частности тревоги, то отсутствуют и симптомы депрессии. Но при наличии легких субклинических тревожных нарушений, а также тревожных расстройств симптомы депрессии достигали клинического уровня и выступали в коморбидности с этими тревожными расстройствами. Как указывают Голдберг и Хаксли, типичные симптомы психических расстройств удобно описывать как проявления двух измерений симптоматологии, которые связаны друг с другом, и, следовательно, могут быть обозначены как тревога и депрессия [1]. Эти авторы также отмечают, что тревогу обычно связывают с угрозой, а депрессию – с утратой. Таким образом, вероятно, мы имеем дело с процессами наказаний и поощрений, которые интенсивно изучались психологами. В данном контексте имеется в виду, что большая часть реакций страха усваивается через наказание, а не через лишение награды. Известно, что подобные различия восприимчивости обусловлены генетически, что было показано на животных.

Резюмируя полученные нами данные следует отметить, что тяжелые психические расстройства, например, такие как психоорганический синдром, шизофрения, биполярные расстройства с психотическими симптомами и депрессивные психозы по меньшей мере достаточно отчетливо отвечают категориальной клинической диагностической модели, в то время как невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства наряду с депрессией и дистимией клинически выглядят более размытыми и количество сочетанных форм этих расстройств одновременно и в течение жизни достаточно велико, что требует дальнейшего совершенствования измерительного диагностического аппарата.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Голдберг Д., Хаксли П. Распространенные психические расстройства: Биосоциальная модель/ Пер. с англ. Д. Полтавца. К.: Сфера, 1999. – 256 с.

2. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. 4-е издание. – СПб: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. – 640 с.

3. Eaton W. and Ritter, C. «Distinguishing anxiety and depression with field survey» // Psychological Medicine, 1988, 18, 155-166.

4. Kroenke K., Spitzer R.L., Williams J.B. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. // J. Gen. Intern/ Med. 2001, Sep; 16(9):606-13.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ РАССТРОЙСТВ ДЕПРЕССИВНОГО СПЕКТРА В АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ СЕТИ

Корнетов Н.А., Шмунк Е.В.
Сибирский государственный медицинский университет
Томск, Россия

Современные данные [2] показывают необходимость учета экономических затрат здравоохраненииz в отношении пациентов с коморбидными психическими и соматическими расстройствами, а также необходимость обучения распознаванию и терапии депрессивных расстройств в первичной медицинской сети.

По данным исследователей распространенность аффективных расстройств в странах Европы, США и России неуклонно нарастает [1,2].

Цель исследования заключалась в анализе подходов врачей терапевтов к депрессивным пациентам в амбулаторно-поликлинической практике.

Участники, материал и методы. Группа обследуемых в амбулаторно-поликлинической сети при информированном согласии состояла из 103 пациентов. Диагностика расстройств депрессивного спектра (однократного депрессивного эпизода, рекуррентного депрессивного расстройства и др.) осуществлялась по исследовательским диагностическим критериям МКБ-10 [1994] Исследование назначений и обследований пациентов с депрессивными расстройствами, которые осуществлялись участковыми терапевтами, проводились с помощью оригинального «Стандартизированного опросника обращения пациентов с симптомами депрессии в общесоматической сети» [1].

Результаты исследования. Большая часть обследованных пациентов (61,8%) до поступления в психиатрический стационар обращались за помощью к врачам первичной сети. Из них более двух визитов в поликлинику совершили 47,1%. Почти половина всех пациентов (49,0%) была осведомлена о существовании специализированной психиатрической помощи. Средняя длительность расстройств до поступления в психиатрический стационар составила 19,1 месяц (от 0,5 до 312 месяцев).

Число визитов к врачам поликлиники в среднем составило 3,6 посещения на человека (от 0 до 49). Большее количество визитов к врачам первичной сети приходилось на пациентов с жалобами со стороны сердца (t- критерий для независимых выборок, p=0,02) и меньшее, с жалобами на снижение энергичности

(t- критерий для независимых выборок, p=0,0007).

Чем чаще пациент посещал поликлинику, тем выше было количество обследований и назначаемых лекарств (r>0,2, p<0,05) и ниже уровень социальной адаптации при поступлении и спустя 6 недель после начала антидепрессивной терапии (r>-0,2, p<0,05).

В поликлинике пациенты проходили некоторые обследования. Количество обследований в среднем составило 2,4 на человека (от 0 до 8). Чаще всего обследуемым назначались общий анализ крови - 45,1%, общий анализ мочи - 43,1%, биохимический анализ крови – 38,2%, ЭКГ – 36,3%, ультразвуковое исследование внутренних органов – 30,4%, реже РЭГ – 10,8%, ЭЭГ – 1,9%, КТ головного мозга – 4,9%, исследование уровня гормонов – 3,9%, на другие методы обследования пришлось 14,7% (ректороманоскопия, эзофагофиброгастродуоденоскопия, рентгеновское исследование).

Лекарственные препараты, принимаемые пациентами на догоспитальном этапе

Седативные средства	настойка валерианы, пустырник, новопассит, персен
Ангиопротекторы	кавинтон, циннаризин
Сердечно-сосудистые средства	энап, корвалол, валокордин, адельфан, валидол, коринфар, предуктал, валосердин
Анальгетики	пенталгин, цитрамон
Гипнотики	имован, донормил
Ноотропы	Пирацетам
Препараты, нормализующие деятельность ЖКТ	карсил, фестал, гастрофарм, гастал, омез, фамотидин
Общеукрепляющие препараты	кокарбоксилаза, АТФ, витамины

Примечание: Перечисленные препараты не отвечают никаким стандартам терапии депрессивных расстройств, а ряд из них могут способствовать лекарственной зависимости

С увеличением длительности периода расстройства до обращения в стационар возрастало число проводимых обследований в первичной сети (t-критерий для независимых выборок, p=0,0003; r>0,2, p<0,05) и назначаемых лекарств (r>0,2, p<0,05). Пациенты с сопутствующим остеохондрозом, а также с жалобами со стороны сердца и ЖКТ проходили большее количество обследований (t-критерий для независимых выборок, p=0,02; p=0,01; p=0,03). Часть пациентов за период амбулаторного лечения были вынуждены взять больничный лист, поскольку не могли справляться со своей работой. Так, 11,8% пациентов больничный лист выдавался однократно, 3,9% дважды, 1,9% трижды, и одному человеку (0,9%) четырежды. Число дней нетрудоспособности в среднем составило 2,5 ± 7,1 дня на человека (от 0 до 45 дней). С увеличением длительности расстройства увеличивалось количество дней нетрудоспособности (r>0,2, p<0,05).

Число госпитализаций в соматический стационар составило от 0 до 4 за весь период заболевания (в среднем 0,25 госпитализаций на человека). Один раз лечились в стационаре 13,7% (n=14), два раза 3,9% (n=4) и четыре раза 0,9% (n=1).

Большинство пациентов (72,5%) во время наблюдения в первичной сети принимали лекарственные препараты (Табл.1). В среднем, на догоспитальном этапе пациенты принимали по 2 препарата (от 0 до 6). С возрастом количество назначаемых лекарств увеличивалось (r =0,28, p<0,05).

Резюмируя полученные данные можно сделать следующее заключение. Несмотря на постоянные тематические циклы, проводимые в поликлиниках по распознаванию и терапии депрессивных расстройств терапевтическая инертность врачей-терапевтов крайне велика в изменении тактики лечения пациентов имеющих депрессивные расстройства, которые часто маскируются соматическими жалобами пациентов. Из всех обследованных 61,8% пациентов с депрессией до поступления в психиатрический стационар обращались за помощью к врачам амбулаторно-поликлинической сети.

Второе обстоятельство которое следует выделить это вопросы, связанные с ориентацией здравоохранения на соматическую патологию, что влияет в числе многих факторов и на ее экономические неоправданные затраты. С увеличением длительности расстройств депрессивного спектра и частоты посещений амбулаторной непсихиатрической службы возрастало количество проводимых исследований, назначаемых лекарств, дней нетрудоспособности и определялось снижение уровня социальной адаптации. Большее количество визитов к врачам первичной сети было связано с жалобами на дискомфорт в области груди; и многократные обследования приходились на пациентов с жалобами со стороны сердца и ЖКТ, что часто наблюдается при депрессиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Корнетов, Н.А. Депрессивные расстройства – диагностические «невидимки» в психиатрической и общемедицинской практике / Н.А. Корнетов // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Вып. 3. – С. 85-90.

2. Краснов, В.Н. Научно-практическая программа «Выявление и лечение депрессий в первичной медицинской сети» // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т.9, №4. – С. 5-9.

ПРЕИМУЩЕСТВА ГИСТЕРОСКОПИИ КАК ОДНОГО ИЗ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАТОЛОГИИ МАТКИ

Матейкович Е.А., Дронь А.Н.
ГОУ ВПО ТюмГМА, Росздрава
Тюмень, Россия

В настоящее время эндоскопические методы занимают ведущее место в диагностике различных заболеваний гениталий, в хирургическом их лечении, послеоперационном ведении больных. Особое значение представляет использование гистероскопии при патологических изменениях матки. Появление гистероскопии изменило решающим образом наше представление о диагностике внутриматочной патологии и изменениях эндометрия, что способствовало своевременному началу лечения, позволило использовать органосохраняющие методы хирургического лечения. Ранняя диагностика внутриматочной патологии является важным этапом в профилактике злокачественных заболеваний матки.

Цель работы – провести анализ структуры внутриматочной патологии, определить частоту и эффективность применения эндоскопических методов для её диагностики и лечении.

Материалы и методы

На базе гинекологического отделения родильного дома №3 проанализированы истории болезни женщин, которым была выполнена гистероскопия и резектоскопия с целью диагностики и лечения внутриматочной патологии. В специально разработанную карту вносили возраст пациенток, данные, отражающие диагноз, особенности течения операции и послеоперационного периода, результаты гистологического исследования.

Результаты

Гистероскопия с диагностической и лечебной целью была выполнена 131 женщине в возрасте от 22 до 66 лет.

Во всех случаях применялся жидкостный метод с использованием неэлектролитного 5% раствора глюкозы (гистероскоп фирмы LAWTON, Германия).

Из данных, представленных в табл. 1 видно, что наиболее часто лечебно – диагностическая гистерорезектоскопия выполнялась по поводу гиперпластических процессов эндометрия, таких как полип эндометрия в 52% случаев и гиперплазия - 10%.

На гистологическом исследовании полипы эндометрия имели следующую морфологическую структуру (табл. 2.)

Гиперплазия эндометрия по результатам гистологического исследования выявлена следующих типов: железистая у 8 пациенток (61%), железисто – кистозная в 4 (31%) случаях, железисто – кистозная с очаговой атипией – 1 (8%).

При полипах эндометрия выполнялась электрорезекция с коагуляцией ложа полипа, а при гиперплазии эндометрия – резекция патологически измененных участков эндометрия.

При субмукозной форме миомы матки была выполнена полная или частичная резекция узла.

С диагностической целью для исключения внутриматочной патологии гистероскопия проведена у 18 (13,7%) пациенток с бесплодием, как первичным в 17% случаев, так и вторичным – 83%, а также с миомой тела матки смешанной формы и при нарушениях менструального цикла в 4,6% и 2,3% соответственно. Во время операции и в послеоперационном периоде осложнений не было.

Таблица 1.

Патология	Средний возраст женщин	Количество пациенток, перенесших гистероскопию или гистерорезектоскопию n (%)
Полип эндометрия	41 г.	68 (52)
Sterilitas	33 г.	18 (13,7)
Гиперплазия эндометрия	38 л.	13 (10)
Миома тела матки субмукозная форма	48 л.	13 (10)
Полип цервикального канала	43 г.	7 (5,3)
Плацентарный полип	32 г.	6 (4,6)
Миома тела матки смешанная форма	45 л.	6 (4,6)
Нарушение менструального цикла	31 г.	3 (2,3)
Остальная патология	50 л.	4 (3)