

включать в себя тиазидный диуретик. Рекомендуется по мере возможности использовать фиксированные комбинации для улучшения приверженности к лечению [13].

Рациональные (эффективные и хорошо переносимые) комбинации из двух препаратов с участием тиазидных диуретиков:

Тиазидный диуретик + ингибитор АПФ;

Тиазидный диуретик + блокатор рецепторов ангиотензина II;

Тиазидный диуретик + антагонист кальция.

«Заслуженная» комбинация тиазидного диуретика с бетаадреноблокатором считается теперь вполне допустимой только в случае невозможности или неэффективности других комбинаций и не должна применяться у пациентов с метаболическим синдромом или с высоким риском развития сахарного диабета [13].

Вопрос комбинирования трех и более препаратов еще недостаточно изучен, поскольку нет результатов рандомизированных клинических исследований, изучавших тройную комбинацию. Тем не менее у многих больных можно добиться эффективного снижения АД только с помощью трех и более антигипертензивных средств. Способность сосудов сокращаться или расширяться уменьшается при использовании вазодилаторов или симпатоплегических лекарств. Сосудистое русло начинает вести себя подобно трубе с жесткими стенками. Как следствие, артериальное давление становится чрезвычайно чувствительным к изменениям объема общей циркулирующей крови. Поэтому при лечении рефрактерной гипертензии целесообразно применять диуретики [8].

Выводы

В Беларуси недостаточно используют тиазидные и тиазидоподобные диуретики (ТТД) в лечении артериальной гипертензии (АГ). ТТД — равноправный представитель основных антигипертензивных средств. ТТД адекватно снижают артериальное давление и эффективно противостоят развитию осложнений АГ. Особенно полезны ТТД при изолированной систолической артериальной гипертензии у пожилых больных и при хронической сердечной недостаточности. ТТД оказывают свое антигипертензивное действие в малых дозах. Основные отрицательные метаболические эффекты — дозозависимые. Увеличение дозы не повышает

антигипертензивный эффект ТТД, но увеличивает риск развития отрицательных метаболических эффектов. Рациональные комбинации с ТТД включают в себя ТТД + ингибитор АПФ, ТТД + антагонист кальция, ТТД + блокатор рецепторов ангиотензина II.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Collins, R. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 2: Short-term reductions in blood pressure: Overview of randomised drug trials in their epidemiological context / R. Collins // *Lancet*. 1990. — Vol. 335. — P. 827–838.
2. Time trends in high blood pressure control and the use of antihypertensive medications in older adults: The Cardiovascular Health Study / B. Psaty [et al.] // *Arch Intern Med*. — 2002. — Vol. 162. — P. 2325–2332.
3. Kaplan, T. L. Clinical Hypertension / T. L. Kaplan. — Philadelphia. Lippincott, 2002.
4. Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC 7 report / A. V. Chobanian [et al.] // *JAMA*. — 2003. — Vol. 289. — P. 2560–2572.
5. Некоторые данные по фармакоэпидемиологии диуретиков в лечении артериальной гипертензии / В. П. Вдовиченко [и др.] // *Журнал ГГМУ*. — 2006. — № 4. — С. 60–63.
6. Анализ врачебных предпочтений при амбулаторном лечении артериальной гипертензии / В. П. Вдовиченко [и др.] // *Журнал ГГМУ*. — 2006. — № 4. — С. 55–59.
7. Pathophysiology of antihypertensive therapy with diuretics / M. Fukuda [et al.] // *Hypertens Res*. — 2006. — Vol. 29(9). — P. 645–653.
8. Katzung, B. Basic and clinical pharmacology / B. Katzung. — Lange Medical Books. — 2004. — P. 160–183, 241–258.
9. Thiazide diuretics in the treatment of hypertension: an update / A. Salvetti [et al.] // *J Am Soc Nephrol*. — 2006. — Vol. 4. — Suppl. 2. — P. 25–29.
10. Tuck, M. L. Metabolic considerations in hypertension / M. L. Tuck // *Am J Hypertens*. — 1990. — Vol. 3. — P. 355–365.
11. ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group. The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial: Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT) / ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group // *JAMA*. — 2002. — Vol. 288. — P. 2981–2997.
12. High and low serum potassium associated with cardiovascular events in diuretic-treated patients / H. W. Cohen [et al.] // *J Hypertens*. — Vol. 19. — P. 1315–1323.
13. Mancia, G. The task force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension, 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension / G. Mancia // *Eur Heart J*. — 2007. — Vol. 12. — P. 1462–1536.
14. Meta-analysis of health outcomes of chlorthalidone-based vs nonchlorthalidone-based low-dose diuretic therapies / Psaty [et al.] // *JAMA*. — 2004. — Vol. 292. — P. 43–44.
15. Health outcomes associated with antihypertensive therapies used as first-line agents. A systematic review and meta-analysis / Psaty [et al.] // *JAMA*. — 2004. — Vol. 277. — P. 739–745.
16. Hydrochlorothiazide versus chlorthalidone: Evidence supporting their interchangeability / B. L. Carter [et al.] // *Hypertension*. — 2004. — Vol. 43. — P. 4–9.
17. Dose response to chlorthalidone in patients with mild hypertension. Efficacy of a lower dose / B. J. Materson [et al.] // *Clin Pharmacol Ther*. — 1978. — Vol. 24. — P. 192–198.

Поступила 25.05.2009

УДК 616.379-008.64-056

ЛИЧНОСТНЫЕ СВОЙСТВА И ИХ СВЯЗЬ С СОМАТОТИПОМ У ПАЦИЕНТОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ПЕРВОГО ТИПА

В. И. Сенько

Гродненский государственный медицинский университет

В статье представлены особенности свойств нервной системы у пациентов с сахарным диабетом первого типа и их связь с соматотипом. Изучение таких психосоматических соотношений позволит более полно по сравнению с возможностями традиционного подхода понять этиологию, патогенез и варианты течения заболевания.

Ключевые слова: сахарный диабет, психотип, соматотип.

**PERSONALITY FEATURES AND THEIR CONNECTION WITH SOMATOTYPE
IN PATIENTS WITH 1 TYPE DIABETES MELLITENTIS****V. I. Senko****Grodno State Medical University**

The article deals with the specific features of the nervous system in patients with 1 type diabetes mellitensis and their connection with somatotype. The studying of such psychosomatic interconnections may help to understand the etiology, pathogenesis and clinical course variants of the disease apart from the traditional approach.

Key words: Diabetes mellitensis, psychotype, somatotype.

Многовековая история учения о конституции человека ведет свое начало от Гиппократ и Галена, которые связывали с ней болезни и даже тип поведения.

В 1979 г. В. М. Русалов впервые выделил понятия общей и частных конституций. Им были получены достоверные положительные связи между телесной конституцией и сенситивностью, а также нейродинамическими и темпераментальными свойствами. Фенотипическим выражением общей конституции считается соматотип, а частные конституции связаны с отдельными системами организма. Одной из частных конституций считают соматотип, которому отводится значительная роль в конституциональном прогнозировании — визуальной психодиагностике, профессиональной ориентации [1, 2].

Изучение связи соматических особенностей и психологических черт человека, постижение его биологической и психологической индивидуальности важно не только для теоретической науки, но и для практических врачей, педагогов, клинических и общих психологов. Изучение психосоматических соотношений означает стремление найти более полное по сравнению с возможностями традиционного подхода понимание этиологии и патогенеза заболеваний, причин вариабельности их течения, а также терапевтической проблематики. Учет психологических личностных факторов, их значимости, механизмов их «включения» в схему патогенеза болезни позволяет раскрыть социально-психологическую детерминацию патологии человека, объяснить ее своеобразие, а также трудности в моделировании многих заболеваний человека.

В современной практике обучения менеджменту и профориентации развивается особое направление — визуальная психодиагностика. Ее цель — определить характер, чувства и способности человека по внешнему виду. Такое направление требует знаний в их интегративном взаимодействии таких наук, как антропология, медицина, дифференциальная психология и психогенетика.

Влияние психотипа на развитие таких заболеваний, как язвенная болезнь желудка, сахарный диабет и др. уже доказана. Так, роль психогенного фактора в возникновении и течении са-

харного диабета, а также возникающих на его фоне психических нарушений давно привлекли внимание исследователей. Связь диабета и эмоционального напряжения выявил еще три столетия назад Thomas Willis (1674 г.), который первым обнаружил сахар в моче больных диабетом. Он же отметил связь этого заболевания с душевными переживаниями. Впоследствии Клод Бернар (1854 г.) показал роль центральной нервной системы в развитии гипергликемии.

Сахарный диабет (СД) является одним из наиболее широко распространенных заболеваний, приводящих к ранней инвалидизации и высокой смертности. Особенно актуальна проблема растущей заболеваемости СД и его специфических осложнений в детском и подростковом возрасте. Любое хроническое заболевание и особенно сахарный диабет приводят не только к ухудшению соматического состояния пациентов, но и затрагивает психосоциальную сферу.

Вопрос о роли эмоциональных воздействий в этиологии и патогенезе СД приобрел актуальность с развитием психосоматической медицины. Роль психогенного фактора в возникновении и течении СД считается доказанной, однако психотравма выступает в роли провоцирующего фактора. Острая эмоциональная травма может выявить латентный диабет у лиц, предрасположенных к данному заболеванию. Наиболее часто СД возникает после длительных переживаний и острых шоковых, эмоционально значимых ситуаций.

Важную роль в развитии диабета играет кумуляция стресса. Метаболическая реакция на него в результате повышения адреналина и кортизола сопровождается гипергликемией. Кроме того, повышение стрессовых гормонов снижает клеточный иммунитет, вызывая развитие аутоиммунных реакций, лежащих в основе СД [11].

Влияние психотравмы при диабете может быть как прямым, так и опосредованным. Под прямым действием подразумевается непосредственная реакция пациента на заболевание, выражающаяся в различных обострениях диабета. Психическая нагрузка может приводить к перенапряжению корковых процессов, растормаживанию подкорковых гипоталамических центров и нарушению нервно-гуморальной регуляции. При непрямом действии сначала возникают не-

которые нарушения в поведении (игнорирование диеты, отказ от применения инсулина), что приводит к обострению симптомов диабета.

Объекты и методы исследования

В рамках программы исследования была поставлена задача определить свойства темперамента личности у пациентов с сахарным диабетом первого типа.

Объектом исследования послужили данные психологического анкетирования 200 человек, проживающих в г. Гродно и Гродненской области, в возрасте от 18 до 37 лет. Из них мужчин, болеющих сахарным диабетом первого типа, было 44 человек, женщин — 44, контрольная группа представлена 45 мужчинами и 67 женщинами, в анамнезе которых отсутствовал сахарный диабет первого типа, психические заболевания, другая эндокринная патология. Все обследования проводились в поликлиниках по месту жительства.

Статистическая обработка заключалась в определении достоверности различий по психологическим характеристикам между исследуемыми и контрольными группами. Для этой цели использовались методы непараметрической статистики.

Двухвыборочный критерий Колмогорова-Смирнова формально основан на сравнении эмпирических функций распределения двух выборок. Данный критерий проверяет гипотезу о том, что выборки извлечены из одной и той же генеральной совокупности, против альтернативной гипотезы, когда выборки извлечены из разных популяций.

Критерий Манна-Уитни (U-критерий) — наиболее чувствительная альтернатива t-критерию для независимых выборок.

Психологическое тестирование осуществлялось по опроснику Стреляу, определялась структура темперамента и Фрайбургским личностным тестом (FPI форма B) в адаптации и модификации А. А. Крылова. Тест Я. Стреляу направлен на изучение трех основных характеристик типа нервной деятельности: уровня силы процессов возбуждения, уровня силы процессов торможения, уровня подвижности нервных процессов, также рассчитывается показатель уравновешенности процессов возбуждения и торможения по силе.

Тест-опросник содержит три шкалы, которые реализованы в виде перечня из 134 вопросов, предполагающих один из трех возможных вариантов ответа: «да», «?» (затрудняюсь ответить), «нет». Методика представляет собой личностный опросник, состоящий из 114 вопросов, входящих в 12 шкал, сформированных на основе факторного анализа.

Фрайбургский личностный тест диагностирует следующие факторы:

— шкала I (невротичность) характеризует уровень невротизации личности. Высокие оцен-

ки свидетельствуют о выраженном невротическом синдроме астенического типа со значительными психосоматическими нарушениями;

— шкала II (спонтанная агрессивность) позволяет выявить и оценить психопатизацию интрогензивного типа. Высокие оценки свидетельствуют о повышенном уровне психопатизации, создающем предпосылки для импульсивного поведения;

— шкала III (депрессивность) дает возможности диагностировать признаки, характерные для психопатологического депрессивного синдрома. Высокие оценки по шкале соответствуют наличию этих признаков в эмоциональном состоянии, поведении, в отношениях к себе и к социальной среде;

— шкала IV (раздражительность) выявляет склонность к аффективному реагированию. Высокие оценки свидетельствуют о неустойчивом эмоциональном состоянии со склонностью к аффективному реагированию;

— шкала V (общительность) выявляет потенциальные и реальные проявления социальной активности, дружелюбие, потребность в общении. Высокие оценки позволяют говорить о наличии выраженной потребности в общении;

— шкала VI (уравновешенность) отражает устойчивость к стрессу. Высокие оценки свидетельствуют о хорошей защищенности к воздействию стресс-факторов, базирующейся на уверенности в себе, оптимистичности и активности;

— шкала VII (реактивная агрессивность) выявляет признаки психопатизации экстратензивного типа. Высокие оценки свидетельствуют о высоком уровне психопатизации, характеризующимся агрессивным отношением к окружающим и стремлением к доминированию;

— шкала VIII (застенчивость) отражает предрасположенность к стрессовому реагированию на обычные жизненные ситуации, протекающие по пассивно-оборонительному типу. Высокие оценки отражают наличие тревожности, скованности, неуверенности, следствием чего являются трудности в социальных контактах;

— шкала IX (открытость) позволяет характеризовать отношение к социальному окружению и уровень самокритичности. Высокие оценки свидетельствуют о стремлении к доверительно-откровенному взаимодействию с окружающими людьми при высоком уровне самокритичности. Низкие оценки соответствуют неоткровенности и большой вероятности ложных ответов на вопросы методики;

— шкала X (экстраверсия – интроверсия) характеризует активность и направленность на внешнюю среду. Высокие оценки по шкале соответствуют выраженной экстравертированности личности, низкие — выраженной интровертированности;

— шкала XI (эмоциональная лабильность – стабильность) определяет неустойчивость эмоционального состояния. Высокие оценки указывают на неустойчивость эмоционального состояния, проявляющуюся в частых колебаниях настроения, повышенной возбудимости, раздражительности, недостаточной саморегуляции поведения. Низкие оценки могут характеризовать не только стабильность эмоционального состояния, но и умение владеть собой;

— шкала XII (маскулинизм – феминизм) отражает проявление в поведении и характере черт мужественности-женственности. Высокие оценки свидетельствуют о протекании психической деятельности преимущественно по мужскому типу, низкие — по женскому.

Опросник имеет высокие психометрические показатели, поэтому результаты характеризуются высокой надежностью. В практике западноевропейской психодиагностики FPI относится к наиболее применяемым методикам и использу-

ется в тех случаях, когда необходимо анализировать обобщенные личностные факторы.

Результаты исследования

При сравнении свойств нервной системы здоровых мужчин и женщин получены достоверные отличия по U-критерию. Так, здоровые мужчины достоверно более открыты ($p < 0,01$), спонтанно ($p < 0,01$) и реактивно ($p < 0,01$) агрессивны.

Больные мужчины (таблица 1) по критерию Колмогорова-Смирнова достоверно более возбудимы (72,61 и 62,13 соответственно, $p < 0,01$), маскулинизированы (7,75 и 6,65 соответственно, $p < 0,05$), спонтанно (4,18 и 3,13, $p < 0,01$) и реактивно (4,22 и 2,79, $p < 0,001$) агрессивны в сравнении с больными женщинами. По U-критерию больные мужчины более возбудимы ($p < 0,001$), маскулинизированы ($p < 0,01$), спонтанно ($p < 0,01$) и реактивно ($p < 0,001$) агрессивны, но менее невротичны ($p < 0,05$) в сравнении с таковыми женщинами.

Таблица 1 — Средние значения свойств нервной системы у больных мужчин и женщин (критерий Колмогорова-Смирнова)

Опросник	Свойство нервной системы	Мужчины (n = 44)		Женщины (n = 44)	
		М	Σ	М	Σ
Стреляу	Возбуждение	72,61**	12,92	62,14	13,62
	Торможение	74,86	15,96	69,68	15,02
	Подвижность	68,89	16,71	66,55	13,84
Многофакторный опросник личности	Невротичность	6,39	4,10	7,86	3,70
	Спонтанная агрессивность	4,18**	1,82	3,14	1,82
	Депрессивность	5,82	3,03	6,09	2,96
	Раздражительность	4,70	3,01	5,27	2,67
	Общительность	7,66	2,81	6,70	3,39
	Уравновешенность	5,05	2,00	4,68	1,96
	Реактивная агрессивность	4,23***	2,14	2,80	1,44
	Застенчивость	4,23	2,34	5,16	2,43
	Открытость	9,23	3,05	9,34	2,79
	Экстраверсия-интроверсия	6,68	2,15	5,95	2,18
	Эмоциональная лабильность	6,32	3,03	6,70	2,79
	Маскулинизм-феминизм	7,75*	2,09	6,66	2,23

Различия между больными с сахарным диабетом первого типа и контрольной группой достоверны: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Таблица 2 — Средние значения свойств нервной системы у мужчин, больных сахарным диабетом первого типа, и контрольной группы (критерий Колмогорова-Смирнова)

Опросник	Свойство нервной системы	Больные (n = 44)		Контроль (n = 45)	
		М	Σ	М	Σ
Стреляу	Возбуждение	72,61	12,92	66,38	13,72
	Торможение	74,86	15,96	69,87	15,33
	Подвижность	68,89	16,71	65,93	14,79
Многофакторный опросник личности	Невротичность	6,39	4,10	5,42	3,72
	Спонтанная агрессивность	4,18*	1,82	5,49	3,02
	Депрессивность	5,82	3,03	5,04	3,57
	Раздражительность	4,70	3,01	5,36	2,64
	Общительность	7,66	2,81	7,29	2,71
	Уравновешенность	5,05	2,00	5,31	1,99
	Реактивная агрессивность	4,23	2,14	5,02	1,90
	Застенчивость	4,23	2,34	4,11	2,21
	Открытость	9,23	3,05	10,42	2,40
	Экстраверсия-интроверсия	6,68	2,15	7,11	1,80
	Эмоциональная лабильность	6,32	3,03	5,58	3,09
	Маскулинизм-феминизм	7,75	2,09	7,53	2,66

Различия между больными с сахарным диабетом первого типа и контрольной группой достоверны: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Как видно из таблицы 2, мужчины с СД1 достоверно менее агрессивны по сравнению с контрольной группой (4,18 и 5,49 соответственно, $p < 0,05$). Используя определение критерия Ман-

на-Уитни (U-критерий), мы получили достоверно низкие значения агрессивности ($p < 0,05$), реактивной агрессивности ($p < 0,05$) и открытости ($p < 0,05$) у больных мужчин в сравнении с контролем.

Таблица 3 — Средние значения свойств нервной системы у женщин, больных сахарным диабетом первого типа, и контрольной группы (критерий Колмогорова-Смирнова)

Опросник	Свойство нервной системы	Больные (n = 44)		Контроль (n = 67)	
		М	Σ	М	Σ
Стреляу	Возбуждение	62,14	13,62	66,40	14,96
	Торможение	69,68	15,02	65,54	13,73
	Подвижность	66,55	13,84	66,55	14,05
Многофакторный опросник личности	Невротичность	7,86	3,70	6,09	3,64
	Спонтанная агрессивность	3,14	1,82	3,94	2,73
	Депрессивность	6,09	2,96	5,39	3,32
	Раздражительность	5,27	2,67	5,21	2,38
	Общительность	6,70*	3,39	8,42	3,09
	Уравновешенность	4,68	1,96	5,10	1,91
	Реактивная агрессивность	2,80*	1,44	4,16	1,90
	Застенчивость	5,16	2,43	4,07	2,22
	Открытость	9,34	2,79	9,28	2,76
	Экстраверсия-интроверсия	5,95	2,18	6,97	2,24
	Эмоциональная лабильность	6,70	2,79	6,12	2,50
	Маскулинизм-феминизм	6,66	2,23	6,90	2,15

Различия между больными с сахарным диабетом первого типа и контрольной группой достоверны: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Как видно из таблицы, 3 женщины с СД1 достоверно менее общительны (6,7 и 8,41 соответственно, $p < 0,05$) и реактивны (2,79 и 4,16 соответственно, $p < 0,05$) по сравнению с контрольной группой. Аналогичные данные получены методом определения U-критерия.

Анализируя роль психогенного фактора в развитии и течении СД1 следует сказать, что наличие самого заболевания, особенно когда оно сопровождается инвалидизацией, требующей по витальным показаниям оперативного лечения или постоянного использования органозамещающей терапии, ставят больного в условия длительной психотравмирующей ситуации. В течение самого заболевания некоторые авторы выделяют 4 прогнозируемых психологических кризиса, возникающих на различных этапах, учитывая продолжительность заболевания пациента. Первый кризис связан с диагностикой диабета. Второй прогнозируемый кризис обусловлен назначением инсулинотерапии. Третий — связан с развитием осложнений диабета, четвертый — вызван стационарным лечением пациентов с СД1 [3, 4].

Таким образом, учитывая анамнез, мы разделили всех больных на три группы по продолжительности заболевания. В первую группу вошли больные СД1 с продолжительностью заболевания от 1 до 3 лет, во вторую — от 4 до 8, в третью — от 9 включительно и выше. Затем сравнили их между собой и с контрольной

группой. Оказалось, что личностные факторы статистически достоверно коррелируют с продолжительностью заболевания и полом.

Так, при сравнении здоровых мужчин с больными первой группы по критерию Колмогорова-Смирнова достоверных отличий не выявлено. Используя определение критерия Манна-Уитни мы получили достоверно высокое значение депрессивности ($p < 0,05$) и низкое открытости ($p < 0,001$) у больных мужчин в сравнении с контролем.

При сравнении здоровых мужчин с больными второй группы по критерию Колмогорова-Смирнова и U-критерию достоверных отличий не выявлено. Однако при сравнении здоровых мужчин с больными третьей возрастной группы последние достоверно менее спонтанно (3,89 и 5,49 соответственно, $p < 0,05$) и реактивно агрессивны (4,21 и 5,02 соответственно, $p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой.

При сравнении больных мужчин с СД1 с различной продолжительностью заболевания между собой достоверных отличий не выявлено.

Несколько другие данные получены среди женщин. Так, здоровые женщины в сравнении с больными первой возрастной группы по критерию Колмогорова-Смирнова и U-критерию достоверно не отличаются.

Больные женщины с СД1 второй возрастной группы достоверно менее реактивны по критерию Колмогорова-Смирнова (2,92 и 4,16

соответственно, $p < 0,05$) и U-критерию ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой.

Женщины с СД1 третьей возрастной группы по критерию Колмогорова-Смирнова достоверно менее реактивные (2,92 и 4,16 соответственно, $p < 0,05$) и общительны (3,09 и 8,41 соответственно, $p < 0,05$). По U-критерию менее общительны ($p < 0,001$), реактивны ($p < 0,001$) и экстравертны ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой.

Понятие конституция включает не только психотип но и дерматоглифику, соматотип и др. Поэтому для более полной характеристики мы определили особенности психотипа у больных с СД1 в зависимости от соматотипа.

Так, женщины с СД1 астенического телосложения по критерию Колмогорова-Смирнова достоверно менее маскулинизированы в сравнении с контролем. По U-критерию больные женщины астенического типа достоверно менее экстравертны ($p < 0,01$), маскулинизированы ($p < 0,05$), спонтанно и реактивно агрессивны ($p < 0,05$), однако более застенчивы и невротичны.

Женщины с СД1 нормостенического типа телосложения по критерию Колмогорова-Смирнова достоверно не отличаются от таких здоровых. По U-критерию больные женщины нормостенического типа телосложения достоверно менее общительны ($p < 0,01$) и реактивны ($p < 0,01$) в сравнении со здоровыми женщинами нормостениками.

Женщины с СД1 гиперстенического типа телосложения по критерию Колмогорова-Смирнова достоверно более агрессивны, чем здоровые

(3,5 и 1,22 соответственно, $p < 0,05$). По U-критерию больные женщины гиперстенического типа телосложения достоверно более агрессивны ($p < 0,01$) и открыты ($p < 0,05$) в сравнении с контрольной группой.

При сравнении больных мужчин с контрольной группой статистически значимых особенностей психотипа в зависимости от соматотипа получено не было.

Выводы

1. Мужчины с СД1 менее открыты, спонтанно и реактивно агрессивны в сравнении со здоровыми. С увеличением в анамнезе длительности заболевания у мужчин с СД1 снижается депрессивность, агрессивность и спонтанная реактивность.

2. Женщины с СД1 более невротичны и менее общительны и реактивны в сравнении со здоровыми разного типа телосложения.

3. У женщин с СД1 психотип статистически значимо зависит от соматотипа.

4. Больные мужчины достоверно более возбудимы, маскулинизированы, спонтанно и реактивно агрессивны и менее невротичны в сравнении с такими женщинами.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. *Абрамова, Т. Ф.* Взаимосвязь признаков пальцевой дерматоглифики и физических возможностей / Т. Ф. Абрамова, Т. М. Никитина, Н. И. Кочеткова // Биомеханика и радиоэлектроника. — 2003. — № 11. — С. 21.
2. *Акинщикова, Г. И.* Соматическая и психофизиологическая организация человека / Г. И. Акинщикова. — Л., 1980. — 80 с.
3. *Коркина, М. В.* Психические расстройства при соматических заболеваниях / М. В. Коркина. — М., 1998. — С. 84–113.
4. *Коркина, М. В.* Пограничные психические нарушения при сахарном диабете / М. В. Коркина, Е. В. Елфимова, Л. В. Марилев // Журн. неврологии и психиатрии. — 1997. — № 2. — С. 15–18.

Поступила 01.06.2009

УДК 611.018.54:616.98.578.828НIV:618.2

НЕСПЕЦИФИЧЕСКИЕ АНТИТЕЛА В СЫВОРОТКЕ КРОВИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ

Н. Л. Громыко, Е. И. Барановская, С. В. Жаворонок, Н. М. Голубых

**Гомельский государственный медицинский университет
Республиканский методический центр по высшему и среднему
медицинскому и фармацевтическому образованию**

Иммуноферментным анализом проведено определение концентрации иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови 68 ВИЧ-инфицированных беременных, 36 ВИЧ-негативных беременных женщин и 31 ВИЧ-инфицированной небеременной. Показано влияние беременности на гуморальный иммунитет при ВИЧ-инфекции.

Ключевые слова: иммуноглобулины, ВИЧ-инфекция, беременность.

NONSPECIFIC ANTIBODIES IN BLOOD SERUM IN HIV-POSITIVE PREGNANT WOMEN

N. L. Gromyko, E. I. Baranovskaya, S. V. Zhavoronok, N. M. Golubih

**Gomel State Medical University
State Establishment Republican Methodical Centre of Higher
and Secondary Medical and Pharmacological Education**

We studied serum immunoglobulin A,M,G levels in 68 HIV-positive, 36 HIV-negative pregnant women and 31 HIV-positive non-pregnant women by enzyme linked immunosorbent assay. HIV-infection has negative influence on humoral immunity during pregnancy.

Key words: immunoglobulins, HIV-infection, pregnancy.