

conducted. The results were analysed taking into consideration the sex, age, form (thoracic, abdominal, mixed), phases (remission, fit) and the duration of the disease. Deviations were revealed in carbonic metabolism and disturbance in a complicated chain of correlations between insular apparatus of pancreas and hormones of hypophysiosuprarenal system in patients with periodic disease, especially expressed in the period of fit and in case of amyloidosis development.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Агеев А. К. Арх. патол., 1984, 7, с. 57 2. Арутюнян В. М., Еганян Г. А., Григорян Г. А. Тер. архив., 1986, 6, с. 123 3. Арутюнян В. М., Еганян Г. А., Симон З. А. Ж. exper. и клин. мед. АН РА, 1992, 1, с. 14. 4. Арутюнян В. М., Еганян Г. А., Симон З. А. Ж. exper. и клин. мед. АН РА, 1992, 1, с. 17. 5. Арутюнян В. М., Еганян Г. А., Симон З. А. Ж. exper. и клин. мед. АН РА 1992, 1, с. 20. 6. Виноградова О. М., Кочубей Л. Н., Серов В. В. и др. Клин. мед., 1988, 8, с. 16. 7. Зыкова Л. Д., Серов В. В., Семакова С. М. Клин. мед., 1988 12, с. 15. 8. Шахгелдян Р. Е., Топчян А. А., Бадалян М. Г. Ж. exper. и клин. мед. АН Арм. ССР, 1985, 2, с. 186. 9. Maloy A., Longecker D., Greenberg E. Hum. Path., 1981, 12, p. 917. 10. Mammou H. Sem. Hop., Paris, 1970, 46, p. 204. 11. Scheidel H. Habilitations Schrift-Mainz., 1980.

УДК 616.89:612.433.65

С. Г. СУКИАСЯН, М. А. МЕЛИК-ПАШАЯН

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ И ТЕЧЕНИЯ СОМАТИЗИРОВАННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

В последние годы отмечается тенденция к нарастанию числа пограничных нервно-психических расстройств, протекающих на соматизированном уровне [2,7,8] в рамках невротической аффективной патологии [8]. Больные с подобными расстройствами составляют значительную часть (22%) контингента психотерапевтического кабинета [4]. Наличие «общей соматической отягощенности» в позднем возрасте приводит к известным трудностям в диагностике соматической и психической патологии. Специальных исследований, посвященных соматизированным психическим нарушениям в позднем возрасте, в настоящее время нет.

Целью данного исследования было изучение особенностей формирования и течения заболеваний, протекающих в виде соматизированных нарушений, у лиц позднего возраста при отсутствии тяжелой соматической патологии. В исследование включались больные, у которых в клинической картине на первый план выступали различные соматовегетативные расстройства, отмечался предшествующий длительный анамнез (не менее 6 мес.), многократные обращения к врачам общего профиля, многочисленные параклинические обследования.

Клинико-психопатологическим методом было обследовано 33 больных в возрасте 50—74 года (11 мужчин и 22 женщины). Минимальная давность заболевания была 6 месяцев, максимальная — 50 лет, средняя продолжительность — 12,2 года. Всем больным было проведено полное соматоневрологическое и параклиническое обследование. В момент обследования у больных соматической патологии выявлено не было, либо она находилась в компенсированной форме. У 17 больных в анамнезе отмечались различные соматические или неврологические заболевания и церебральные травмы. В 8 наблюдениях отмечались инфекционные заболевания с неглубокими церебральными проявлениями. Чаще болели мужчины, что, возможно, обусловлено сравнительно высокой социально-профессиональной активностью последних. Будучи в подавляющем большинстве людьми с тревожно-мнитель-

ными и эмоционально-неустойчивыми чертами характера, склонными к истероидным и психастеническим типам реагирования, больные были подвержены различным стрессовым влияниям. В 16 случаях стресс непосредственно предшествовал развитию заболевания. Чаще всего он носил семейно-бытовой, реже — производственный характер.

В нозологическом плане (по МКБ-9) больные распределились следующим образом: невротоподобные состояния на почве негрубой органической патологии мозга — 13 больных; циклотимные и циклотимоподобные состояния — 13; малопрогрессирующая (вялотекущая) шизофрения — 5; невротическое развитие личности — 2 больных.

Анализ клинической картины заболевания в динамическом аспекте показал, что развитие соматизированных психических нарушений происходило в рамках реакций, фаз и развитий. В рамках реакций возникновение и последующее обострение нарушений были связаны с психогенными и соматогенными факторами. Продолжительность их варьировала от 2 дней до 3—4 месяцев. Клинические проявления при невротических реакциях характеризовались преимущественно сердечно-сосудистыми и мозговыми психовегетативными расстройствами. Эти расстройства часто достигали такой степени, что больные неоднократно вызывали бригаду скорой помощи. На фоне пониженного настроения формировались признаки соматизированных расстройств, которые в течение времени приобретали доминирующее значение в их жалобах [6].

Фазные расстройства чаще всего возникали аутохтонно, реже провоцировались психофизическими перегрузками, психо- и соматогенными факторами. В клинической картине доминировали выраженные соматовегетативные расстройства, сенестопатии и неглубокие депрессивные нарушения, которые переживались пациентами как психологически понятные реакции на плохое самочувствие. В формировании соматизированных расстройств у лиц, перенесших невротические реакции и аффективные фазы, важную роль играли преморбидные особенности личности, социально-культуральный уровень больных. Этот контингент характеризовался преимущественно тревожно-мнительными и эмоционально-неустойчивыми чертами в преморбиде, средним и начальным уровнем образования, невысоким уровнем квалификации и т. д.

Психопатологические состояния, трактуемые нами как «развитие» или «состояние», развивались в основном у больных, которые в прошлом переносили невротические реакции. Возникновение клинических проявлений у них не обнаруживало связи с какими-либо воздействиями. Клиника характеризовалась менее выраженными эмоциональными переживаниями и вегетативными нарушениями, полиморфностью, стойкостью и лучшей сохранностью социально-бытовых связей в период обострения.

Было выделено три типа течения: прогрессирующий, фазный и реактивный. Доминировали прогрессирующий (54,5%) и фазный (39,4%) типы течения. Они проявлялись невротическими (невротоподобными) и аффективными расстройствами, в клинике которых преобладали вегетативно-сосудистые, функционально-соматические, сенестопатические проявления, имитирующие в комплексе патологию со стороны различных органов и систем в сочетании с депрессивными, тревожно-фобическими, сверхценно-ипохондрическими, нозофобическими расстройствами [6]. На отдаленных этапах заболевания возникали нозологически специфические, слабо выраженные негативные расстройства, свойственные малопрогрессирующим процессуальным заболеваниям и вялопротекающим органическим поражениям головного мозга. Эти дефицитарные расстройства, однако, не приводили к социально-бытовой и профессиональной дезадаптации, за исключением периода обострения. В рамках малопрогрессирующей шизофрении одновременно нарастали специфические расстройства мышления, восприятия, отмечались эксцентричность и непоследовательность в поведении. В рамках вялопро-

текающих органических церебральных процессов на отдаленных этапах болезни выявлялись неглубокие общемозговые изменения в виде эмоционально-гиперастенической слабости, легких дисмнестических нарушений. При циклотимии и циклотимоподобных состояниях выявлялись возрастные изменения личности. При фазном течении соматизированных нарушений не наблюдалось усложнения в динамике психопатологической симптоматики расстройствами более глубокого регистра и развития негативной симптоматики. Особенностью его была тенденция к затяжному хроническому течению фазы, что способствовало фиксации внимания больных на всевозможных психофизических ощущениях. Другой особенностью фазного течения было нарастание астенического радикала в структуре психопатологических расстройств.

Психогенные и соматогенные реакции, которые рассматривались нами как невротические, выявлялись относительно редко — всего в 2 случаях. Это не соответствует известным в литературе воззрениям на психогенез соматизированных нарушений [10, 11]. Возможно, такие результаты связаны с возрастными особенностями обследованной группы.

Тенденция к затяжному хронифицированному течению выделенных психопатологических состояний у лиц позднего возраста обусловлена рядом факторов — преморбидных, личностных, социально-культуральных и др. В силу этого у больных формируется «пассивно-оборонительный» стиль поведения [5] или «ненормальное поведение болезни» [12, 13]. Происходит смещение акцента из аффективной и невротической сфер в соматосферу, и начинается хождение больных по различным специалистам — своеобразный марафон. Опровержение врачами наличия соматической патологии приводило к неадекватному реагированию и еще больше «уходу в болезнь» [12].

Таким образом, соматизированные психические нарушения у лиц позднего возраста выявлялись в структуре эндогенных психических заболеваний, протекающих по фазному типу, склонных к затяжному хроническому течению и ограниченных неврозоподобным уровнем расстройств. Вместе с тем соматизированные нарушения развивались и при экзогенной патологии, протекающей приступообразно на неврозоподобном и аффективном уровнях. То есть отчетливо выделяются 2 группы больных разных по генезу, но идентичных по механизмам формирования нарушений и клиническому проявлению. С одной стороны, это фактически эндогенные маскированные депрессии, а с другой — экзогенные (психо- и соматогенные) неврозоподобные состояния. В отличие от истинной соматической патологии вегетативно-сосудистые, функционально-соматические и сенестопатические расстройства в рамках этих нарушений сопровождаются отчетливыми аффективными и идеаторными проявлениями в виде беспокойства, тревоги, депрессии, страхов и ипохондрических образований, что указывает на их психопатологическую природу. Подобные состояния в литературе рассматриваются в рамках маскированных депрессий, учитывая характер клинических проявлений и динамику болезни: неглубокие аффективные колебания, соматовегетативные проявления, сенестопатии, ипохондрические образования, периодичность и повторяемость, сезонность и суточный характер колебаний интенсивности клинических проявлений [1, 3, 9]. Однако во многих случаях не удается выявить цикличности, периодичности, заболевание протекает непрерывно, прогрессивно с эпизодами обострений. Это позволяет нам говорить не о соматизированных нарушениях в рамках маскированных депрессий, а о соматизированных депрессивных состояниях в рамках различных нозологических единиц у лиц позднего возраста.

**ՍՈՄԱՏԻԶԱՑՎԱԾ ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ
ԶԵՎԱՎՈՐՄԱՆ ԸՆԹԱՑՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒՅՑՈՒՆՆԵՐԸ
ԾԵՐՈՒՆԱԿԱՆ ՀԱՍՏԿՈՒՄ**

Նշված է, որ սոմատիզացված հոգեկան խանգարումները ծերունական և միջաժողովրդական հասակում ձևավորվում են էնդոգեն և էկզոգեն հիվանդությունների սահմաններում: Ընդգծված է, որ սրանք ոչ միայն բուն աֆեկտիվ բնույթի «դիմականացված» դեպրեսիաներ են, այլ ներկայացնում են իրենցից «մարմնականացված» վիճակներ զանազան հոգեախտաբանական նոզոլոգիաների սահմաններում: Առանձնացված են պրոգրեդիենտ, փուլային և ռեակտիվ ընթացքի ձևեր:

S. G. SOUKIASSIAN, M. A. MELIK-PASHAYAN

**PECULIARITIES OF FORMATION AND COURSE
OF SOMATIZED PSYCHIC DISTURBANCES IN PERSONS OF OLD AGE**

It is established that in persons of old age the somatized psychic disturbances are formed in limits of endogenous and exogenous psychic pathologies. It is emphasized that these disorders are not simply «masked depressions», but psychopathologic conditions in limits of different nosologies. 3 types of dynamics: progredient, phase and reactive are distinguished.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Ануфриев А. К. В кн.: Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях. М., 1979, с. 32.
2. Гут В. Г. Актуальные вопросы психиатрии. Томск, 1985, 2, с. 16.
3. Десятников В. Р. Журн. невропатол. и психиатр., 1975, 5, с. 760.
4. Каргопольцев В. В. В кн.: Психосоматические расстройства при циклотимных и циклотимоподобных состояниях. М., 1979, с. 82.
5. Қоркина М. В., Марилов В. В. Журн. невропатол. и психиатр., 1987, 11, с. 1697.
6. Мелик-Пашаян М. А., Сукиасян С. Г., Амерханян Қ. Т. Эксперимент. и клинич. медицина АН РА, 1992, 1, с. 65.
7. Семичев С. Б. Предболезненные психические расстройства. Л., 1987.
8. Binder J., Dobleh-Mikotta A., Angst J. Soc. Psychiat. (Berl.), 1981, 16, 31.
9. Glatzel J. Endogene Depression. Zur Psychopathologie, Klinik und Therapie Zyklodymmmer Verstimmungen.—2 Aufl.—Stuttgart—New York: Thieme—1982.
10. Lipowsky Z. J. Psychosomatics, 1987, 28, 294.
11. Lipowsky Z. J. Amer. J. Psychiatry., 1988, 145, 1358.
12. Pilowsky J. Brit. J. Med. Psychol., 1969, 42, 347.
14. Pilowsky J. Aust. NZ J. Psychiat., 1975, 9, 141.

УДК 008.9—06:616.61—003.821

В. С. ПЕСЧАНСКИЙ, В. Ф. КОЧМАШЕВ, А. В. ДОВГАНЬ

**ВАРИАНТЫ ТЕЧЕНИЯ ПЕРИОДИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ,
ОСЛОЖНЕННОЙ АМИЛОИДОЗОМ ПОЧЕК**

Вопросы патогенеза периодической болезни (ПБ) и ее классификации остро дискутируются в литературе, особенно в Армении, где заболеваемость по этой нозологической форме в отдельных районах достигает 0,05—0,1% [1—3]. При обсуждении указанных и других аспектов этого, во многом еще не раскрытого заболевания авторы опираются в основном на большое число клинических наблюдений и лабораторных данных. Между тем изучение секционного материала при ПБ позволяет выявить новые грани в этой интересной и практически важной проблеме.