



ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА
ПО ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ СОБСТВЕННОСТИ

(12) ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(52) СПК
G01N 33/78 (2020.01)

(21)(22) Заявка: 2019135336, 05.11.2019

(24) Дата начала отсчета срока действия патента:
05.11.2019

Дата регистрации:
20.03.2020

Приоритет(ы):

(22) Дата подачи заявки: 05.11.2019

(45) Опубликовано: 20.03.2020 Бюл. № 8

Адрес для переписки:

634014, г. Томск, ул. Алеутская, 4, НИИ
психического здоровья, Томский НИМЦ,
Перчаткиной О.Э.

(72) Автор(ы):

Дашиева Баирма Антоновна (RU),
Карауш Ирина Сергеевна (RU),
Никитина Валентина Борисовна (RU),
Куприянова Ирина Евгеньевна (RU),
Бохан Николай Александрович (RU)

(73) Патентообладатель(и):

Федеральное государственное бюджетное
научное учреждение "Томский национальный
исследовательский медицинский центр
Российской академии науки" (Томский
НИМЦ) (RU)

(56) Список документов, цитированных в отчете
о поиске: RU 2613111 C1, 15.03.2017. RU
2356059 C1, 20.05.2009. RU 2677867 C1,
22.01.2019. RU 2421727 C1, 20.06.2011.
ВЕТЛУГИНА Т.П. и др. Система иммунитета
и уровень тревожности при адаптации
человека к новым условиям
жизнедеятельности// *Фундаментальные
исследования.* - 2012. - N 9. - С.17-21.

(54) Способ прогнозирования течения расстройства адаптации

(57) Реферат:

Изобретение относится к диагностике, а именно к способу прогнозирования течения расстройства адаптации. Способ включает определение психологических и гормональных показателей, и при значениях уровня тревоги по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS более 8 баллов, концентрации в сыворотке крови

свободного трийодтиронина (Т3) более 5 пмоль/л и свободного тироксина (Т4) менее 11 пмоль/л прогнозируют риск затяжного течения расстройства адаптации. Способ позволяет прогнозировать риск формирования затяжного течения расстройства адаптации у пациента. 3 табл., 2 пр.

RU 2 717 307 C1

RU 2 717 307 C1



FEDERAL SERVICE
FOR INTELLECTUAL PROPERTY

(12) **ABSTRACT OF INVENTION**

(52) CPC
G01N 33/78 (2020.01)

(21)(22) Application: **2019135336, 05.11.2019**

(24) Effective date for property rights:
05.11.2019

Registration date:
20.03.2020

Priority:

(22) Date of filing: **05.11.2019**

(45) Date of publication: **20.03.2020** Bull. № 8

Mail address:

**634014, g. Tomsk, ul. Aleutskaya, 4, NII
psikhicheskogo zdorovya, Tomskij NIMTS,
Perchatkinoj O.E.**

(72) Inventor(s):

**Dashieva Bairma Antonovna (RU),
Karaush Irina Sergeevna (RU),
Nikitina Valentina Borisovna (RU),
Kupriyanova Irina Evgenevna (RU),
Bokhan Nikolaj Aleksandrovich (RU)**

(73) Proprietor(s):

**Federalnoe gosudarstvennoe byudzhetnoe
nauchnoe uchrezhdenie "Tomskij natsionalnyj
issledovatel'skij meditsinskij tsentr Rossijskoj
akademii nauki" (Tomskij NIMTS) (RU)**

(54) **METHOD FOR PREDICTION OF COURSE OF ADAPTATION DISORDER**

(57) Abstract:

FIELD: medicine.

SUBSTANCE: invention refers to diagnostics, namely to a method for prediction of adaptation disorder course. Method involves determining psychological and hormonal values, and if values of anxiety level by hospital alarm and depression scale HADS is more than 8 points, concentration in blood serum of free

triiodothyronine (T3) more than 5 pmol/l and free thyroxine (T4) less than 11 pmol/l, a risk of a protracted course of the adaptation disorder is predicted.

EFFECT: method enables predicting the risk of a protracted course of the adaptation disorder in a patient.

1 cl, 3 tbl, 2 ex

RU 2 717 307 C1

RU 2 717 307 C1

Изобретение относится к медицине, а именно, к психиатрии и может быть использовано для прогноза риска затяжного течения расстройства адаптации.

Расстройство адаптации (F43.2) описывается как дезадаптивная эмоциональная и/или поведенческая реакция на идентифицируемый психосоциальный стресс, сопровождаемая выраженным дистрессом и нарушением повседневной деятельности [1], к основным симптомам относятся фиксация на психотравмирующей ситуации и неспособность адаптироваться. Распространенность данного расстройства варьируется - от 1-2% [2, 3] до 18-30% [4, 5], что вероятно определяется изучением различных популяций, спецификой выборок и диагностическими подходами.

Патология щитовидной железы, в частности, гипотиреоз выявляется у 28,6% пациентов с аффективной патологией [6, 7]; показано, у женщин уровень тиреотропного гормона (ТТГ) выше 10 МЕ/мл, в три раза увеличивает вероятность проявления депрессивных симптомов по сравнению с женщинами с нормальным уровнем ТТГ [8]. Нарушение действия тиреоидных гормонов на пострецепторные механизмы, способствующие норадренергической и серотонинергической нейротрансмиссии, определяется снижением скорости кровотока, угнетением анаболических процессов и метаболизма глюкозы в головном мозге [9]. Гипотеза субклинического гипотиреоза рассматривается многими авторами в качестве причины, определяющей резистентность депрессии. Показано, что у пациентов с резистентной депрессией субклинический гипотиреоз встречается значительно чаще, в сравнении с общей популяцией - 52% и 5% соответственно и использование гормонов щитовидной железы способствует достижению терапевтического эффекта [10]. У лиц с гипотиреозом, помимо депрессивных расстройств, определяется и другая психическая патология - расстройства адаптации, неврастения, тревожные и органические расстройства, астенические состояния [11, 12], которые маскируются симптомами гипотиреоза, что усложняет диагностику как психической, так и эндокринной патологии, утяжеляет течение заболевания и удлиняет период выздоровления. Исследование влияния дисфункции щитовидной железы на течение и клинические проявления этих расстройств недостаточно представлено в научной литературе.

Расстройства приспособительных реакций (F43.2) относятся к состояниям невротического уровня, что предполагает выздоровление как наиболее вероятный исход, даже при затяжном течении. Клинико-динамические аспекты расстройств адаптации изучены недостаточно, имеются указания на максимальную продолжительность - до двух лет. Описано несколько типов течения расстройств адаптации [13]. Помимо благоприятного течения со спонтанным или терапевтическим регрессом психопатологической симптоматики и выздоровлением, выделяют затяжной тип течения, проявляющийся затяжными дезадаптационными реакциями (от 6 месяцев до 2 лет), либо повторяющимися клишированными реакциями, возникающими после периода относительной нормализации состояния [14]. В качестве исхода в таких случаях возможны утяжеление клинической симптоматики с переходом в хроническую аффективную патологию и/или формирование стойких изменений личности (неблагоприятный тип течения).

Известен способ прогнозирования затяжного течения невротических расстройств на основе определения в крови пациентов иммунологических показателей (В-лимфоцитов и активированных Т-лимфоцитов, цитотоксических Т-лимфоцитов и циркулирующих иммунных комплексов) [15]. Также известен способ прогнозирования течения невротических, связанных со стрессом расстройств. С помощью определения в крови пациентов гормональных показателей (концентраций кортизола, пролактина и

тиреотропного гормона) прогнозируют переход расстройства приспособительных реакций в затяжное течение с формированием стойкого изменения личности [16].

Данный способ является наиболее близким к заявляемому и выбран в качестве прототипа.

5 Недостатком этого способа является отсутствие учета сопутствующей соматической патологии, которая так же может сопровождаться изменениями определяемых гормональных показателей. Формирование стойкого изменения личности можно рассматривать лишь как один из отсроченных исходов затяжного течения расстройства адаптации.

10 Задачей предлагаемого изобретения является возможность прогнозирования риска формирования затяжного течения расстройства адаптации.

Поставленная задача решается путем оценки у пациентов с установленным диагнозом «Расстройство адаптации» (F43.2) количества клинических симптомов, выявленных при клиническом интервью, определения уровня тревоги по госпитальной шкале тревоги 15 HADS и определения в сыворотке крови концентраций гормонов щитовидной железы (Т3 и Т4), и при показателе тревоги выше 8 баллов, значениях концентраций свободного Т3 более 5 пмоль/л и свободного Т4 менее 11 пмоль/л прогнозируют риск перехода расстройства адаптации в затяжное течение.

Новым в предлагаемом способе является прогноз затяжного течения расстройств 20 адаптации на основе одномоментного определения уровня тревоги и гормонов щитовидной железы: при значениях тревоги по шкале HADS более 8 баллов, концентраций свободного Т3 более 5 пмоль/л и свободного Т4 менее 11 пмоль/л прогнозируют затяжное течение расстройства адаптации.

Способ позволяет определить возможность формирования затяжного течения 25 расстройства адаптации у пациента и назначить ему адекватную терапию.

Предлагаемые критерии (уровень тревоги по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS и концентрации свободных фракций гормонов щитовидной железы Т3 и Т4) риска формирования затяжного течения расстройства адаптации были получены в результате комплексного (клинического, психологического и гормонального) 30 обследования 39 женщин, проходивших курс лечения в первом клиническом психиатрическом отделении клиники НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Средний возраст пациентов составил $46,97 \pm 10,65$ лет. Диагностическая оценка проводилась по основным клиническим критериям МКБ-10. У 24 больных (группа 1) было диагностировано расстройство адаптации (F43.2) с нарушением функции 35 щитовидной железы, у 15 больных (группа 2) было диагностировано расстройства адаптации (F43.2) без патологии щитовидной железы. Группы исследования включают только представителей женского пола. Это обусловлено более высокой распространенностью патологии щитовидной железы у женщин [17].

Из числа пациентов с нарушением функции щитовидной железы только третья часть 40 проходит регулярное наблюдение у врача-терапевта поликлиники и контрольное обследование у врача-эндокринолога (контроль уровня гормонов ТТГ и Т4, УЗИ-контроль щитовидной железы). Никто из этих пациентов не соблюдает назначенное эндокринологом лечение. У 46% женщин признаки патологии щитовидной железы впервые выявлены в период пребывания в психиатрическом стационаре при проведении 45 ультразвукового обследования. У оставшихся пациенток (24%) диагностирован субклинический гипотиреоз по результатам лабораторных исследований.

Анализ психопатологических проявлений позволил выделить два ведущих клинических синдрома - тревожно-депрессивный и астено-депрессивный, сопоставимо

представленный в обеих группах. В качестве дополнительных симптомов отмечались головные боли, нарушение сна, вегетативные симптомы, ипохондрическая фиксация. В таблице 1 представлен сравнительный анализ частот встречаемости отдельных симптомов у пациентов с расстройством адаптации, разделенных на две группы в зависимости от наличия или отсутствия сопутствующей патологии щитовидной железы.

Таблица 1

Средние частоты встречаемости симптомов у пациентов с расстройством адаптации (сравнение по коэффициенту χ^2)

Клинические симптомы	Группы пациентов				Уровень значимости, р
	Группа 1 (n=24)		Группа 2 (n=15)		
	Абс	%	Абс	%	
Головные боли	17	70,8	7	46,7	0,4087
Фиксация на переживаниях	17	70,8	10	66,7	0,9066
Тревожное настроение	17	70,8	10	66,7	0,9066
Напряжение психическое	16	66,7	7	46,7	0,5234
Страх	7	29,2	1	6,7	0,1581
Бессонница	18	75	10	66,7	0,8186
Интеллектуальная непродуктивность	9	37,5	2	13,3	0,2099
Депрессивное настроение	10	41,7	6	40	0,9468
Напряжение мышечное	7	29,2	2	13,3	0,3585
Соматическое недомогание	7	29,2	2	13,3	0,3585
Вегетативные симптомы	15	62,5	2	13,3	0,0457
Кардиоваскулярные симптомы	13	54,2	1	6,7	0,0286
Гастроинтестинальные симптомы	4	16,7	2	13,3	0,8094

Пациенты с сопутствующей патологией щитовидной железы значительно чаще предъявляют кардиоваскулярные и нейровегетативные симптомы. Для них характерно большее количество предъявляемых симптомов - 7 (5,5-8) в сравнении с пациентами из второй группы, в которой среднее количество симптомов у одного больного составило 4 (3-5), $p=0,0001$.

Клинические проявления со стороны эмоциональной сферы также были оценены с помощью госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS). Выявлены значимые различия по уровню тревоги в группах обследуемых (таблица 2).

Таблица 2

Средние значения уровня тревоги и депрессии у пациентов с расстройствами адаптации в зависимости от наличия/отсутствия сопутствующей патологии щитовидной железы (Me (Q₁ - Q₃))

Показатель шкалы HADS	Группы пациентов		Уровень значимости, р
	Группа 1 (n=24)	Группа 2 (n=15)	
Тревога, баллы	8 (8-11)	6 (3-7)	0,0022
Депрессия, баллы	8 (7-11)	6 (6-7)	0,2193

Концентрации гормонов щитовидной железы определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа в соответствии с инструкцией по применению наборов реактивов для иммуноферментного определения гормонов в сыворотке крови (ОАО

«Вектор-Бест», Новосибирск, Россия). Сравнительная характеристика исследуемых клиничко-психологических и гормональных параметров в группах пациентов с сопутствующей патологией щитовидной железы и без таковой представлена в таблице 3. Сравнительный анализ результатов гормонального обследования пациентов выявил значимые различия в концентрации определяемых гормонов - повышение свободного трийодтиронина (Т3) и снижение свободного тироксина (Т4) у лиц с расстройством адаптации и сопутствующей патологией щитовидной железы (таблица 3).

Таблица 3

Различия в клиничко-психологических и гормональных показателях у пациентов с расстройством адаптации в зависимости от наличия/отсутствия сопутствующей патологии щитовидной железы

Показатели	Группы пациентов		Уровень значимости, р
	Группа 1 (n=24)	Группа 2 (n=15)	
Количество симптомов у одного пациента	7 (5,5-8)	4 (3-5)	0,0001
Наличие кардиоваскулярных симптомов	13 (54,2%)	1 (6,7%)	0,0286 ($\chi^2=4,79$, df=1)
Наличие вегетативных симптомов	15 (62,5%)	2 (13,3%)	0,0457 ($\chi^2=3,99$, df=1)
Количество баллов по шкале HADS	8 (8-11)	6 (3-7)	0,0022
Трийодтиронин свободный (Т3 св), пмоль/л	4,68 (3,98-6,78)	2,98 (2,21-3,63)	0,0064
Тироксин свободный (Т4 св), пмоль/л	11,08 (9,12-12,32)	13,96 (11,74-15,09)	0,0020

Помимо различий в показателях тревоги по шкале HADS, у пациентов с расстройством адаптации и с нарушением функции щитовидной железы в сравнении с пациентами только с расстройством адаптации, выявлены различия в клинических проявлениях, касающиеся количества симптомов у одного пациента и наличия кардиоваскулярных и нейровегетативных симптомов (таблица 3).

Таким образом, клиничко-психологическими особенностями пациентов с расстройством адаптации и с нарушением функции щитовидной железы являются: среднее количество баллов по шкале тревоги HADS - 8 (8-11) баллов и уровень содержания в сыворотке крови гормонов щитовидной железы - повышение концентрации свободной фракции Т3 и снижение концентрации свободной фракции Т4, что позволяет рассматривать их в качестве предикторов риска формирования затяжного течения расстройства адаптации.

Новые существенные признаки проявили в заявляемой совокупности новые свойства, не являющиеся очевидными для специалиста и явным образом не вытекающие из уровня техники в данной области.

Идентичной совокупности отличительных признаков при анализе патентной и научно-медицинской литературы не обнаружено.

Предлагаемый в качестве изобретения способ может быть широко использован в медицине и здравоохранении для прогноза риска формирования затяжного течения расстройства адаптации, и целенаправленно осуществлять психофармакологическую терапию.

Исходя из вышеизложенного, следует считать предлагаемое в качестве изобретения техническое решение задачи соответствующим критериям «Новизна», «Изобретательский уровень» и «Промышленная применимость».

Способ осуществляется следующим образом: у пациентов с установленным диагнозом «Расстройство адаптации» оценивают уровень тревожности по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS, берут кровь, определяют концентрации гормонов щитовидной железы - свободный трийодтиронин и свободный тироксин и прогнозируют
5 вероятность затяжного течения расстройства адаптации.

Определение риска формирования затяжного течения расстройства адаптации при сопутствующей патологии щитовидной железы позволит оптимизировать психофармакологическую терапию психического расстройства, скорректировать соматическую терапию и в дальнейшем осуществлять психотерапевтическое воздействие,
10 направленное на снижение риска формирования затяжного течения. Предлагаемая тактика представлена в клинических примерах.

Клинический пример №1. Больная А., 1965 г.р., бухгалтер, находилась на стационарном лечении в первом клиническом психиатрическом отделении НИИ психического здоровья Томского НИМЦ в течение трех недель в 2018. Диагноз:
15 Расстройство адаптации с преобладанием нарушения других эмоций (F43.23).

Развитие соответственно возрасту. В 18 лет вышла замуж, от брака имеет сына. Образование высшее экономическое. Работала на ряде крупных предприятий в должности главного бухгалтера. Несмотря на большие нагрузки и ненормированный рабочий день, с профессиональными задачами справлялась, работа приносила
20 удовлетворение.

Полтора года назад была уволена с нарушением трудового законодательства, инициировала судебный процесс, длившийся год. В это время пациентка испытывала ухудшение соматического состояния, проявлявшееся головными болями, учащенным сердцебиением, колебаниями артериального давления, дискомфортом в области желудка
25 и кишечника. На этом фоне возникали переживания по поводу невозможности альтернативного трудоустройства, страх за будущее, постоянное чувство внутреннего напряжения. Обратилась в клинику НИИ психического здоровья Томского НИМЦ. Диагноз: Расстройство адаптации, с преобладанием нарушения других эмоций (F43.23).

При психологическом обследовании с помощью шкалы HADS определен уровень
30 тревоги - 12 баллов и депрессии - 3 балла. При лабораторном обследовании концентрации гормонов щитовидной железы в сыворотке крови: Т3 свободный - 6,96 пмоль/л, Т4 свободный - 10,12 пмоль/л. По рекомендации лечащего врача пациентка обратилась к эндокринологу, был поставлен диагноз «хронический тиреодит», назначено гормональное лечение (тироксин), которое осуществлялось непостоянно.

После выписки состояние улучшилось, пациентка выиграла судебный процесс, получила материальную компенсацию, устроилась главным бухгалтером на новое предприятие, отношения в коллективе хорошие. Выполнение профессиональных обязанностей сопровождается внутренним напряжением и повышенной утомляемостью,
35 которые пациентка связывает с пережитой ситуацией. По-прежнему справляется с большим объемом работы, хотя отмечает, что приходится прилагать для этого больше усилий и затрачивать большее время. Три месяца назад предыдущий работодатель стал оспаривать судебное решение, от его представителей стали поступать звонки с обещаниями проверки и угрозами лишить ее работы. Со слов пациентки: «Пытаются отомстить, что высудила у них деньги». На этом фоне вновь стали возникать приступы
40 головных болей, длящиеся до трех дней, дважды сопровождавшиеся головокружением (без потери сознания), отмечает также «постоянное ощущение тяжести и несвежести в голове», что отражается на выполнении профессиональных обязанностей. Нарушился сон, появился страх телефонных звонков с неизвестных номеров и тревога за будущее.

Также стала отмечать колебания артериального давления и нарушение функции желудочно-кишечного тракта, в связи с чем повторно обратилась в клинику НИИ психического здоровья ТНИМЦ.

Психическое состояние при поступлении: внешне опрятна, сидит в закрытой позе. 5
 Выражение лица усталое, грустное. Фиксирована на состоянии своего здоровья, 10
 ощущениях в теле, актуальной ситуации. Настроение изменчивое, с раздражительностью, 15
 слезливостью, обидчивостью, сензитивностью. Высказывает тревогу по поводу 20
 будущего, испытывает внутреннее напряжение с невозможностью расслабиться. 25
 Отмечает слабость, повышенную утомляемость, длительные головные боли 30
 пульсирующего, давящего, распирающего характера в области лба, темени и затылка, 35
 с тошнотой и, редко - рвотой, на высоте головной боли, колебания артериального 40
 давления от 90/60 до 130/85, учащенное сердцебиение. Со стороны желудочно-кишечного 45
 тракта беспокоят боли в правом подреберье, запоры, снижение аппетита. Сон 50
 кратковременный, чуткий, с ранним пробуждением и отсутствием чувства отдыха. 55
 Психический статус квалифицируется астено-цефалгическим синдромом с 60
 тревожными, агриппническими, психовегетативными включениями в рамках 65
 расстройства адаптации (соответствует рубрике «Расстройство приспособительных 70
 реакций», F43.23). Лечение: симбалта 60 мг/сут., эглонил 100 мг/сут, сибазон 12,5 мг/ 75
 сут, психотерапия и социальная реабилитация. Пациентке было рекомендовано строгое 80
 следование назначенной эндокринологом гормональной терапии (тироксин в дозе 150 85
 мг/сутки).

Психическое состояние при выписке: снизились интенсивность и частота головных 90
 болей, стабилизировалось артериальное давление, редуцировались обидчивость, 95
 раздражительность, слезливость, улучшились сон и аппетит. Сохраняется беспокойство 100
 по поводу имеющейся ситуации, тревожное ожидание будущего, фиксирована на 105
 цефалгических проявлениях, высказывает опасения о своей трудовой несостоятельности. 110
 На протяжении трех недель после стационарного этапа лечения пациентка продолжила 115
 прием симбалты и эглонила, получила консультацию эндокринолога и скорректировала 120
 гормональную терапию имеющегося заболевания щитовидной железы. Психическое 125
 состояние в этот период сохранялось прежним. 130

Через три месяца после выписки на фоне продолжающегося приема антидепрессанта 135
 в дозе 60 мг/сут. состояние улучшилось, снизились тревожность и чувство внутреннего 140
 напряжения, головные боли беспокоят редко, их интенсивность оценивает как 145
 переносимую, работоспособность восстанавливается. С психоэмоциональной нагрузкой 150
 на работе справляется, следуя полученным в клинике психогигиеническим и 155
 психокоррекционным рекомендациям. Через полгода после проведенной терапии 160
 состояние оценивается как удовлетворительное, жалоб не предъявляет, заместительную 165
 гормональную терапию осуществляет, с работой справляется. 170

Клинический пример №2. Больная П., 1968 г.р., педагог. В первом клиническом 175
 психиатрическом отделении пограничных состояний НИИ психического здоровья 180
 Томского НИМЦ находилась в течение 4-х недель в 2018 году.

Диагноз: (F43.21) пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная 185
 расстройством адаптации.

Развивалась по возрасту, получила среднее специальное (педагогическое) 190
 образование, работала в сельской школе учителем начальных классов. В браке с 19 195
 лет, имеет троих детей, в возрасте 36 лет развелась с мужем, проживает с детьми.

Состояние ухудшилось около восьми месяцев назад, причиной ухудшения здоровья 200
 считает конфликт на работе с одним из родителей ее учеников. С ее слов в грубой и

циничной форме пациентке были высказаны претензии по поводу «выставленных плохих оценок». Попытки урегулирования конфликта оказались не эффективными, недовольство стали высказывать и другие родители. Пациентка сильно расстраивалась, испытывала беспокойство, тревогу. Стала фиксироваться на критериях оценивания работ учеников, неоднократно проверяла их ответы и домашние задания, затрачивая больше времени, что сопровождалось появлением интенсивных головных болей в височной области. Обратилась за помощью к администрации школы, которая инициировала проверку качества уроков. Завуч, присутствовавший на уроках «нарушений не выявил», однако со стороны родителей по-прежнему предъявлялись претензии. На этом фоне появилась утомляемость, чувство внутреннего напряжения, снизилось настроение, нарушился сон, ухудшился аппетит. Пациентке стало казаться, что администрация поддерживает обвинения со стороны родителей, чувствовала себя незащищенной, не видела выхода из сложившейся ситуации. По совету знакомой обратилась в клиники НИИ психического здоровья, госпитализирована в первое клиническое психиатрическое отделение с диагнозом «Пролонгированная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации» (F43.21).

Психическое состояние при поступлении. В начале беседы напряжена, говорит взволнованно, повышает интонацию голоса при разговоре о ситуации на работе, пантомимика выразительная. В процессе беседы делает непродолжительные паузы, погружаясь в переживания, в этот момент выражение лица становится печальным, взгляд тусклый. Настроение снижено. Активно выявляются чувство угнетения и тяжести на душе, сообщает, что перестала испытывать радость, получать положительные эмоции, «работа стала в тягость». Появилось не свойственное ранее стремление к одиночеству, тяготится необходимостью общения с коллегами. В течение всего дня испытывает слабость, утомляемость, снижение работоспособности, ощущение разбитости в теле. Самочувствие ухудшается на фоне психоэмоциональных переживаний и умственной нагрузки. Акцентирует внимание на появлении постоянной головной боли в лобной и височной областях, на этом фоне испытывает трудности засыпания, аппетит снижен, принимает пищу «потому что надо». Фиксирована на психотравмирующей ситуации, из которой не видит выхода.

Психический статус квалифицируется астено-депрессивным синдромом с цефалгическими проявлениями.

Психологическое обследование: шкала HADS - уровень тревоги - 7 баллов; депрессии - 13 балла. Лабораторное обследование: Т3 свободный - 2,38 пмоль/л, Т4 свободный - 15,86 пмоль/л.

Лечение: актапароксетин 30 мг/сут., феназепам 1,25 мг/сут., сонвал 10 мг/сут., мидокалм 150 мг/сут., психотерапия и социальная реабилитация. Выписана с выраженным улучшением, редуцировалась астеническая симптоматика, нивелировались головные боли, сгладилась острота депрессивных переживаний, настроение ровное, чувствует себя бодрее. Сохраняются тревожные опасения перед выходом на работу, чувство неуверенности в собственных силах.

Через месяц после выписки на фоне продолжающегося приема актапароксетина в дозе 30 мг/сут. состояние удовлетворительное, восстановилась работоспособность, головные боли не беспокоят, сон и аппетит нормализовались, настроение ровное. Имевшая место конфликтная ситуация разрешилась при активном содействии администрации. С работой справляется, при взаимодействии с родителями учащегося эффективно использует освоенные в клинике навыки поведения в конфликте. Через полгода пациентка, «воспользовавшись» случаем (привезла родственницу на

госпитализацию в клинику НИИ психического здоровья), сообщила лечащему врачу, что «чувствует себя отлично», настроение хорошее, с работой справляется.

Анализ клинических наблюдений. В анамнезе у обеих пациенток выявлялась связь с жизненными событиями, субъективно переживаемыми как стрессовые. Предъявлялись жалобы, встречающиеся как при патологии щитовидной железы, так и при психической патологии - повышенная утомляемость, слабость, раздражительность, снижение интеллектуальной работоспособности, вегетативная симптоматика (сердцебиение, потливость, головокружение, симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта). Появление этих симптомов четко определено во времени, присутствует причинно-следственная связь с индивидуально значимым событием, повлекшим нарушение адаптации. В случае сочетанной патологии (клинический пример 1) отмечалось большее количество симптомов, большее их разнообразие (психические, соматические, вегетативные проявления) и продолжительность, показатель тревоги соответствовал клиническому уровню (12 баллов по шкале HADS), концентрации гормонов щитовидной железы составили - 6,96 пмоль/л (Т3 свободный), 10,12 пмоль/л (Т4 свободный). Реабилитация протекала более длительно, с более медленной редукцией симптомов и длительным восстановлением оптимального уровня функционирования.

В клиническом примере 2 демонстрируется вариант благоприятного течения расстройства при сопоставимой по длительности и тяжести психотравмирующей ситуации (судебные тяжбы), у пациенток близкого возраста (53 и 50 лет). Клинические симптомы имеют более узкий спектр, ограничиваясь психической сферой, показатель тревоги соответствовал доклиническому уровню (7 баллов по шкале HADS), концентрации гормонов щитовидной Железы составили - 2,38 пмоль/л (Т3 свободный), 15,86 пмоль/л (Т4 свободный).

Таким образом, уровень концентрации гормонов щитовидной железы - свободного трийодтиронина, свободного тироксина, наряду с определением уровня тревоги, отличаются при разных вариантах течения расстройства адаптации, и их определение может быть использовано для прогнозирования затяжного течения данного расстройства.

Предлагаемый способ апробирован на 29 больных, прост в осуществлении и позволяет прогнозировать риск формирования затяжного течения адаптации и назначать своевременную адекватную терапию.

Источники информации:

1. O'Donnell M. L., Agathos J. A., Metcalf O., Gibson K., Lau W. Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions // Int J Environ Res Public Health. - 2019. - Vol 16, №14. pii: E2537. doi: 10.3390/ijerph16142537.

2. Glaesmer H., Romppel M., Brähler E., Hinz A., Maercker A. Adjustment disorder as proposed for ICD-11: Dimensionality and symptom differentiation // Psychiatry Res. - 2015. - №229. - P. 940-948. doi: 10.1016/j.psychres.2015.07.010.

3. Gradus J.L. Prevalence and prognosis of stress disorders: A review of the epidemiologic literature // Clin. Epidemiol. - 2017. - №9.-P. 251. doi: 10.2147/CLEPS106250

4. Killikelly C, Lorenz L., Bauer S., Mahat-Shamir M., Ben-Ezra M., Maercker A. Prolonged grief disorder: Its co-occurrence with adjustment disorder and post-traumatic stress disorder in a bereaved Israeli general-population sample // J. Affect. Disord. - 2019. - №249. - P. 307-314. doi: 10.1016/j.jad.2019.02.014.

5. Sadock B.J., Sadock V. A. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; Philadelphia, PA, USA: 2015. p. 1496.

6. Куташов В.А., Припутневич Д.Н., Саблина Л.А., Склярова А.В.

Распространенность депрессивных расстройств среди больных гипотиреозом // Актуальные вопросы психиатрии, наркологии и медицинской психологии: Материалы 16-й межрегиональной научно-практической конференции. Воронеж, 2014. - С. 85-86.

7. Куташов В.А., Будневский А.В., Ульянова О.В., Припутневич Д.Н. К вопросу о нервно-психических расстройствах у больных гипотиреозом // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2016. - Т. 12, №3. - С. 375-378.
8. Guimarães J.M., de Souza Lopes C, Baima J., Sichieri R. Depression symptoms and hypothyroidism in a population-based study of middle-aged Brazilian women // J Affect Disord.- 2009. - Vol 117, №1-2. - P. 120-123. doi: 10.1016/j.jad.2008.12.012.
9. Воронина Т.А., Аристархов В.Г., Гребова Л.П. Цитоэхографическая характеристика аутоиммунного тиреоидита девочек-подростков // Актуальные проблемы заболеваний щитовидной железы: Материалы I Всероссийской научно-практической конференции. М., 2000. 42 с.
10. Cooper R., Lerer B. The use of thyroid hormones in the treatment of depression // Harefuah. - 2010. - Vol 149, №8. - P. 529-534.
11. Bathla M., Singh M., Relan P. Prevalence of anxiety and depressive symptoms among patients with hypothyroidism // Indian J Endocrinol Metab. - 2016. - Vol 20, №4. - P. 468-474. doi: 10.4103/2230-8210.183476.
12. Jung S.J., Kang J.H., Roberts A.L., Nishimi K., Chen Q., Sumner J.A., Kubzansky L., Koenen K.C. Posttraumatic stress disorder and incidence of thyroid dysfunction in women // Psychol Med. - 2018. - №29. P. 1-10. doi: 10.1017/S0033291718003495.
13. Шифнер Н.А. Расстройства адаптации у студентов (их клиника и динамика) Автореф. дисс... канд. мед. наук. Москва. - 2011. 26 с.
14. Антипова О. С. Расстройства адаптации: современные подходы к диагностике и терапии // Психиатрия и психофармакотерапия. - 2012. - Т. 14, №6. - С. 18-23.
15. Патент (ru) 2421727. Способ прогнозирования затяжного течения невротических расстройств / Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Лебедева В.Ф., Мальцева С.Н. Опубл. Бюл. №17. 20.06.2011.
16. Патент (RU) 2613111. Способ прогнозирования течения невротических, связанных со стрессом расстройств / Никитина В.Б., Ветлугина Т.П., Рудницкий В.А., Перчаткина О.Э., Лебедева В.Ф., Бохан Н.А. Опубл. Бюл. №8. 15.03.2017.
17. Мозеров С.А., Эркенова Л.Д. Влияние соматической патологии на психическое здоровье человека // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. - 2011. - Т. 1, №7. - С. 29-31.

(57) Формула изобретения

Способ прогнозирования течения расстройства адаптации путем определения комплекса клинико-психологических и лабораторных показателей, отличающийся тем, что дополнительно определяют психологические и гормональные показатели и при значениях уровня тревоги по госпитальной шкале тревоги и депрессии HADS более 8 баллов, концентраций в сыворотке крови свободного трийодтиронина (Т3) более 5 пмоль/л и свободного тироксина (Т4) менее 11 пмоль/л прогнозируют риск затяжного течения расстройства адаптации.