

когнитивних функцій, которое в некоторых случаях имитирует деменцию (так называемая псевдодеменция). При этом если когнитивные нарушения имеют вторичный характер по отношению к эмоциональным расстройствам, они регрессируют на фоне терапии антидепрессантами.

Для ранней диагностики прогрессирующих заболеваний головного мозга, которые могут приводить к деменции, очень важным является различение допустимых по возрасту изменений когнитивных функций и тех когнитивных симптомов, которые являются, безусловно, патологическими. С этой целью абсолютно необходимым является проведение нейропсихологического тестирования с количественной оценкой выраженности когнитивных расстройств.

Дальнейшее изучение ранней манифестации когнитивных и аффективных нарушений позволит оптимизировать оказание помощи данному контингенту пациентов, осуществив терапевтическое вмешательство на этапе еще возможного приостановления либо замедления патологического процесса.

УДК 616.89

Дзюба А. Н., Хаустова Е. А., Прохорова О. В.

Украинский научно-исследовательский институт судебной и социальной психиатрии и наркологии МЗ Украины (г. Киев)

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СУБКОРТИКАЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

Актуальность исследования депрессий, коморбидных с сосудистой патологией головного мозга, объясняется рядом факторов. Цереброваскулярная патология является одной из самых ведущих проблем в здравоохранении. Депрессию диагностируют у 22—33 % госпитализированных больных, среди них 47 % больных — с сосудистым поражением головного мозга, что ухудшает течение основного заболевания, задерживает выздоровление и увеличивает смертность. Следует также учитывать, что депрессии серьезно влияют на адаптационные возможности пациента и качество жизни (С. Li и соавт., 2002; F. Creed и соавт., 2002). Решающим условием успешной медицинской помощи при депрессиях является своевременная диагностика.

Понятие субкортикальной ишемической депрессии (васкулярной депрессии) основывается на выводах, что депрессия впервые возникает у пациентов в позднем возрасте (после 60 лет); она является вторичной по отношению к структурным повреждениям головного мозга, а в глубоких отделах белого вещества фронтальной области и скорлупы (Alexopoulos, J. Am. Ger. Soc., 2003; Krishnan, Biol. Psychiatry, 2004) отмечаются более высокие показатели интенсивности сигнала на структурной МРТ по сравнению с пациентами с началом депрессии в более раннем возрасте. Таким образом лица с факторами риска (атеросклероз, гипертония, диабет, гиперлипидемия и др.) имеют более высокий риск развития сосудистой депрессии в пожилом возрасте. Патология сосудов может привести к структурным изменениям в веществе головного мозга, в частности кортикоstriальных путей, которые играют ведущую роль в регулировании настроения, что создает предпосылки для развития депрессии в позднем возрасте, которая характеризуется дефицитом в способности к планированию своих действий.

Существуют доказательства того, что количество перивентрикулярных очагов сопоставимо между группой пациентов с поздней и ранней депрессией, но количество очагов в белом веществе головного мозга значительно больше у пациентов с началом депрессии в более позднем возрасте. В исследованиях de Groot et al. было обследовано 1077 пожилых пациентов без деменции и обнаружено, что у лиц с подкорковыми гиперинтенсивными очагами в головном мозге, но расположенными не перивентрикулярно, а в белом веществе передних отделов головного мозга было более вероятно развитие поздней депрессии. Как известно, префронтальная область головного мозга — область мозга с максимальной плотностью D4-рецепторов. Префронтальная область и связанные с ней подкорковые структуры (головка хвостатого ядра, медиодорсальное ядро таламуса) формируют префронтальную систему, отвечающую за сложные когнитивные и поведенческие функции. Гиперинтенсивные очаги могут быть расположены в белом веществе передних отделов головного мозга, где проходят передние субкортикальные пути, соединяющие дорсолатеральную префронтальную зону коры и переднюю поясную извилину с базальными ганглиями.

Таким образом, диагноз сосудистой депрессии предполагает не только наличие, но и конкретную локализацию очагов гиперинтенсивной плотности. Четких различий между

депрессивными расстройствами в позднем возрасте и у более молодых пациентов нет, но по данным литературы среди пациентов с поздней депрессией отмечалась выраженная заторможенность или ажитация.

УДК:616.123-007.64-089+616.89-008-07

Дзюба О. М., Хаустова О. О., Бушинська О. В., Тарновецька К. І.
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ)

ДЕПРЕСІЯ ЯК НАСЛІДОК КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Захворювання серцево-судинної системи супроводжуються психічними порушеннями (депресивні, невротичні розлади), які за даними наукової медичної літератури (Смулевич А. Б., 2011), так і за нашими власними дослідженнями. Депресивні розлади, що виникають у пацієнтів до і після операції, статистично достовірно підвищують ризик смерті після кардіохірургічного втручання: у пацієнтів з депресією летальність сягає 12,5 %, тоді як при відсутності депресії лише 2,2 %. Ці факти дають можливість стверджувати, що депресію можна розглядати як негативний предиктор відновного лікування, яка суттєво погіршує комплайнс до терапії серцево-судинної патології, знижуючи якість життя.

За умови інформованої згоди протягом двох років було обстежено 139 осіб: 78 пацієнтів кардіохірургічного профілю (чоловіків — 51, віком $48,6 \pm 8,3$; жінок — 27, віком $52,4 \pm 4,8$) до і після операції та контрольної групи — 61 особа (чоловіків — 30, віком $46,2 \pm 6,2$, жінок — 31, віком $48,6 \pm 4,9$) з використанням госпітальної шкали тривоги та депресії HADS. Результати проведеного тестування показали таке. Рівень депресії як у чоловіків, так і у жінок кардіохірургічного профілю в порівнянні з контрольною групою посилюється: у чоловіків з 7,4 до 11,3 балів, а у жінок з 8,1 до 11,8 балів. При порівняльному гендерному аналізі у жінок спостерігається більш високий рівень депресії, ніж у чоловіків.

При первинному та вторинному обстеженні кардіохірургічних хворих нами виявлено посилення депресивного фону як у чоловіків так і у жінок, що пов'язане з оперативним втручанням. На нашу думку, оперативне втручання є важким стресовим фактором, який призводить до психічних розладів, внаслідок чого знижується соціальна адаптація прооперованих кардіохірургічних хворих. Для відновлення цих порушень вкрай необхідно розробляти і впроваджувати в практику кардіохірургічних центрів комплекс психотерапевтичної допомоги на всіх етапах реабілітації. Застосування запропонованого нами «Алгоритму психологічної інтервенції у комплексній курації кардіохірургічних хворих», який знаходиться на стадії промислово-дослідної перевірки, виявило чіткі позитивні тенденції в психічному стані та якості життя кардіохірургічних пацієнтів.

УДК:616.123-007.64-089+616.89-008-07

Дзюба О. М., Хаустова О. О., Бушинська О. В., Тарновецька К. І.
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ)

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН У КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Більше половини випадків захворювання серця, що призводять до оперативного втручання, пояснюються сьогодні психосоціальними і особистісними особливостями хворих, їх способом життя і поведінки, наявністю ситуації, що провокує хронічний психоемоційний стрес. Можливості хірургічного лікування ішемічної хвороби серця і використання психотерапевтичної допомоги дозволяють повернути працездатність багатьом пацієнтам, відновлюючи їх психоемоційний стан.

Протягом двох років нами було обстежено 139 осіб: 78 пацієнтів кардіохірургічного профілю (чоловіків — 51, віком $48,6 \pm 8,3$; жінок — 27, віком $52,4 \pm 4,8$) до і після операції та 61 особа контрольної групи (чоловіків — 30, віком $46,2 \pm 6,2$, жінок — 31, віком $48,6 \pm 4,9$) за їх згодою з використанням шкали реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна.

За шкалою реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна рівень особистісної тривожності у чоловіків збільшується з 40,4 до 44,7 балів, у жінок — з 40,6 до 40,7 балів; рівень реактивної тривожності посилюється з 39,7 до 45,7 балів у чоловіків, а у жінок — з 39,3 до 47,8 балів в порівнянні з контрольною групою.

Оперативне втручання є важким стресовим фактором, що призводить до психоемоційних розладів. При первинному та вторинному обстеженні кардіохірургічних хворих нами виявлено посилення особистісної та реактивної тривоги від помірної до високої, що свідчить про виражений психоемоційний стан пацієнтів, який потребує підвищеної уваги з боку не тільки лікарів-хірургів, але психіатрів і психотерапевтів для

відновлення та нормалізації емоційної сфери. Використання запропонованого нами «Алгоритму психологічної інтервенції у комплексній курації кардіохірургічних хворих», який знаходиться на кінцевій стадії апробації, веде до нормалізації психоемоційного стану, тим самим покращуючи соціальну адаптацію пацієнта.

УДК 616.89:362.141-008.05

Дьяченко Л. І.,* Кутіков О. Є.,*
Сергієнко О. В.,* Офіцерова Ю. В.**

* ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків), ** КЗ «Харківський міський
психоневрологічний диспансер № 3» (м. Харків)

ОРГАНІЗАЦІЙНО-ФУНКЦІОНАЛЬНА СИСТЕМА НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ МЕРЕЖІ

На даний час в Україні, як і в інших країнах, проводиться значна робота поетапного формування медичної допомоги з акцентом на розширення прав та обов'язків первинної медико-санітарної ланки. На тлі такої реорганізації будуть здійснені і розширені функції лікаря загальної практики /сімейного лікаря з надання медичної допомоги населенню, в т. ч. особам з вадами психічного здоров'я.

Нами було проведено анкетування 477 лікарів-психіатрів та лікарів загальної практики. На основі аналізу цих анкет пропонуємо шляхи реорганізації психіатричної допомоги на рівні первинної ланки медико-санітарної мережі.

При створенні якісно нової організаційно-функціональної системи надання медичної допомоги особам з вадами психічного здоров'я в рамках первинної ланки необхідно визначити такі пріоритетні напрями: охорона психічного здоров'я є невід'ємною частиною медичної допомоги усіх ланок; пріоритетним завданням є охорона психічного здоров'я дітей та підлітків; чітке визначення заходів інтеграції надання медичної допомоги особам з вадами психічного здоров'я в загальносоматичну мережу та первинну її ланку; визначення функцій та обов'язків лікарів загальної практики /сімейних лікарів з надання медичної допомоги особам та хворим з вадами психічного здоров'я; заходи зміни ставлення суспільства до осіб з вадами психічного здоров'я (стигматизація, дискримінація) та активізація роботи по соціальній інтеграції шляхом розширення прав пацієнтів та їх родичів; активізація санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань психічного здоров'я; розвиток взаємодії та співпраці різних міністерств, відомств, громадських організацій, асоціацій родичів, які причетні до надання допомоги особам з вадами психічного здоров'я.

На етапі інтеграції надання психіатричної допомоги на рівні первинної ланки медико-санітарної мережі вимогами до організаційно-функціональної системи передбачити її доступність, ефективність, професіоналізм, контактність, використання новітніх методів діагностики, лікування, реабілітації, соціально-правової допомоги.

На даному етапі реформування медичної допомоги населенню доцільно зберегти існуючу структуру надання медичної допомоги хворим на розлади психіки та поведінки з поступовим розширенням мережі психіатричних, психотерапевтичних кабінетів на базі територіальних поліклінік, розширення мережі психосоматичних та соматопсихічних відділень в багатопрофільних лікарнях, створення багатопрофільних бригад надання медичної допомоги. До функцій первинної ланки медичної допомоги особам з розладами психічного здоров'я на даному етапі включити: забезпечення доступності та безперервності медичної допомоги; надання термінової та невідкладної допомоги з вирішенням наступної стратегії медичної допомоги; первинну профілактику розладів психіки та поведінки; попередню діагностику розладів психічного здоров'я з наступною консультацією лікаря психіатра; корекцію та лікування розладів психічного здоров'я за рекомендацією лікаря-психіатра; здійснення профілактичної роботи, спрямованої на виявлення ранніх та маскованих форм захворювань; погодження з лікарем-психіатром питань лікувально-реабілітаційних, соціально-правових дій відносно хворого на психічний розлад; проведення санітарно-освітньої роботи, спрямованої на формування здорового способу життя, інформованості населення про фактори ризику та найбільш поширені симптоми погіршення стану психічного здоров'я; надання консультативної допомоги сім'ям, в яких є хворий на психічний розлад.

На наступних етапах реформування медичної допомоги удосконалювати і розширювати функціонально-організаційні обов'язки первинної ланки медико-санітарної мережі з одночасною спеціалізацією та диференціацією психіатричної допомоги та її мережі.

УДК 616.895.8:615.851

Завалко Ю. Н., Варшавский Я. С., Куликович А. Ю.
КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая
больница» Днепропетровского областного совета»
(г. Днепропетровск)

ПСИХОТЕРАПИЯ ПСИХОЗА ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

В клинической практике психотерапия психозов, в том числе шизофренического спектра, представляется зачастую довольно проблематичной и дискуссионной, поэтому любые положительные попытки в этом направлении заслуживают внимания. Это обусловлено тем, что «классический» психиатрический пациент «не укоренен в реальности». Особенно это касается больных с длительным течением психических расстройств, с преимущественно психотической симптоматикой.

На примере приведенного клинического случая показано изучение изменения психопатологической структуры личности больного в условиях шизофренического процесса вследствие нейрорлингвистического воздействия (в русле применения Эриксоновского подхода) как аспекта психотерапевтического взаимодействия.

Пациент Руслан Р., 39 лет, по специальности врач-терапевт. Впервые был госпитализирован в КУ «ДКПБ» ДОС в апреле 2007 г., когда впервые в своей врачебной деятельности на вскрытии умершего больного было выявлено расхождение диагнозов. Через некоторое время появилась тревога, нарушился сон, снизилось настроение, появились мысли, что «меня подставляют, хотят отравить, вызвать инсульт», считал себя «непорядочным», в связи с чем был госпитализирован в 31 отделение, где панически стал бояться «повешения», просил жену, чтобы «усыпили во время сонографии, чтобы больше не мучиться». Принимал зипрексу, трифазин, сибазон, тизерцин, велаксин, миразеп. Госпитализация длилась до июля 2007 г., был выписан с диагнозом: расстройство адаптации в виде пролонгированной депрессивной реакции у личности, акцентированной по тревожному типу. Психическое состояние было медикаментозно компенсировано, однако спустя 3 месяца уволился с работы по собственному желанию, т. к. не мог справиться с нагрузкой из-за психического расстройства, несмотря на регулярный приём медикаментов.

Несмотря на регулярный приём психофармакотерапевтических препаратов, психическое состояние продолжало прогрессивно ухудшаться вплоть до 05.04.2012 г., когда был госпитализирован в связи с суицидальной попыткой в 5 соматопсихиатрическое отделение КУ «ДКПБ» ДОС, где после необходимых хирургических мероприятий и психиатрической диагностики был установлен диагноз: шизофрения, параноидная форма, эпизодическое течение с нарастающим дефектом, параноидный синдром. 13.04.2012 г. был переведен в 31 отделение, где принимал арип, галоприл, сибазон, циклодол, однако существенного улучшения психического состояния не отмечалось.

В связи с чем 20.04.2012 г. года в курс лечения было включено психотерапевтическое вмешательство, основанное на методиках краткосрочной психотерапии НЛП Р. Бендлера, Дж. Гриндера и Эриксоновского подхода.

Психотерапевтическое вмешательство состояло из следующих элементов терапевтической стратегии:

1. Установление глубокого раппорта с пациентом, основанного на эмпатии, понимании и поддержке;
2. Разъяснение пациенту возможностей выхода из сложившейся ситуации, убеждение его в реальности данных возможностей;
3. Непосредственное психотерапевтическое «сопровождение» пациента к уже понятному и желанному состоянию психической реконвалесценции.

Таким образом, к 14.05.12 г. психотерапевтическое вмешательство позволило достичь следующих результатов:

1. Пациент детально и полностью смог осознать собственное психическое состояние;
2. Научился самостоятельно находить выход из субъективно безвыходных жизненных ситуаций;
3. Принял необходимость и осмыслил пользу внутреннего локуса контроля;