рода психопатологические феномены возникшие после сильных эмоционально значимых переживаний, связанных с увольнением с работы, семейными скандалами, переживаниями, в связи с заболеванием угрожающим жизни родным. Возникшие симптомы напоминали неврологические заболевания, сопровождалась сниженным настроением, тревогой, нарушением сна, мыслями о тяжёлом часто неизлечимом соматическом и неврологическом заболевании.

В наших наблюдениях у большинства пациентов на начальном этапе заболевания практически невозможно было полностью исключить неврологическую патологию, способную вызвать диссоциативные (конверсионные) симптомы. Поэтому требовалось довольно длительное наблюдение за пациентами, проведение многочисленных диагностических процедур, включающих тщательное неврологическое обследование, вплоть до МРТ, с целью исключить опухоль мозга и другие органические заболевания. До этого времени мы останавливались на предварительном диагнозе диссоциативного (конверсионного) расстройства, чтобы не пропустить тяжёлое соматическое заболевание. Окончательный диагноз конверсионного расстройства выставляли тогда, когда становилось очевидным, что симптомы, наблюдаемые у пациентов, не были обусловлены неврологическим и соматическим заболеваниями, воздействием психоактивных веществ, а вытекали из бессознательных психологических механизмов вызвавших диссоциативные феномены не соответствующие симптомам истинных неврологических расстройств.

Из всего разнообразия расстройств, напоминающих неврологические заболевания, у 4-х больных наблюдался диссоциативный ступор, который проявлялся резким уменьшением или отсутствием произвольных движений и реакций на внешние раздражители (например, на прикосновение, громкие обращения, просьбы совершить то или иное движение).

Диссоциативное нарушение походки возникало у 3-х больных в виде некоординированных движений, атаксии, пошатывания, подёргиванием корпуса, а также размахиванием руками. Нарушение походки усиливалось, когда на больном было сосредоточено пристальное внимание.

Диссоциативный паралич возник у 4-х пациентов, которые длительное время не могли совершать движения какой-либо частью тела. Паралич был вызван одновременным сокращением мышц-сгибателей и мышц-разгибателей, которые были на самом деле не парализованы. Паралич охватывал у одних верхние, а у других нижние конечности. При этом распространение симптомов паралича не соответствовало иннервации, рефлексы были не изменены, патологические рефлексы отсутствовали,

а также не наблюдалась мышечная атрофия и изменение тонуса. Почти аналогичная картина наблюдалась у 3-х больных, которые постоянно находились в постели, не могли встать, но самостоятельно садились когда за ними не наблюдали или предлагали сесть (астазия-абазия). Диссоциативный тремор наблюдался у 5-и больных, он носил у большинства из них грубый характер и распространялся на всю конечность, усиливаясь при привлечении внимания. У 2-х из этих пациентов одновременно возникали диссоциативные тики, а у 3-х они носили самостоятельный характер. В этих случаях требовалось особенно тщательное неврологическое исследование, так как хореоидные движения органической природы особенно легко принять за симптомы психогенного происхождения. Диссоциативная афония возникала у 3-х пациентов, а мутизм у 2-х после внезапных эмоциональных переживаний, связанных с угрозами жизни и грубыми оскорблениями, также в одном случае, как реакция на аналогичные расстройства у близкой родственницы после перенесенного инсульта. Эти состояния не сопровождались заболеваниями голосовых связок и заболеваниями полости рта. Основное отличие диссоциативных расстройств от органических у всех 27 пациентов заключалось в том, что проявления заболевания большей частью не соответствовали зонам, отвечающим за области разветвления кожных или мышечных нервов; степень выраженности этих нарушений была изменчива и в той или иной степени уменьшалась

при внушении или самовнушении. Симптомы заболевания во всех случаях возникали на фоне эмоциональной неустойчивости пациентов, сопровождаемая тревогой и сниженным настроением. Жалобы больных носили отчасти драматический характер, сопровождались излишней детализацией, были часто расплывчаты, неточными и не согласованы во времени. У большей части пациентов были выявлены такие черты личности как эмоциональная незрелость, демонстративность, элементы инфантилизма, непостоянство, экзальтация чувств. Пациентов на начальных этапах лечения не возможно было убедить в положительном исходе заболевания и особенно в том, что болезненные проявления связаны с психическими факторами. Убежденность эта возникала постепенно в ходе психотерапии и регрессе симптомов заболевания.

Выводы.

Результаты, полученные в ходе лечения больных с соматоформными диссоциативными (конверсионными) расстройствами, имитирующие неврологические заболевания, показали, что для постановки этого диагноза необходимо в первую очередь исключить неврологическое заболевание, обязательно учитывать обстоятельства и динамику возникновения симптомов, а также особенности личностных реакций на болезнь. Такие расстройства не являются редкостью и требуют в лечении совместного участия врачей психиатров и неврологов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Гиндикин В.Я. Справочник: соматогенные и соматоформные психические расстройства.. - М.: Триада-х, 2000. - 255 с.
- 2 Иванов С. В. Соматоформные расстройств(органные неврозы): Эпидемиология, коморбидные психосоматические взаимоотношения, терапия: дис. ... д-р. мед. наук - М., 2002. - 155 с.
- 3 Вертоградова О.П. К проблеме депрессий в общесоматической практике // В сб.: Депрессии в амбулаторной и общесоматической практике (вопросы диагностики и терапии). - М.: 1984. - С. 12-17.
- 4 Жариков Н.М., Тюльпин Ю.Г. Психиатрия: учебник. - М.: Медицинское информационное агентство, 2009. - 829 с.

**Ю.И. БЕСПАЛОВ, К.А. АДильХАНОВА, Л.Ю. БЕСПАЛОВА, А.А. САДОВСКАЯ, М.А. АБДУКАРИМОВ,
Г.М. АХМЕТОВА, М.О. АУЕЛБАЙ, Д. УСЕРБАЕВА**

*С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті
МҚКК «Психикалық денсаулық орталығы»*

ДИССОЦИАТИВТІ (КОНВЕРСИЯЛЫҚ) БҰЗЫЛЫСТАР МӘСЕЛЕСІ ЖАЙЛЫ

Түйін: мақалада органикалық неврологиялық ауруларды еске түсіретін соматоформды бұзылыстар шеңберінде пайда болатын диссоциативті баламалар жайында зерттеулер қамтылған. Стационар және емханалық жағдайларда біз жүргізген 27 науқаста көрінген клиникалық көріністері мен олардың ерекшеліктерінің талдауы. Аталған науқастарда ауыр эмоционалды маңызды уайымдаушылық салдарынан пайда болған түрлі психопатологиялық құбылыстар көрініс берген.

Түйінді сөздер: диссоциативті бұзылыстар, конверсия, клиника

**Y.I. BESPALOV, K.A. ADILHANOVA, L.Y. BESPALOVA, A.A. SADOVSKAYA, M.A. ABDUKARIMOV, G.M. AHMETOVA,
M.O. AUELBAY, D.N. USERBAEVA**
Asfendiyarov Kazakh National medical university
GPUE "Center of psychical health"

TOWARDS ISSUE OF THE DISSOCIATIVE (CONVERSION) DISORDERS

Resume: The article is contained the study of dissociative equivalents, which appear in the frame of the somatoform disorders and remind organic neurologic diseases. The analyse of clinical manifestations and their features observes 27 patients of in-patient's and out-patient's departments with different variants of psychopathological phenomena which appeared after strong emotionally significant experiences.

Keywords: somatoform disorders, conversion, clinic

Б.У. НАУРЫЗБАЕВА¹, Ш.У. КУСПАНГАЛИЕВА¹, А.С. КАРИМОВА²

¹ КазМУНО, кафедра ультразвуковой и функциональной диагностики,

² КазНМУ, кафедра неврологии и нейрохирургии

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА КАРОТИДНЫХ СТЕНОЗОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНСУЛЬТОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

УДК 616.831

Инсульт является одной из лидирующих причин смертности и инвалидности. Атеротромботические ишемические инсульты сопровождаются обширными ишемическими очагами и, соответственно, более выраженным неврологическим дефицитом. Наиболее частой причиной таких инсультов является атеросклероз сонных артерий, который в большинстве случаев до появления острых нарушений мозгового кровообращения является бессимптомным. В связи с этим становится актуальным вопрос своевременной неинвазивной диагностики каротидных стенозов. Проведенный нами обзор мировой литературы показал высокую информативность наряду с безопасностью ультразвуковой диагностики стенозов, в частности, дуплексного и триплексного сканирования каротидных артерий.

Ключевые слова: атеротромботический ишемический инсульт, каротидные стенозы, триплексное сканирование каротидных стенозов.

Актуальность.

Инсульт является одной из ведущих причин смертности и инвалидности [1].

По данным ВОЗ, смертность по причине инсульта и других цереброваскулярных заболеваний занимает 2 место после сердечно-сосудистой патологии [2]. Также инсульты являются причиной деменции и лидирующей причиной инвалидности.

В Казахстане заболеваемость инсультами составляет 370 случаев на 100 000 населения. Достаточно высоки также показатели смертности и инвалидизации: 108 и 104,6 случаев на 100 000 населения, соответственно [3].

По разным данным 70-85 % всех ОНМК составляет ишемический инсульт [4]. По данным первого регистра мозгового инсульта по г. Алматы за 2006 г. доля ишемического инсульта составила 72,1 %.

Цель.

Изучить информативность ультразвуковой диагностики каротидных стенозов для профилактики атеротромботических инсультов.

Задачи.

- изучить особенности и факторы риска развития атеротромботических инсультов на основе анализа литературных данных;
- изучить информативность, безопасность и доступность ультразвуковой и ангиографической диагностики каротидных стенозов;

- разработать рекомендации по ультразвуковому скринингу лиц высокого риска по развитию инсульта.

Материалы и методы исследования.

Нами была проанализирована литература, включающая данные мировой медицины за последние 5-10 лет, включая результаты масштабных международных исследований по диагностике и причинам каротидных стенозов. Для поиска литературы мы использовали следующие базы данных: Medline, EmBase, Cochrane Library.

Результаты.

Среди причин ишемического инсульта наиболее частыми является артериальная гипертония, возникающая в связи с патологией со стороны сердца кардиоэмболия, а также атеросклероз магистральных сосудов – общей и внутренней сонных артерий, аорты, а также интракраниальные стенозы средней, передней и задней мозговых артерий являются нередкой причиной ишемического инсульта [5,6].

Атеротромботические инсульты чаще сопровождаются развитием обширных ишемических очагов [7,8], чем гипертонические и кардиоэмболические.

В развитии инфаркта мозга при атеросклерозе играют роль два основных фактора. В одних случаях инсульт развивается вследствие прогрессирующего сужения сосуда ввиду выраженного стеноза и последующей закупорки и без того узкого просвета