

На КТ грудной полости от 31.10.2014 г. картина двустороннего гидроторакса, левосторонней полисегментарной пневмонии и специфического поражения печени.

Несмотря на проводимое лечение, нарастал анемический (Hb — 78 г/л), тромбоцитопенический синдром (Tr — $45,2 \times 10^9$ /л), прогрессировали признаки почечной недостаточности (мочевина — 29,3 ммоль/л, креатинин — 601 мкмоль/л, калий — 6,9 ммоль/л).

При аутопсии пациента были обнаружены массивные разрастания опухоли в трубчатых костях, лимфатических узлах брюшной полости, миеломная нефропатия, миеломное поражение печени, слизистой желудка в виде полипоза и развившемся на этом фоне желудочным кровотечением с гемотампонадой просвета желудка.

Заключение

Несмотря на использование новых подходов в лечении множественной миеломы и в результате этого достижения некоторой стабилизации процесса, в остаточной опухоли могут происходить дополнительные мутации, которые приводят к пролиферации клона, и у части больных развивается резистентность к лечению.

Специфическое поражение лимфатических узлов, печени и желудка по данным Н. Е. Андреевой встречается очень редко (около 0,5 %).

Такие поражения не проявляются клинически и являются прогностически неблагоприятными.

Данный клинический случай, на наш взгляд, демонстративен как вариант течения агрессивной формы заболевания.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Волкова, М. А. Клиническая онкогематология: рук-во для врачей / М. А. Волкова. — М.: Медицина, 2007. — С. 1115–1120.
2. Survival and years of life in different age cohorts of patients with multiple myeloma / H. Ludwig [et al.] // J. Clin. Oncol. — 2010. — Vol. 28. — P. 1599–1605.
3. Lahuerta, J. J. Influence of pre-and post-transplantation responses on outcome of patients with multiple myeloma: sequential improvement of response and achievement of complete response are associated with longer survival / J. J. Lahuerta, M. V. Mateos, J. Martinez-Lopes // J Clin Oncol. — 2008. — Vol. 26. — P. 5775–5782.
4. Renal pathologic spectrum in an autopsy series of patients with plasma cell dyscrasia / G. A. Herrera [et al.] // Arch. Pathol. Lab. Med. — 2004. — Vol. 128. — P. 875–879.
5. Greek Myeloma Study Group. Renal failure in multiple myeloma: incidence, correlations, and prognostic significance / V. Eleutherakis-Papaalakou [et al.] // Leuk. Lymphoma. — 2007. — № 48. — P. 337–341.
6. Рехтина, И. Г. Прогностические факторы при множественной миеломе, осложненной почечной недостаточностью / И. Г. Рехтина, Р. Б. Чавынчак // Тер. архив. — 2008. — № 1. — С. 84–88.
7. Патологические и терапевтические аспекты поражения костей при множественной миеломе / Б. И. Гельцер [и др.] // Клиническая медицина. — 2009. — № 12. — С. 14–19.
8. Durie, B. G. M. Patient Handbook Multiple Myeloma. Cancer of the Bone Marrow / B. G. M. Durie // International Myeloma Foundation. Edition. — 2008. — P. 44.
9. Малаева, Е. Г. Внутренние болезни: учеб. пособие / Е. Г. Малаева, И. И. Мистюкевич. — Гомель: ГомГМУ, 2014. — 198 с.

Поступила 03.05.2016

УДК 616.895.8:613.816

ШИЗОФРЕНИЯ И УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ

Н. В. Хмара¹, А. Н. Цитко², Д. А. Коваленко²

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Гомельская областная клиническая психиатрическая больница

В настоящей работе приводится разбор клинического случая и обзор литературы при коморбидном сочетании злоупотребления алкоголем и шизофренией, обсуждаются сложности диагностики и лечения.

Ключевые слова: шизофрения, злоупотребление алкоголем, враждебность, коморбидность, лечение.

SCHIZOPHRENIA AND ALCOHOL ABUSE

N. V. Hmara¹, A. N. Tsitko², D. A. Kovalenko²

¹Gomel State Medical University

²Gomel Regional Clinical Psychiatric Hospital

The present work analyzes a medical case and gives review of literature on the comorbid combination of alcohol abuse and schizophrenia, discusses the difficulties of the diagnosis and treatment.

Key words: schizophrenia, alcohol abuse, hostility, comorbidity, treatment.

Введение

Алкоголь и шизофрения — две значимые проблемы в области психического здоровья. Эти заболевания ведут не только к существенному снижению качества жизни индивидуума, но и к деструктивным нарушениям в личной и

общественной жизни. Коморбидность — термин, означающий наличие у пациента одновременно нескольких психических расстройств. Среди отечественных психиатров длительное время бытовало заблуждение, что пациенты, у которых одновременно наблюдается шизофрения и

зависимость от алкоголя, встречаются редко. С данным «двойным диагнозом» также часто связывали более благоприятный исход.

Однако в последнее время проведен ряд эпидемиологических исследований, в результате которых получены надежные данные, что лица с шизофренией злоупотребляют алкоголем в 2–4 раза чаще, чем в общей популяции (Г. Т. Красильников, В. Л. Дресвянников, Н. А. Бохан, 2002; М. Hambrecht, Н. Hafner, E. Fuhren, 1996).

Алкоголь и шизофрения изолированно увеличивают агрессивные тенденции у пациентов. Исследование коморбидности показало, что риск проявления агрессии имеет статистически достоверное увеличение у лиц, страдающих шизофренией, при сопутствующем употреблении алкоголя с отношением шансов 8,9, в то время как без коморбидности — с отношением шансов 2,1 (Fazel и соавт., 2009). Сочетание алкоголизма и шизофрении увеличивает риск совершения насильственных преступлений более чем в 2 раза по сравнению с лицами без «двойного диагноза» (Lindquist & Allebeck, 1989; Swanson et al. 1990) [1].

В 2014 г/ Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) был проведен опрос, который выявил, что уровень потребления алкоголя в Беларуси составил 15,13 л на человека. Употребление 8 и более литров алкоголя на человека приводит к деградации нации [2]. Общий высокий уровень потребления алкоголя позволяет предположить, что люди, страдающие шизофренией, в нашей стране также употребляют алкоголь.

Важно понимать, что оба заболевания дебютируют в молодом возрасте и активно влияют на социальные когниции (исполнительные функции), в частности, функции, лежащие в основе гибкого, целенаправленного поведения: планирование, внимание, смену установок, торможение конкурирующих моделей поведения и оперативную память. Оба заболевания способствуют также формированию враждебного атрибутивного стиля мышления, который тесно связан с бредом, враждебностью и способностью распознавать эмоции. При курации пациентов с шизофренией необходимо иметь настороженность в отношении употребления алкоголя.

Случай из клинической практики

Пациентка Л., 42 года, была направлена в Гомельскую областную психиатрическую больницу в связи с появлением следующей симптоматики: подавленность, нарушение сна, появление «голосов» внутри головы, которые запугивают ее. Из анамнеза известно, что незадолго до госпитализации нанесла мужу ножевое ранение (со слов Л. — ненамеренное).

Из анамнеза жизни: наследственность Л. психопатологически неотягощена, но известно, что отец пациентки страдал алкогольной зависимостью. Раннее развитие без особенност-

стей, образование среднетехническое. На момент поступления пациентка работала уборщицей. Проживала с мужем и двумя детьми.

Из анамнеза заболевания: патология дебютировала после 2-х родов в 2009 г.: у пациентки развился послеродовой психоз. В последующем заболевание приняло неблагоприятный характер течения, в 2010 г. был выставлен диагноз: «Параноидная шизофрения, эпизодический тип течения», обострения происходили 1–2 раза в год. Во время госпитализаций преобладала галлюцинаторная симптоматика и идеи отношения. Согласно данным амбулаторной карты, на протяжении всего наблюдения враждебных тенденций не проявляла, регулярно посещала диспансер и отличалась хорошей комплаентностью. Последний год Л. находилась на поддерживающем лечении: клозапин — 25 мг/сут., галоперидол — 4,5 мг/сут., энкорат — 900 мг/сут.

При сборе анамнеза также установлено, что у пациентки на протяжении всей болезни имеются конфликтные отношения с мужем. Супруги периодами жили отдельно. Муж злоупотребляет алкоголем, часто не работает, в алкогольном опьянении неоднократно проявлял вербальную агрессию, пытался ударить. В течение последнего года после таких скандалов Л. сама стала употреблять алкоголь, чтобы «по чуть-чуть снимать стресс». Употребляла с соседом или одна, в основном пиво и (или) водку, доза доходила до 1 л пива и (или) 100–200 мл водки на человека.

Объективно при поступлении: сознание ясное. Ориентирована всесторонне правильно. Фон настроения резко снижен, речь тихая, печальная, во время беседы плачет, успокаивается самостоятельно, но с трудом. На вопросы отвечает, преимущественно односложно, старается описать свои переживания: говорит о чувстве вины и страхе, что ее осудят, высказывает идеи отношения и преследования со стороны соседей и коллег по работе. При описании своих переживаний проявляет особенности мышления в виде соскальзывания и разноплановости.

Галлюцинации характеризует как «голоса внутри головы, которые пророчат несчастья». О самой конфликтной ситуации рассказывает неохотно, акцентирует внимание на том, что это был несчастный случай. Об употреблении алкоголя также говорит только после наводящих вопросов, инцидент нападения не связывает с употреблением алкоголя. Соглашается с необходимостью приема медикаментов, однако утверждает, что «в день употребления алкоголя лекарства не пьет». Пациентка была протестирована по шкале PANSS для определения степени выраженности психопатологических симптомов. Итоги тестирования по шкале PANSS: позитивная субшкала — 25 (ср. — 22; max. — 49), галлюцинаторное поведение — 5 (ср. — 3,1; max. — 7) нарушение мышления — 12 (ср. — 11;

мах. — 28), параноидная воинственность — 10 (ср. — 10; мах. — 21), активация (возбуждение) — 12 (ср. — 6; мах. — 21), негативная субшкала — 26 (ср. — 25; мах. — 49), враждебность — 16 (ср. — 11; мах. — 28). Результаты тестирования приведены в сравнении со средними значениями у лиц с шизофренией, проходящими лечение в стационаре, и максимальными значениями, где средние (ср.) и максимальные (мах.) значения представлены в скобках.

Соматический и неврологический статус без особенностей.

Обследование психолога (в течение 1-й недели с момента поступления): контакт формальный, по существу, ответы после паузы. Голос тихий. В беседе вялая, пассивна, иногда негативистична. Волевые усилия снижены. Эмоционально невыразительна. Фон настроения снижен. Смысл простых пословиц понимает, более сложные — интерпретирует конкретно. Выявлено снижение продуктивности и формальность в мотивационной сфере.

Мышление: нарушения операционной стороны мышления в виде искажения процесса обобщения (ручка и сапоги были объединены в одну группу, так как «они оставляют следы»). При применении методики пиктограмм образы часто носили отвлеченный и символический характер (на «развитие» нарисовала круг — объяснила, что «все должно быть совершенно, как круг», на «дружбу» нарисовала собаку, рисунок объяснила: «собака — друг человека»). Выраженная депрессия. Низкий риск суицида, показатель агрессивности умеренный.

Целью психометрического тестирования явилось уточнение степени риска употребления алкоголя в течение последнего года, выраженности агрессии, а также выявление изменений социальных когнийций.

Согласно полученным данным, при проведении скрининга на употребление алкоголя по шкале ASSIST [3] Л. имела умеренный риск употребления. Оценка агрессивного поведения по шкале Overt Aggression Scale (OAS) [4] показала увеличение уровня на 2 единицы (7), по сравнению со средним значением — 5.

Было проведено исследование исполнительных функций. Обследование восприятия эмоциональных стимулов с помощью компьютеризированной нейропсихологической батареи (PennCNP) выявило, что Л. лучше распознает эмоции, чем в среднем лица, страдающие шизофренией, проходящие стационарное лечение. Общее количество общих корректных ответов Л. 33 из 40 по сравнению со средним значением — 27.

Изучение враждебного атрибутивного стиля проводилась по шкале «Неоднозначные враждебные намерения» (Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ)) (D. Combs, 2007) [5]. Данная шкала показала высокие индексы вра-

ждебности — 42 при среднем значении 31 и индексы злости — 15 при среднем значении 12.

В отделении: первое время состояние пациентки оставалось прежним. Наблюдался сниженный фон настроения, выявлялись обманы восприятия, идеи отношения, Л. старалась избегать общения с другими пациентами, враждебных тенденций не выявлено, соблюдала режим отделения, но при расспросах сообщала, что в течение последнего года постоянно ощущала несдержанность и агрессию.

В процессе лечения состояние постепенно улучшилось: выровнялся фон настроения, были купированы обманы восприятия, без враждебности говорила о соседях и коллегах по работе. Наладились сон и аппетит, стала следить за внешним видом и общаться с другими пациентами. Персонал отмечал, что пациентка стремилась участвовать в жизни отделения. Строила планы на будущее.

Перед выпиской были получены следующие результаты по шкале PANSS: позитивная субшкала — 20 (ср. — 22; мах. — 49), галлюцинаторное поведение — 2 (ср. — 3,1; мах. — 7), нарушение мышления — 10 (ср. — 11; мах. — 28), параноидная воинственность — 10 (ср. — 10; мах. — 21), активация (возбуждение) — 6 (ср. — 6; мах. — 21), негативная субшкала — 24 (ср. — 25; мах. — 49), враждебность — 11 (ср. — 11; мах. — 28). Была выписана под наблюдение врача-психиатра с рекомендациями отказа от приема алкоголя и применении поддерживающего лечения галоперидолом деконатом и карбамазепином.

Обсуждение

Характерной особенностью клинической картины болезни Л. было постепенное прогрессирование галлюцинаторно-параноидной симптоматики с появлением враждебных высказываний и агрессивного поведения в течение последнего года, что совпало с началом злоупотребления алкоголем. Этот случай демонстрирует: возраст пациентки, конфликты в семье, анализ степени выраженности психопатологических симптомов и нарушение социальных когнийций мало отличимы от наблюдений, описанных зарубежными авторами.

Анализ литературных источников показывает, что женщины совершают акты насилия в более зрелом возрасте, чем мужчины, они чаще совершают преступления, но при этом проявляют меньшую жестокость: только 1 из 7 женщин, напавших на человека, смогла убить его [6]. Алкоголь для них является одним из предикторов проявления агрессии. Женщины с враждебными тенденциями чаще проживали в семье с родственниками, имели партнера или состояли в браке, то есть они дольше сохраняют социальные связи, и у них было больше возможностей для проявления агрессии [6]. Для женщин, страдающих шизофренией и злоупотребляющих алкоголем, характерна боль-

шая степень выраженности психопатологических симптомов по шкале PANSS как в общих баллах, так, и при использовании углубленного анализа. Более высокими оказались баллы по таким позитивным симптомам, как «галлюцинаторное поведение» и таким субшкалам, как «параноидная воинственность» и «концептуальная дезорганизация». Из негативной симптоматики более высокие цифры наблюдались в пунктах «эмоциональная отстраненность», «тревога», «некооперативность». Исследование исполнительных функций показало, что для пациентов с шизофренией характерна персонализированная атрибуция, нейтральные события такие люди относят к себе лично. Наиболее выражены эти тенденции у пациентов с бредом преследования. Пациенты же, проявляющие насилие, часто используют враждебные ментализации. Предполагается, что враждебный атрибутивный стиль увеличивает риск насилия. Такие лица плохо переносят неопределенность и непредсказуемость и в стрессовых для себя ситуациях делают выбор в пользу негативных предположений [7]. В свою очередь Н. Silver и соавт. сообщают, что людям с шизофренией и агрессивными тенденциями трудно определить степень выраженности эмоций, но зато они лучше, чем другие пациенты их распознают [8]. Несмотря на достоверную информацию о насилии, ряд пациентов отрицает проявление своей агрессии. М. I. Krakowski, P. Czobor (2012) предположили, что это связано со снижением способности распознавать агрессию, показав, что рост враждебности зависит от степени уменьшения этой способности [9].

Заключение

Описанный клинический случай иллюстрирует, как симптомы шизофрении могут маскировать присоединение коморбидного состояния, в данном случае употребления алкоголя с вредными последствиями. На примере пациентки Л. мы видим, как алкоголь и шизофрения из-

менили профиль нарушений исполнительных функций. С одной стороны, эти изменения способствовали проявлению враждебности и агрессивному поведению, с другой — хорошее понимание эмоций скрадывало данные симптомы. В силу распространенности способа решения семейных проблем путем употребления алкоголя пациенты не воспринимают алкоголизацию как проблему для своего здоровья и часто умалчивают о данном факте, что было нами продемонстрировано. Подобные установки со стороны пациентов и отсутствие настороженности в плане их алкоголизации у врача ведут к ошибкам в дифференциальной диагностике, курации таких пациентов, что затрудняет выбор реабилитационных мероприятий и ухудшает социальный и медицинский прогноз. Своевременное выявление и профилактика алкоголизации лиц с шизофренией может являться одним из факторов сохранения их социальной адаптации.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Soyka, M. Substance misuse, psychiatric disorder and violent and disturbed behaviour / M. Soyka // *The British Journal of Psychiatry*. — 2000. — Т. 176, № 4. — С. 345–350.
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health-2014. — World Health Organization, 2014.
3. Humeniuk, R. Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST) / R. Humeniuk // *Addiction*. — 2008. — Т. 103, № 6. — С. 1039–1047.
4. Yudofsky, S. C. The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression / S. C. Yudofsky // *The American journal of psychiatry*. — 1986.
5. Combs, D. R. The Ambiguous Intentions Hostility Questionnaire (AIHQ): a new measure for evaluating hostile social-cognitive biases in paranoia / D. R. Combs // *Cognitive Neuropsychiatry*. — 2007. — Т. 12, № 2. — С. 128–143.
6. Nawka, A. Gender differences in coerced patients with schizophrenia / A. Nawka // *BMC psychiatry*. — 2013. — Т. 13, № 1. — С. 257.
7. Abu-Akel, A. 'Theory of mind' in violent and nonviolent patients with paranoid schizophrenia / A. Abu-Akel, K. Abushua'leh // *Schizophrenia research*. — 2004. — Т. 69, № 1. — С. 45–53.
8. Silver, H. Schizophrenia patients with a history of severe violence differ from nonviolent schizophrenia patients in perception of emotions but not cognitive function / H. Silver // *Journal of Clinical Psychiatry*. — 2005. — Т. 66, № 3. — С. 300–308.
9. Krakowski, M. I. The denial of aggression in violent patients with schizophrenia / M. I. Krakowski, P. Czobor // *Schizophrenia research*. — 2012. — Т. 141, № 2. — С. 228–233.

Поступила 22.06.2016

НОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

УДК 612.766.1:612.014.11

ОСОБЕННОСТИ КОМПОЗИЦИОННОГО СОСТАВА ТЕЛА И ПОКАЗАТЕЛЕЙ АЭРОБНОЙ И АНАЭРОБНОЙ РАБОТОСПОСОБНОСТИ ПРИ СКОРОСТНО-СИЛОВЫХ НАГРУЗКАХ

Ю. И. Брель¹, Л. А. Будько²

¹Гомельский государственный медицинский университет

²Гомельский областной диспансер спортивной медицины

Цель: провести оценку особенностей композиционного состава тела и параметров анаэробной и аэробной работоспособности при скоростно-силовых нагрузках.

Материалы и методы. Обследовано 15 спортсменов-легкоатлетов мужского пола в возрасте 18–20 лет и 15 юношей контрольной группы. Состав тела оценивался по данным биоимпедансного анализатора ABC-01 «Медасс», показатели функционального состояния — по данным АПК «D-тест».