

**ՍՈՄԱՏԻԶԱՅՎԱԾ ՀՈԳԵԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ
ԶԵՎԱՎՈՐՄԱՆ ԸՆԹԱՑՔԻ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ
ԾԵՐՈՒՆԱԿԱՆ ՀԱՍՏԱԿՈՒՄ**

Նշված է, որ սոմատիզացված հոգեկան խանգարումները ծերունական և միաստեղծունական 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 ազդեցիկների 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. Коркина М. В., Марилев В. В. Журн. невропатол. и психиатр., 1987, 11, с. 1697.
6. Мелик-Пашаян М. А., Сукиасян С. Г., Америкян К. Т. Эксперимент. и клинич. медицина АН РА, 1992, 1, с. 65.
7. Семичев С. Б. Предболезненные психические расстройства. Л., 1987.
8. Binder J., Dobleh-Mikotä A., Angst J. Soc. Psychiat. (Berl.), 1981, 16, 31.
9. Glatzel J. Endogene Depression. Zur Psychopathologie, Klinik und Therapie Zyklotymmer 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.

Работа основана на изучении 32 секционных случаев ПБ, относящихся к больным, лечившимся программным гемодиализом по поводу хронической почечной недостаточности в отделении нефрологии Ереванского филиала ВНЦХ АМН СССР в период с 1983 по 1989 г. Использовались традиционные методы патоморфологического исследования, включая взвешивание органов и окраску срезов конго-красным, метиленовым синим или толудиновым синим.

Возраст умерших от 18 до 55 лет. Продолжительность болезни по данным анамнеза от 1 года до 46 лет. Мужчин — 22, женщин — 10. Все больные умерли от прогрессирующей сердечно-сосудистой недостаточности, нередко на фоне интеркуррентных заболеваний (чаще всего пневмония). Развернутой морфологической картины уремии ни в одном случае при вскрытии не обнаружено (гемодиализ).

Клинические варианты ПБ в историях болезни в большинстве случаев указаны не были. При вскрытии же во всех без исключения случаях констатированы облитерация плевральных полостей за счет рыхлых, легко разъединяемых синехий и наличие рыхлых спаек между органами верхней половины брюшной полости и диафрагмой. В немногих случаях отмечена облитерация полости перикарда. Таким образом, можно предположить, что либо во всех наших наблюдениях имел место смешанный торакально-абдоминальный вариант ПБ, либо выделение указанных клинических вариантов лишено морфологического обоснования.

Во всех наблюдениях при вскрытии и гистологическом исследовании обнаружен генерализованный амилоидоз с преимущественным поражением почек. Масса обеих почек варьировала от 590 г (большая салыная почка) до 100 г. При этом корреляции массы почек с возрастом и продолжительностью заболевания не отличались значимо от 0. При длительности анамнеза, например 15 лет, масса почек может быть и 450, и 100 г. Эти факты, очевидно, могут рассматриваться как эффект двух разнонаправленных процессов: сначала отложения амилоида с увеличением массы и затем вторичного сморщивания, сопровождающегося уменьшением массы почек. Все случаи большой салыной почки относятся к мужчинам, почему и разброс массы почек оказывается у них значительно большим, чем у женщин — от 590 до 135 г. У всех женщин почки оказались сморщенными, массой от 200 до 100 г. Поэтому на нашем материале средняя масса почек у женщин вдвое меньше, чем у мужчин, соответственно: $131,0 \pm 11,8$ и $256,9 \pm 23,0$ г ($P < 0,001$). И это при отсутствии существенных различий в продолжительности жизни и длительности болезни у тех и других. Отсюда следует, что сморщивание почек у женщин идет гораздо быстрее, чем у мужчин, что, однако, не оказывает существенного влияния на сроки развития ХПН. Видимо, они в большей степени определяются темпом отложения амилоида в почках, чем их сморщиванием. При корреляционном анализе обращало на себя внимание отсутствие связей между длительностью заболевания и всеми остальными параметрами, хотя из общих соображений ясно, что такие связи должны быть. Поскольку линейные корреляции не отличались достоверно от 0, были исследованы квадратичные модели. Действительно, параболические уравнения регрессии для зависимости возраста смерти, гипертрофии сердца и АД от длительности заболевания оказались достаточно адекватными (во всех моделях R).

Но из этого следовало, что такие важные характеристики синдрома вторичного сморщивания почки, как артериальная гипертензия и гипертрофия сердца, имеют разнонаправленные связи в группах больных, различающихся по продолжительности заболевания. Поскольку в нашем распоряжении были только секционные случаи, правомерно считать, что больные находились примерно в одинаковой — финальной фазе ХПН, в которой высока вероятность осложнений, приводящих к смерти. Продолжительность болезни у каждого больного характеризует быстроту, с которой организм

достиг терминальной фазы, то есть остроту течения основного заболевания. В связи с этим все больные были разбиты по продолжительности болезни на три группы: с быстрым, средним и медленным течением, что осуществлялось с помощью стандартного алгоритма, минимизирующего внутригрупповые и максимизирующего межгрупповые дисперсии.

Первую группу с продолжительностью болезни от 1 года до 7 лет составляли исключительно мужчины в возрасте от 24 до 55 лет, то есть манифестация болезни у них приходится на половозрелый возраст. Вторую самую многочисленную группу с продолжительностью болезни от 8 до 22 лет составили 12 мужчин и 6 женщин, умерших в сравнительно молодом возрасте. Наконец, третью группу с продолжительностью болезни более 22 лет составили мужчины и женщины (по 4 человека), умершие в более пожилом возрасте (табл. 1).

Таблица 1

Зависимость параметров от темпа развития заболевания

Параметры	Группа			Р
	1 n=7	2 n=18	3 n=8	
Возраст	36,0 ± 4,2	29,5 ± 2,2	37,9 ± 3,0	2,3 < 0,05
Масса почек	240,0 ± 59,6	215,6 ± 27,5	199,3 ± 22,0	
— селезенки	535,7 ± 97,1	434,4 ± 54,6	505,0 ± 76,1	
— сердца	465,7 ± 37,3	378,2 ± 31,1	503,8 ± 45,4	2,3 < 0,05
АД систолич.	147,8 ± 7,7	130,6 ± 6,9	158,7 ± 12,9	2,3 < 0,05
АД диастолич.	92,8 ± 3,6	78,4 ± 4,5	97,5 ± 10,3	2,3 < 0,05
Длит. забол.	4,6 ± 0,8	16,6 ± 0,9	30,6 ± 2,4	
Процент больных без амилоидоза	42,5 ± 18,7	6,7 ± 6,4	50,0 ± 17,7	1,2 < 0,05 2,3 < 0,05

Первая группа характеризуется скоротечностью и поздним началом заболевания. Вторая группа отличается от 1-ой и 3-ей частотой встречаемости амилоидоза надпочечников — все больные в этой группе, за исключением одного, имели выраженное диффузное перерождение коркового слоя надпочечников. По-видимому, вследствие этого у больных 2-ой группы довольно слабо выражен синдром артериальной гипертензии — масса сердца и АД у них достоверно ниже, чем у больных 3-ей группы. Следует отметить, что несмотря на меньшую выраженность артериальной гипертензии гипертрофии сердца, эти больные умирают в среднем в более раннем возрасте, чем больные 3-ей группы. Как следует из данных табл. 1, больные этих групп весьма схожи между собой по значениям исследованных параметров, и единственным различающим моментом для них является возраст начала заболевания и острота течения.

Влияние амилоидного поражения надпочечников на исследуемые параметры иллюстрируется данными табл. 2, откуда следует, что в развитии синдрома артериальной гипертензии амилоидоз надпочечников играет существенную роль. Можно также сказать, что поражение надпочечников не коррелирует со степенью амилоидного поражения других органов. Об этом свидетельствуют значения средних масс почек и селезенки, которые не обнаруживают существенных различий в группах. По продолжительности болезни достоверных различий между группами нет, а выборочные средние данные даже выше в группе без амилоидоза. Таким образом, поражение надпочечников не зависит от развития амилоидоза других органов и, скорее всего, определяется какими-то другими, возможно, наследственными факторами.

Зависимость параметров от поражения надпочечников

Параметры	С амилоидозом	Без амилоидоза	P
Масса почек	199,0 ± 20,1	238,1 ± 56,5	
— селезенки	514,9 ± 59,1	513,1 ± 62,1	
— сердца	385,5 ± 23,4	530,0 ± 27,6	<0,001
АД систолич.	136,2 ± 5,6	162,8 ± 10,8	<0,05
АД диастолич.	81,3 ± 3,9	105,7 ± 7,5	<0,1
Длит. забол.	15,6 ± 1,8	21,5 ± 5,4	

Амилоидное поражение надпочечников является естественной моделью надпочечниковой недостаточности. Данные, приведенные в обеих таблицах, показывают, что больные ПБ, осложненной амилоидозом надпочечников, живут в среднем меньше, чем больные с сохраненными надпочечниками (группа 2, табл. 1). Умеренная гипертензия, развивающаяся у больных с интактными надпочечниками, не сказывается на продолжительности жизни по сравнению с другими группами и, возможно, является компенсаторной. Напротив, отсутствие у больных с вторично сморщенной почкой артериальной гипертензии свидетельствует о возможном поражении надпочечников, отягощающем течение основного заболевания. Разноречивость литературных данных об эффективности кортикостероидной терапии [1] при ПБ может быть следствием разнородности исследованных групп. Результаты морфологического исследования показывают целесообразность повторного клинического изучения эффективности кортикостероидной терапии у больных, обнаруживающих на фоне прогрессирующей ХПН отсутствие артериальной гипертензии и гипертрофии сердца.

Хотя объем выборки недостаточен для построения точных решающих правил, можно обобщить вышесказанное в виде следующего алгоритма клинического прогнозирования: 1. Если у больного мужчины заболевание началось после 20 лет и сопровождается выраженной артериальной гипертензией с клиническими признаками гипертрофии сердца, то весьма вероятно, что больной погибнет в первые 5—10 лет от начала заболевания. 2. Если у больного заболевание началось в возрасте до 10 лет и течением заболевания умеренно прогрессирует артериальная гипертензия, то прогноз сравнительно благоприятный. 3. Если у больного заболевание началось в возрасте от 10 до 20 лет и, несмотря на развитие ХПН, синдром артериальной гипертензии слабо выражен, то прогноз неблагоприятен, весьма возможна гибель больного в возрасте до 30 лет.

Ереванский филиал ВНИЦХ АМНССР

Поступила 1.10.1991 г.

Վ. Ս. ՊԵՏՉԱՆՍԿԻ, Վ. Յ. ԿՈՇՏԱՅԵՎ, Ա. Վ. ԴՈՎԳԱՆ

ՊԱՐԲԵՐԱԿԱՆ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ԸՆԹԱՑՔԻ ՏԱՐԲԵՐԱԿՆԵՐԸ ԵՐԻԿԱՄՆԵՐԻ ԱՄԻՆՈՒԴԱՅԻՆ ԱԽՏԱՀԱՐԽՄԱՆ ԴԵՊՊՈՒՄ

Կլինիկական, անամնեստիկ ու աուտոպսիայի տվյալների հիման վրա պարբերական հիվանդությամբ (ՊՀ) տառապող 32 հիվանդների մոտ նկարագրված են երկամների ամիոնոիդոզի երեք ձևեր, որոնք տարբերվում են ըստ ընթացքի արության: Հիմնական հիվանդության ընթացքում հայտնաբերվել են էական տարբերություններ՝ կախված երկամների ախտահարման առիթմանից: Տակտոնոմային տվյալները ընդհանրացվել են ազդոթիթների տեսքով ՊՀ ընթացքի կլինիկական կամփորոշման նպատակով: Նրանք

հիմնվում են միայն կլինիկական նշանների վրա և չեն պահանջում լաբորատոր լաբորատոր կամ այլ քննություններ:

V. S. PESTCHANSKY, V. F. KOCHMASHEV, A. V. DOVGAN

VARIANTS OF DEVELOPMENT OF AMYLOIDOSIS IN PATIENTS WITH PERIODIC DISEASE

Some development patterns of renal amyloidosis based on clinical patho-anatomic investigations of 32 patients with periodic disease (PD) are introduced. Three taxons corresponding to three variants of PD with different speed of development are distinguished. It is shown also that the course depends on the grade of amyloidosis.

The results of taxonomy are represented in subsequent algorithms prognosing, which require clinical data only, without complex laboratory methods of examination.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айвазян А. А. Периодическая болезнь. Ереван, 1982. 2. Виноградова О. М. Первичные и генетические варианты амилоидоза. М., 1980. 3. Подымов В. К., Виноградова О. М. Тер. арх., 1988, 60, 6, с. 95.

УДК 612.12—008.331.072

С. Х. МАДОЯН, Н. Л. АСЛАНЯН, А. Г. БАДАЛЯН

ХАРАКТЕР ПОВТОРЯЕМОСТИ ФОРМ ДНЕВНЫХ КОЛЕБАНИЙ УРОВНЯ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

В последние десятилетия изучение изменений организации уровня артериального давления (АД) приобретает особую актуальность как при гипертонической болезни (ГБ), так и при других заболеваниях [8,9]. Ввиду того что АД колеблется в течение суток, для объективизации полученных данных и точной диагностики необходимо проводить многократное его измерение в течение дня [2—12].

Цель настоящей работы заключалась в изучении характера повторяемости форм дневных колебаний уровня АД у больных гипертонической болезнью при двух- и трехнедельном наблюдении.

Исследования проведено у 20 больных ГБ (3 мужчины и 17 женщин) в возрасте 48—75 лет. У 10 больных установлена I, у 5—II, у 5—III стадия болезни. Обследование проводилось начиная со второго или третьего дня госпитализации. Исследуемые соблюдали стандартный режим бодрствования и сна, приема пищи и жидкости. Ежедневно в течение дня с 09⁰⁰ до 21⁰⁰ ежедневно (13 раз) определялось систолическое и диастолическое артериальное давление (САД и ДАД) методом Н. С. Короткова. Анализ повторяемости форм кривых колебаний уровня АД проводился поэтапно. Каждый этап составлял 5—7 дней. Из 20 больных 4 обследовались в течение одной недели (один этап), 6 — двух недель (два этапа), 10 — 3 недель (три этапа). Исследования проводились поэтапно с целью выявления характера изменения параметров повторяемости форм колебания на разных этапах обследования в зависимости от применяемого лечения. Больные I стадии не получали лечения в течение всего времени наблюдения. Больные II стадии на I этапе лечения не получали, а на II и III этапах принимали гипотензивную терапию. Больные III стадии, начиная с I этапа по необходимости и до конца срока наблюдения, получали комплексное лечение, включающее антигипертензивные, мочегонные и спазмолитические средства.