

5. Русина Н. А. Психологический статус и адаптационные ресурсы онкологических больных // Росс. медико-биол. вестн. им. акад. И. П. Павлова. — 2012. — С. 115–121.

6. Русина Н. А. Адаптивные ресурсы онкологических и хирургических больных // Развитие психологии в системе комплексного человекознания. Ч. 2. — М.: Ин-т психологии РАН, 2012. — С. 620–623.

РЕЗЮМЕ

Н. А. Русина

Эмоциональная депривация и адаптационные ресурсы мужчин и женщин с онкологическими заболеваниями

Приводятся результаты гендерных исследований адаптационных ресурсов пациентов онкологической клиники. Показаны сходство и различия механизмов психологических защит, копинг-реакций, отношения к болезни, базовых эмоциональных состояний мужчин и женщин с целью выбора психотерапевтических мишеней.

Ключевые слова: онкология, адаптационные ресурсы, эмоции, психологические защиты, копинг-реакции, отношение к болезни.

SUMMARY

N. A. Rousina

Emotional deprivation and adaptation resources in male and female oncologic patients

The paper deals with the investigation into gender adaptation resources of the patients in an Oncologic Clinic. Attention was paid to similarities and differences in the mechanisms of psychological protection, of coping-reactions, of the patient's attitude to the disease as well as to the basic emotional states in the male and female patients in order to facilitate the choice proper psychotherapeutic targets.

Key words: oncology, adaptive resources, protective mechanisms, coping-reactions, attitude to disease.

© Н. П. Чернущ, Л. А. Виноградова, Н. В. Киреева, 2013 г.
УДК 616.34-009.11+616.89-008.454]-053.9-08

Н. П. Чернущ, Л. А. Виноградова,
Н. В. Киреева

ПОЖИЛОЙ ВОЗРАСТ, ЗАПОР И ДЕПРЕССИЯ: КАК ЛЕЧИТЬ?

Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова

ВВЕДЕНИЕ

Сталкиваясь с проблемой функциональных запоров (ФЗ) у пожилых пациентов, терапевты, как правило, акцентирует свое внимание на ее моторной функции. Однако фармакологические средства, предложенных в качестве монотерапии в лечении пациентов с хроническим запором, не всегда результативны [4]. Опасаясь привыкания и развития «инертной» кишки [7], слабительные средства стали назначать с осторожностью. Были проведены исследования с пробиотиками [1], но эффективность молочнокислых микроорганизмов в восстановлении микробного пейзажа толстой кишки отстрочен, необходим длительный их прием на фоне комплексной терапии [3]. Тем не менее вопросы взаимозависимости питания, микробиоценоза и интеллекта человека, которые были поставлены еще И. И. Мечниковым, и сегодня интенсивно разрабатываются современными исследователями в качестве поддержания здоровья человека, независимо от возраста [2]. Однако проблемы конституции в пожилом возрасте многолики, хотелось бы отметить характерные для пожилого возраста снижение порога болевого восприятия [5], соответственно, снижение уровня серотонина [8] и частое

развитие в пожилом возрасте депрессии [9]. Сегодня хорошо известно, что при большой депрессии у пациентов высока корреляция с частотой развития у них запоров [6], поэтому уже имеются рекомендации ведения пациентов с запорами с точки зрения психосоматического подхода [9]. Тем не менее многие вопросы остаются еще не до конца изученными.

Цель исследования: изучить особенности психологического и микробиологического статусов у больных пожилого и старческого возраста с функциональным запором, а также влияние образовательных программ на приверженность к терапии при динамическом наблюдении в амбулаторных условиях.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследованы 86 больных с ФЗ, из них в динамике наблюдаются 39 (45,3 %) в период от 3 до 11 лет. Средний возраст больных составил $64,7 \pm 8,6$ года. Соотношение мужчин и женщин составило 1: 2,4; длительность заболевания — в среднем $31,4 \pm 11,6$ года. Клиническое обследование больных включало оценку жалоб, указывающих на наличие хронического запора и дисбиоза кишечника: изменение частоты и характера стула, метеоризм, флатуленцию, чувство неполного опорожнения кишечника, затруднения при дефекации. Для определения формы стула использовалась Бристольская шкала; для определения времени транзита — карболеновый тест. Диагноз ФЗ устанавливался в соответствии с Римской классификационной системой функциональных заболеваний пищеварительной системы 3-го пересмотра (2005). Для постановки диагноза использовали основные и дополнительные критерии, которые появились не менее 6 месяцев назад и проявлялись в течение последних 3 месяцев.

По результатам клинико-лабораторных данных пациенты были разделены на три группы: в 1 группу (компенсированная форма) вошли 19 (22,1 %) пациентов, у которых карболеновая проба в среднем составила $36 \pm 2,8$ часа; во 2 группу (субкомпенсированная форма) вошли у 26 (30,2 %) пациентов, карболеновый тест составил $84 \pm 5,6$ часа, пациенты этой группы регулярно принимали различные послабляющие средства. Ввиду отсутствия спонтанного позыва к дефекации и самостоятельного стула пациенты 3 группы (декомпенсированная форма) — 41 (47,7 %) человек — использовали очистительные клизмы, карболеновая проба у них была $168 \pm 7,2$ часа.

Психический статус оценивали при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии, тестов CES-D и MMPI. Приверженность больных к лечению определяли с помощью оценки ведения дневника самоконтроля.

Лечение включало модификацию диеты, коррекцию питьевого и двигательного режима; употребление препарата «Форлак», который лишен побочных явлений, не воздействует непосредственно на микрофлору, дает быстрый эффект; применение его возможно в течение ряда месяцев и даже лет. Привыкания к нему не развивается. «Форлак» назначался от 2 до 4–5 пакетиков порошка в день с постепенным уменьшением дозы; для коррекции дисбиоза — «Биовестин», $1/4$ флакона через 1–3-е суток постоянно; при депрессии — антидепрессант «Флувоксамин-феварин» в дозе 25–50 мг/сут. После курса лечения всем пациентам проводили повторный опрос, карболеновую пробу, микробиологическое исследование кала и психометрическое тестирование. Статистическая обработка данных проводилась с использованием программы «Statistica 6.0».

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты психометрического тестирования показали, что депрессия у пациентов 1 группы встречается в 68,4 % случаев против 34,6 и 41,5 % соответственно, что в 1,97 ($p < 0,001$) и 1,65 ($p < 0,01$) раз чаще, чем у пациентов 2 и 3 группы соответственно. Однако тревожная и астеническая депрессия была характерна для пациентов 3 (15–36,6 %) и 2 (7–26,9 %) групп, соответственно, в 3,5 и 2,6 раза, достоверно отличая этих пациентов от больных 1 группы. По результатам психометрического исследования пациентам была назначена психотропная терапия «Флувоксамин-феварином», доза подбиралась индивидуально. Дисбиоз кишечника присутствовал у всех больных и расценивался как 3-я степень дисбиоза. В микробиологических анализах пациентов исходно превалировали цитратассимилирующие энтеробактерии в Ig до 6 КОЕ/г с нарушенной дифференцировкой пула кишечной палоч-

ки на фоне сниженной кокковой, бифидо- и лактофлоры. С целью достижения и поддержания компенсаторной функции толстой кишки пациенты с ФЗ получали знание о физиологических особенностях толстой кишки — это оказывало выраженное влияние на поведение пациентов и позволяло осуществлять психотерапевтический контроль (пациенты вели дневники самонаблюдения). При оценке динамики клинических показателей на фоне лечения было установлено, что у всех пациентов наблюдалось улучшение как субъективных (меньше беспокоил твердый стул; время натуживания сократилось; чувство неполного опорожнения трансформировалось в ощущение «чистоты» после акта дефекации), так и объективных характеристик стула (тип по Бристольской шкале, средняя частота стула). При проведении динамической оценки состояния микробиоценоза кишечника было установлено, что восстановление микробиологического пейзажа толстой кишки идет очень медленно и требует длительного приема пробиотиков. Динамическое наблюдение также подтвердило, что имеется прямо пропорциональная зависимость между депрессивными эпизодами у пациентов с ФЗ и ухудшением пропульсивной функции толстой кишки ($r = 0,32$, $p = 0,05$). Назначение «Флувоксамин-феварина» улучшало психоэмоциональное состояние пациентов с ФЗ и положительно сказывалось на пропульсивной функции толстой кишки ($r = 0,4$, $p < 0,0005$). Доза препарата не зависела от принадлежности пациента к группе: так, у 54 из 86 (62,8 %) была 25 мг/сут., у 32 (37,2 %) — 50 мг/сут., а у 34 (38,4 %) проводилось повторное лечение, и у 42 (48,8 %) поддерживающая доза была от 12,5 до 50 мг/сут. ежедневно. Добавление к лечению личностно-центрированной психотерапии помогало пациентам менять негативное мышление на позитивное. Однако успех психотерапии зависел от возраста пациента, внутренней картины заболевания и желания пациента.

ВЫВОДЫ

У больных с ФЗ выявлялись изменения психического статуса, преимущественно депрессивного характера, разной степени выраженности: тревожная и астеническая депрессия чаще всего ассоциировалась с более тяжелым вариантом течения ФЗ. Купирование психопатологической и соматической симптоматики, направленность терапии на поддержание психоэмоционального состояния больных с ФЗ способствовало достижению длительной ремиссии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лоранская Т. И., Лебедева Р. П. Отчет о клинических испытаниях драже «Ламинолакт» // Пробиотики нового поколения. — СПб., 2003. — С. 59–63.

2. Ткаченко Е. И. Питание, микробиоценоз и интеллект человека. — СПб., 2006. — С. 587.

3. Чернусь Н. П. Нарушения микробиоценоза толстой кишки: взгляд практического врача: лекция // Сб. XII Росс. нац. конгр. «Человек и лекарство». — 2004. — С. 72–75.

4. Шемеровский К. А. Временная организация эвакуаторной функции кишечника и эффективность ее восстановления у субъектов с бродиэнтерией // Владикавказ. мед.-биол. вестн. — 2008. — Т. 8. — № 14. — С. 22–24.

5. Craddock D., Thomas A. Cytokines and late-life depression // Essent Psychopharmacol. — 2006. — № 7 (1). — P. 42–52.

6. Garvey M., Noyes R. Jr., Yates W. Frequency of constipation in major depression: relationship to other clinical variables. // Psychosomatics. — 1990. — № 31 (2). — P. 204–206.

7. Shiller L. R. Review article: the therapy of constipation // Aliment. Pharmacol. Ther. — 2001. — Vol. 15. — № 6. — P. 749–763.

8. Van Praag H. M. Serotonin precursors in the treatment of depression // Serotonin in biological psychiatry. N.-Y.: Raven Press, 1982. — P. 259–286.

9. Vogelsang H., Pfeiffer J., Moser G. Recommendations on therapy for chronic constipation — working group for functional diagnosis and psychosomatics of the austrian society of gastroenterology and hepatology // Z. Gastroenterol. — 2011. — № 49 (2). — P. 294–303.

РЕФЕРАТ

Н. П. Чернусь, Л. А. Виноградова, Н. В. Киреева

Пожилой возраст, запор и депрессия: как лечить?

Запор является одной из ключевых проблем современной терапии в пожилом возрасте. Целью исследования явилось изучение особенностей психологического и микробиологического статусов у пациентов пожилого и старческого возраста с функциональным запором, а также влияние образовательных программ на привержен-

ность к терапии в амбулаторных условиях. Как показали результаты исследования, чаще всего депрессия встречалась у пациентов 1 группы — в 68,4 % случаев — с компенсированной функцией толстой кишки, тогда как во 2 группе — в 34,6 % (компенсированная) и 3 группе — в 41,5 % (субкомпенсированная) случаев. Независимо от степени нарушения моторно-кинетической функции толстой кишки, у всех пациентов выявлялась 3-я степень дисбиоза. Проведение обучающих программ, дающих знание о физиологических особенностях толстой кишки, оказывало положительное влияние на приверженность пациентов к соматической и фармакопсихологической терапии.

Ключевые слова: функциональный запор, старение, депрессия, дисбиоз.

SUMMARY

N. P. Chernus, L. A. Vinogradova, N. V. Kireeva

Advanced age, constipation, depression: what are the ways of management?

Constipation is one of the key problems of modern therapy for elderly people. The research aim was to study the features of the psychological and microbiological status of the advanced and senile age patients with functional constipation and to see the effect of educational programmes on compliance of the patients with the therapy in the out-patient departments. The investigation showed that depression was more frequent in the patients of group 1 (68.4 % of the cases) with compensated function of the large gut whereas in the 2nd group — 34.6 % (compensated) and in the 3rd group — 41.5 % (subcompensated) cases. The 3rd degree dysbiosis was found in all patients irrespective of the extent of disorder of the motor-kinetic function in the large gut.

Key words: functional constipation, aging, depression, dysbiosis.

© В. Л. Сидоров, О. Д. Ягмуров, 2013 г.
УДК 612.616:340.6-073.56

В. Л. Сидоров, О. Д. Ягмуров

ПРАКТИЧЕСКИЙ ЭФФЕКТ ОТ ВНЕДРЕНИЯ КОЛОРИМЕТРИЧЕСКОЙ И ИММУНОХИМИЧЕСКОЙ МЕТОДИК ПРИ УСТАНОВЛЕНИИ НАЛИЧИЯ СПЕРМЫ НА ВЕЩЕСТВЕННЫХ ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И. П. Павлова; Бюро судебно-медицинской экспертизы, Санкт-Петербург

ВВЕДЕНИЕ

Общеизвестно, что при установлении наличия спермы в следах и участках на крупногабаритных

вещественных доказательствах (таких как постельное белье и одежда) следует начинать с ориентировочных методов исследования, а лишь затем переходить к доказательным. При отсутствии сперматозоидов в мазках с содержимым влагалища, полости рта и прямой кишки применяется та же тактика экспертного исследования для соответствующих тампонов.

В судебно-медицинской практике для этих целей используют реакцию на кислую фосфатазу (сокращенно — КФ). В отечественной литературе первые упоминания об использовании этой реакции при экспертизе вещественных доказательств встречаются в 1960-х гг. [1, 2], зарубежом ее активно используют начиная с 1970-х гг. [5]. В ряде подразделений применяются тестирующие полоски «Phosphatesmo km».

После проведения реакции на КФ требуется дальнейшее исследование следов и участков на объектах-носителях, в которых обнаружены простатическая или общая КФ, доказательными методами на наличие спермы (морфологическими —