

11. Щеплягина Л. А., Стефани Д. В. Педиатрия, 1980, 11, стр. 23.
12. Mancini Q., Carbonara A. O., Hermans J. F. Immunochemistry, 1955, 2, 235.

УДК 616.8—009.17—053.7

Т. В. ВЛАДИМИРОВА, Н. И. ВАРТАНОВА

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АСТЕНО-НЕВРОТИЧЕСКИХ И АСТЕНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ В ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ И ПРОБЛЕМЫ ИХ РАСПОЗНАВАНИЯ

Проведено обследование больных юношеского возраста с клинической картиной, характеризующейся повышенной утомляемостью, снижением работоспособности, падением психической активности, потерей побудительных импульсов, протекающих с депрессивными расстройствами в стертой или видоизмененной форме, что свойственно для аффективных расстройств в этом возрасте. Выявлены некоторые закономерности течения, синдромальной принадлежности и возрастные особенности при данных состояниях.

Юношеский возраст характеризуется, как известно, наибольшей частотой дебютов эндогенных психических заболеваний и декомпенсаций расстройств пограничного круга. Многими современными исследователями [1—4, 6—11] подробно описаны наиболее специфичные для этого возраста психопатологические синдромы (гебоидный, дисморфофобический, юношеской метафизической интоксикации, психастеноподобный, деперсонализационный) и представлены критерии их нозологической и синдромальной оценки. Следует сказать, что правильная оценка этих состояний в диагностическом плане весьма актуальна и представляет большие трудности. А. А. Северный [5], изучив невыборочную популяцию студентов, установил, что больные с симптомокомплексом так называемой юношеской астенической несостоятельности составляют 1/3 всех обратившихся впервые к психиатру и 55% всех диспансеризованных по психическому заболеванию студентов.

Нами обследовано 40 больных, находившихся на стационарном лечении в клинике НИИ клинической психиатрии ВНЦПЗ АМН СССР в период с 1983 по 1984 г., и 25 больных, проходивших стационарную военно-психиатрическую экспертизу на базе Ереванского городского психо-неврологического диспансера. Больные были в возрасте от 16 до 25 лет. По социальному составу преобладали студенты вузов и ученики старших классов средних школ.

Клиническая картина заболевания характеризовалась повышенной утомляемостью, резким снижением работоспособности, падением психической активности, потерей побудительных импульсов. Таким образом, ведущие проявления ограничивались астеническими и субдепрессивными регистрами незначительной выраженности других позитивных проявлений (сверхценные, сенесто-ипохондрические, деперсонализационные, дереализационные, идеи отношения, чаще сензитивного характера, обсессивные и др). В целом состояние больных определялось астено-анергическим симптомокомплексом, в структуре которого, хотя и с определенной долей условности, можно выделить астенический, аффектив-

ный компоненты и симптомы интеллектуальной несостоятельности. Астения была одним из основных болезненных расстройств. Больные жаловались на быструю утомляемость, отсутствие бодрости, вялость, разбитость, чувство усталости. Аутохтонные астенические состояния встречались не часто. Как правило, удавалось выявить тот или иной внешний момент, предшествовавший развитию болезненного состояния. Однако бросалось в глаза резкое несоответствие тяжести психогенного или соматогенного травмирующего фактора и последующей выраженной астении. Затяжное астено-апатическое состояние могло возникнуть после обыкновенного гриппа или провала на экзамене. В изученных нами случаях психический и физический компоненты астении встречались одинаково часто, однако психический компонент возникал первым и преобладал в клинической картине. На начальных этапах болезни юноши испытывали облегчение от физических упражнений и часто прибегали к ним для отдыха и восстановления сил. С развитием заболевания занятия начинали вызывать чувство физического утомления, разбитости, подчас полного бессилия. Впоследствии развивалась непереносимость физических нагрузок, сопровождающихся головокружением, ощущением мышечной слабости. Снижение работоспособности, в отличие от экзогенной астении, обнаруживалось у больных практически сразу после начала занятий и даже до их начала. Они всячески оттягивали начало занятий, приготовление домашних заданий откладывали на вечерние и ночные часы, когда работоспособность несколько повышалась.

Одним из характерных расстройств описанного астенического синдрома являлись головные боли, которые возникали при умственном и физическом напряжении. В отличие от обычных цефалгий в большинстве случаев преобладали тягостные, распирающие, пульсирующие, давящие, трудно локализуемые ощущения в голове. Больные говорили, что голова стала «мутной», «чугунной», порой предъявляли жалобы на чувство жара, разливающегося внутри головы, ощущение напряжения в виде «натянутого нерва», «разбухания мозгов». Эти ощущения отличались стойкой резистентностью к терапии анальгетиками. На высоте головных болей часто возникали головокружения, чувство пошатывания, реже элементы деперсонализационных и дереализационных расстройств с ощущением расстройства слуха, нечеткого восприятия окружающего, «потускнения» внешнего мира. У всех больных отмечалось расстройство сна из-за сходного с астеническим ментизмом неуправляемого потока мыслей и неприятных воспоминаний, связанных с конфликтами в школе и дома. Это сочеталось с ранним пробуждением, кошмарными сновидениями, отсутствием чувства отдыха утром, иногда стойкой бессонницей или, напротив, гиперсомнией, характерными для расстройств сна эндогенной природы. Астения носила глубокий витальный характер, отличающий данное состояние как от астенических экзогенных расстройств, так и от «псевдоастений» в структуре «симплекс-синдрома» на инициальном этапе юношеской злокачественной шизофрении. Больные страдали от чувства собственной измененности, тяжело переживали утрату жизненных сил, энергии. Одно-

временно они страдали от депрессивных расстройств, представленных у большинства больных в стертой или видоизмененной форме. Для юношеского возраста обычно характерны эффективные расстройства с преобладанием тусклого удрученного настроения, чувства тягостного дискомфорта. Больные обычно не предъявляли жалоб на плохое настроение, расценивая его как реакцию на неудачи в учебе, сложившуюся конфликтную ситуацию или собственную измененность. У некоторых больных депрессивное настроение было выражено довольно отчетливо, представлено в основном дистимией, очень редко достигая степени витальной тоски. Идея самообвинения были нестойки и рудиментарны и касались нарушений поведения и снижения продуктивности. У большинства больных отмечались соматовегетативные нарушения в виде резистентной к гипотензивной терапии артериальной гипертензии, тахикардии с кардиалгиями. К признакам депрессивных расстройств эндогенного характера относились суточные колебания состояния и расстройства сна.

Большой удельный вес в клинической картине данных состояний занимали расстройства мышления, которые в ряде случаев нельзя было объяснить лишь их депрессивным или астеническим генезом. Они проявлялись прежде всего в затруднении усвоения нового материала из-за появившейся рассеянности, неспособности сосредоточиться, произвольной отвлекаемости. Частыми являлись жалобы на ухудшение запоминания нового, воспроизведения уже выученного материала, на «забывчивость». Юноши со страхом говорили, что не помнят событий дня, своих поступков, что «заболели склерозом». Однако проведенные психологические исследования ни в одном случае не обнаружили нарушений памяти. Довольно редко встречались типичные шизофренические расстройства мышления в виде остановки мыслей, путаницы, хаотического наплыва, «обрывов» мыслей с невозможностью упорядочить их в логическую цепь. Иногда эти явления носили пароксизмальный характер, сопровождалась тревогой, острой растерянностью, страхом сойти с ума.

При значительном клиническом сходстве описанных состояний, в целом квалифицируемых как астено-невротические, можно условно говорить о некоторых различиях в их картинах, составляющих непрерывный ряд от чисто астенических к астено-невротическим, астено-сенестопатическим, астено-депрессивным и, наконец, астено-апатическим.

Начало болезненных расстройств приходилось на возраст от 13 до 21 года, продолжительность их колебалась от месяца до нескольких лет. Течение нередко носило ремитирующий характер с периодически ситуационно, психогенно или соматогенно спровоцированными, реже аутохтонными состояниями с утяжелением симптоматики. В ряде случаев состояние вялости и подавленности сменялось периодами повышенной активности, хорошей продуктивности, приподнятого настроения, достигающими иногда по степени выраженности гипомании.

Проводимая терапия заключалась в комплексном применении средних и малых доз нейролептиков пиперазинового ряда, антидепрессантов с последующим присоединением ноотропов. В ряде резистентных

случаев адекватным оказалось применение высоких доз стимулирующих антидепрессантов, ингибиторов МАО, психостимуляторов, иногда ЭСТ.

Клинические проявления описанных состояний не имели однозначной нозологической специфичности и представляли значительные трудности в диагностике за исключением тех случаев, когда еще до начала заболевания отмечались отчетливые признаки непрерывного либо приступообразного малопрогрессирующего шизофренического процесса. Необходимо проводить дифференцирование между началом шизофреники в форме малопрогрессирующего или одноприступного течения в юношеском возрасте, юношеской циклотимией и фазовыми аффективными расстройствами в рамках пубертатной декомпенсации у психопатов шизоидного круга.

Для решения вопроса о точной нозологической принадлежности этих состояний и выработки критериев прогноза будет проведено клинико-катамнестическое обследование больных зрелого возраста, перенесших в юности сходные состояния, а также дальнейшее наблюдение за обследованными нами пациентами.

НИИ клинической психиатрии ВНИЦПЗ АМН СССР,
Ереванский городской психо-неврологический диспансер

Поступила 19/IX 1984 г.

Տ. Վ. ՎԼԱԴԻՄԻՐՈՎԱ, Ն. Ի. ՎԱՐԴԱՆՈՎԱ

ՊԱՏԱՆԵԿԱՆ ՀԱՍԱԿՈՒՄ ԱՍԹԵՆՈ-ՆԵՎՐՈՏԻԿ ԵՎ ԱՍԹԵՆՈ-ԴԵՊՐԵՍԻՎ
ՎԻՃԱԿՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ԵՎ ՆՐԱՆՑ
ՀԱՆԱՉՈՂՈՒԹՅԱՆ ՊՐՈՐԼԵՄՆԵՐԸ

Հետազոտված են պատանիներ, որոնց մոտ կլինիկական պատկերը բնորոշվում է հոգնածության, աշխատանքի արդյունավետության անկումով, հոգեկան ակտիվության իջեցմամբ՝ գրգռման իմպուլսների ֆոնի վրա:

Դրանք որակավորվել են ինչպես ասթենիկ, ասթենո-նևրոտիկ, ասթենո-սենստոպատիկ, ասթենո-դեպրեսիվ և ասթենո-ապատիկ վիճակներ: Հիվանդության սկիզբը դիտվում է 13—21 տարեկանում, տևողությունը 1 ամսից մինչև մի քանի տարի:

T. V. VLADIMIROVA, N. I. VARTANOVA

THE PROBLEMS OF RECOGNITION AND CLINICAL PECULIARITIES OF ASTHENO-NEUROTIC AND ASTHENO-DEPRESSIVE CONDITIONS IN YOUNG PEOPLE

The clinical examination of the young people with undue fatigability, acute decrease of productivity, inhibition of psychic activity with the depressive disturbances of changed form has been conducted. Some objective laws of the course and age peculiarities of such conditions are revealed.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воробьев В. Ю. Журн. невропатол. и психиатр., 1971, 8, стр. 1224.
2. Ковалев В. В. Журн. невропатол. и психиатр., 1980, 10, стр. 1503.
3. Личко А. Е. Журн. невропатол. и психиатр., 1976, 10, стр. 1521.
4. Наджаров Р. А. Штенберг Э. Я. Журн. невропатол. и психиатр., 1975, 9, стр. 1374.
5. Северный А. А. Материалы объединенной конференции ВНИЦЗ АМН СССР. М., 1984.
6. Цуцельковская М. Я., Пантелева Г. П., Дубницкий Л. Б. В кн.: Клинические и организационные аспекты психиатрии. Ульяновск, 1974, стр. 83.
7. Chazoud J. L' Энцефале, 1964, 6, 3, 671.
8. Larosche Y. et al. La puberte: Etude denique et psychopathologique, I, Paris, 1966.
9. Masterson J. F., Washburne A. Amer. G. Psychiatr., 1966, 122, 11, 240.
10. Weber A. Schweiz. Rundsch. Med., 1975, 64, 13, 383.
11. Zeh W. Fortsehr. Neurol. Psychiatr., 1959, 27, 9, 54.

УДК 61 : 53

В. П. КАЛАНТАРЯН

МЕТОД ЯДЕРНОГО МАГНИТНОГО РЕЗОНАНСА В МЕДИЦИНЕ

Приводится обзор литературы по применению метода ядерного магнитного резонанса (ЯМР) в медицинской диагностике. Томография на ЯМР представляет собой новый метод неинвазивного трехмерного отображения внутренних органов человека, особенно его мягких тканей, без ионизирующего излучения. ЯМР-спектроскопия позволяет следить за процессами обмена веществ и ходом биохимических реакций в организме на клеточном уровне.

Как известно, применение рентгеновских лучей в медицине для рентгенодиагностики имеет два существенных недостатка, а именно: 1) рентгеновское облучение, даже в малых дозах, представляет определенную опасность для организма из-за огромной энергии рентгеновских квантов и 2) получаемая даже с помощью современной рентгеновской компьютерной томографии (РКТ) информация носит в основном анатомический характер, т. к. не содержит сведений о функциональном или физиологическом состоянии внутренних органов. Некоторые патологически измененные органы поглощают рентгеновские лучи почти так же, как и окружающие их ткани, и поэтому не могут быть обнаружены методом РКТ, если патология не сопровождается изменением размера или формы внутреннего органа.

Указанных недостатков лишен новый перспективный метод медицинской диагностики, основанный на применении ядерного магнитного резонанса (ЯМР), явления, хорошо известного в физике, в котором главную роль играют магнитные свойства атомных ядер. Суть этого явления применительно к биологическим объектам заключается в том, что если на тело человека, помещенного в однородное постоянное магнитное поле, одновременно воздействовать высокочастотным, т. е. переменным магнитным полем, направленным перпендикулярно к постоянному, то ядра клеток тела возбуждаются и начинают резонировать, излучая характеристические частоты в метровом диапазоне радиоволн [1, 3].