

**ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ
КАК РЕЗУЛЬТАТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО
СТРЕССА И НЕЗАВЕРШЕННОЙ
ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ**

Оленко Е.С., Киричук В.Ф., Сачков С.В., Кодочигова А.И.,
Демина Т.М., Халтурина В.Г., Ушакова Н.Ю.,
Титоренко Е.В.

*ГОУ ВПО «Саратовский ГМУ Росздрава»,
Саратов, Россия*

Считается, что в условиях воздействия на человека психической травмы (стресса) возникает альтернатива: либо в связи со стрессоустойчивостью и под влиянием методов психологической защиты человек остается психически и соматически здоровым, либо он заболевает неврозом или психосоматическим страданием.

Стресс опосредованно, через нервные и гуморальные механизмы, возбуждает те органы и системы, активация которых необходима для общего адаптационного синдрома, реализующего реакции «боевая тревога» и «битва-бегство». Многие исследователи и клиницисты считают сердечно-сосудистую систему основным конечным органом стрессорной реакции. На втором месте по частоте находятся желудок и кишечный тракт, которые чаще всего реагируют на эмоции ярости и гнева.

В настоящее время представляется наиболее рациональным рассмотрение генеза психосоматических расстройств с позиций системно-структурного перехода, предусматривающего выделение четырех компонентов: 1) психологического компонента (особенности личности, психологической защиты на стресс); 2) корково-подкоркового компонента (особенности деятельности коры головного мозга, системы гипоталамус - гипофиз - надпочечники, лимбической системы, ретикулярной формации и ствола мозга); 3) нейрогуморального компонента, включающего вегетативную нервную и эндокринные системы; 4) органического или системного компонента.

Выделение четырех компонентов механизма формирования психосоматических расстройств дает возможность проследить, как конфликт, взаимодействуя с личностью вначале на психологическом уровне, переходит на физиологический уровень, трансформируясь в патологию внутренних органов.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ
ХРОНИЧЕСКОГО БРОНХИТА У ДЕТЕЙ И
ПОДРОСТКОВ**

Осин А.Я., Ускова А.В.

*Владивостокский государственный медицинский
университет, Владивосток, Россия*

В настоящее время совершенствуется диагностика хронического бронхита (ХБ) как самостоятельной нозологической формы у детей и подростков. Данное направление предусматривает дифференциацию ХБ от других бронхолегочных заболеваний (БЛЗ), протекающих с синдромом бронхита. Известно, что ХБ является постоянным спутником бронхоэктатической болезни, первичной цилиарной дискинезии и основной ее формы – синдрома Картагенера, а также является одним из проявлений муковисцидоза. Полнота развития бронхолегочной системы (аплазия, гипоплазия легких, синдром Мунье-Куна, синдром Вильямса-Кемпбелла, поликистоз легких, аномалии ветвления бронхов), как правило, предрасполагает к формированию хронического бронхита.

Цель настоящего исследования: изучить клинические и параклинические проявления ХБ как самостоятельной нозологической формы и как синдрома БЛЗ и на этой основе разработать дифференциально-диагностические критерии предложенных состояний.

Для достижения поставленной цели в объем исследования было включено 184 ребенка и подростка в возрасте от 3-х месяцев до 18 лет. Из них было мальчиков 106 (57,6 ± 3,6%) и девочек 78 (42,4 ± 3,6%). Все обследованные находились на госпитализации в МУЗ «Детская городская клиническая больница» и МУЗ «Детская городская больница №4» г.Владивостока в течение 1990-2007 г.г. Диагностика БЛЗ осуществлялась на результатах комплексных исследований, включающих клинические, рентгенологические, бронхологические, функциональные, цитологические и некоторые специальные методы. Полученные данные были статистически обработаны путем биометрического анализа.

Диагностированные БЛЗ были представлены ХБ у 106, бронхоэктатической болезнью (БЭБ) у 52, муковисцидозом (МВ) у 16, синдромом Картагенера у 5, гипоплазией легкого у 2 и поликистозом легкого у 3 пациентов.

Выделяли 2 формы ХБ: хронический обструктивный бронхит (ХОБ) и хронический необструктивный бронхит (ХНБ). Основными дифференциально-диагностическими критериями ХБ были определены следующие: клинические (продуктивный кашель с отделением незначительного количества различного характера мокроты, симптомы интоксикации и дыхательной недостаточности (ДН), физикальные изменения в легких – жесткое дыхание, диффузные разнотональные сухие и разнокалиберные влажные хрипы с обеих сторон, бронхообструктивный синдром (БОС) при ХОБ и др.); рентгенологические (усиление бронхососудистого рисунка со стойкой локальной или диффузной деформацией); бронхоскопические (наличие диффузного эндобронхита катарального или катарально-гнойного характера); бронхографические (деформация бронхов без их расширения); функциональные (вентиляционная недостаточность I-II-й степени, преобладание обструктивного типа нарушений ФВД при ХОБ); цитологические (в мокроте и бронхоальвеолярной лаважной жидкости – признаки деспитализации, локального лейкоцитоза, дисбаланса, деструкции и вакуолизации клеток, мукоцилиарной недостаточности, микробной колонизации эпителия, нарушения фагоцитарной активности нейтрофилов и альвеолярных макрофагов).

Диагностическими критериями БЭБ являлись группы признаков: клинические (продуктивный кашель с отделением значительного количества слизисто-гнойной или гнойной мокроты, симптомы гнойной интоксикации и хронической гипоксии, физикальные изменения в легких – локальное укорочение перкуторного звука, ослабление дыхания, стойкие локальные сухие разнотональные и влажные разнокалиберные хрипы); рентгенологические (усиление бронхососудистого рисунка со стойкой локальной деформацией); бронхоскопические (наличие катарально-гнойного или гнойного эндобронхита); бронхографические (расширение дистальных участков бронхов, наличие цилиндрических, мешотчатых или смешанных бронхоэктазов); функциональные (вентиляционная недостаточность I-III-й степени, преобладание рестриктивных нарушений ФВД); цитологические (в мокроте и БАЛЖ признаки эпителиальной эксфолиации, локального лейкоцитоза и макрофагального дефицита, деструкции и вакуолизации клеток, мукоцилиарной недостаточности и микробной колонизации эпителия, нарушение фагоци-

тарной активности нейтрофилов и альвеолярных макрофагов и др.).

Дифференциально-диагностическими критериями МВ считали: анамнестические (заболевания легких и кишечника в семейном анамнезе, предшествовавшие мертворождения и спонтанные аборт, непрерывно рецидивирующий процесс в бронхолегочной системе с первых месяцев жизни, рецидивирующие заболевания ЛОР-органов), клинические (физическое развитие ниже среднего и низкое, деформация грудной клетки, частый влажный приступообразный (коклюшеподобный) кашель с трудно отделяемой вязкой слизисто-гноющей мокротой, ДН смешанного типа, физикальные изменения в легких – локальное укорочение перкуторного звука, сухие разнотональные и влажные разнокалиберные хрипы; при смешанной форме определяли синдром мальабсорбции); рентгенологические (распространенные деформации бронхолегочного рисунка и ателектазы); бронхоскопические (гноющий и катарально-гноющий эндобронхит, обтурации бронхов вязким слизисто-гноющим секретом); бронхографические (деформации бронхов и цилиндрические бронхоэктазы); функциональные (стойкие обструктивные и рестриктивные нарушения). Патогномичным лабораторным признаком у всех пациентов являлось увеличение содержания хлоридов в поте, превышающее 60 ммоль/л.

Синдром Картагенера характеризовался следующими признаками: анамнестическими (хроническая бронхолегочная патология в генеалогическом анамнезе, рецидивирующие заболевания дыхательных путей с первых недель и месяцев жизни); клинические (частый влажный кашель с отделением слизисто-гноющей мокроты, ДН смешанного типа, усиливающаяся при физической нагрузке, физическое развитие ниже среднего и низкое, физикальные данные – укорочение перкуторного звука над патологически измененными участками легких и распространенные влажные разнокалиберные хрипы); рентгенологические (деформации легочного рисунка и очаговые уплотнения легочной ткани, situs viscerus inversus); бронхоскопические (гноющий и катарально-гноющий диффузный эндобронхит); бронхографические (деформации бронхов и мелкие бронхоэктазы); функциональные (чаще обструктивные нарушения). Другие аномалии и пороки развития (сердца, почек и т.д.) также определялись у пациентов. Исследования двигательной функции мерцательного эпителия показали ее снижение в 3,6-5,2 раза (по сравнению с нормой).

Гипоплазия легкого характеризовалась клиническими (физическое развитие ниже среднего, укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания над пораженным легким, односторонние локальные хрипы, смещение средостения в сторону недоразвитого легкого), рентгенологическими (уменьшение в объеме легкого, отсутствие мелких бронхиальных разветвлений), бронхоскопическими (катаральный или катарально-гноющий односторонний бронхит), функциональными (преимущественно рестриктивные нарушения ФВД) признаками.

При поликистозе выявляли клинические (непрерывно-рецидивирующее течение, низкое физическое развитие, кашель с гноющей мокротой, признаки ДН, наличие влажных хрипов), рентгенологические (полостные образования), бронхоскопические (гноющий диффузный двусторонний эндобронхит) и функциональные (выраженные обструктивные и рестриктивные нарушения) критерии.

Таким образом, представленные клинические и пара-клинические группы признаков данных БЛЗ позволяют

дифференцированно подходить к диагностике ХБ как самостоятельной нозологической формы, так и при наследственных и врожденных заболеваниях.

ИНФОРМАЦИОННЫЙ АНАЛИЗ ВЛАГАЛИЩНОЙ ЖИДКОСТИ

Петров М.Н., Петров И.М.

*Сибирский федеральный университет,
Красноярск, Россия*

В биологическом организме много видов биологической жидкости, анализ которых позволяет диагностировать состояние отдельных органов и организма в целом. Известно, что все полые органы организма являются резервуаром для соответствующих биологических жидкостей (желудочный сок, содержимое кишечника, моча и др.), имеющих строго определенные параметры рН, микроэлементного, белкового, углеводного, липидного и др. составов. Однако, содержимое влагища до настоящего времени с позиций концепции «биологической жидкости» практически не изучалось и не имело соответствующих диагностических значимых параметров /1/. По данным источника /1/ представлены биохимические параметры влагищной жидкости в таблице 1. Так же в данной работе отражены основные подходы по диагностике данной жидкости. В последнее время, развивается новое научное направление в диагностике состояния живых организмов на основе исследования кристаллов льда замороженной биологической жидкости по совершенно новому способу, изложенному в работе /2/. Исследуются различные характеристики структур кристаллов льда биологической жидкости, как информационные структуры, отображающие состояния отдельных органов организма. Системность подхода заключается в том, что чем больше биологических жидкостей, одного организма будет исследовано, тем больше будет известно о состоянии организма в целом. В данной статье предлагается исследовать информационную структуру вагинальной жидкости по новому способу. Методика исследования проста, биологическую жидкость замораживают, а затем анализируют кристаллы льда по различным параметрам (цвет, структура граней, форме, размерам, прозрачности и т.д.). Исследования проводятся при помощи микроскопа или если кристалла достаточно большие без него. Для удобства фиксации результатов желателно использовать микроскоп со встроенной цифровой видео камерой с прямым выходом на компьютер. При наличии мощного микроскопа возможно исследование информационных структур размерами равными нанометрам.

Данный способ имеет свои преимущества:

1. простота проведения анализа;
2. не требует дополнительных финансовых затрат в медицинском учреждении, так, как всё необходимое оборудование уже имеется;
3. не требует высокая квалификация специалистов для выполнения анализа;
4. не приносит вред исследуемому организму, так как для исследования используются в основном естественные выделения организма (моча, кал, пот, слюна, слеза, гноющие выделения и т.д.);
5. быстрота проведения анализа в реальном масштабе времени;
6. полнота диагностики так, как можно проанализировать большое количества выделений одновременно и дать системное представление о состоянии организма в целом и отдельных органах организма.