

Оцінка запропонованої психотерапевтичної корекції з урахуванням неврозогенезу та факторів психічної травматизації свідчить про її досить високу ефективність. Так, оцінка стану пацієнтів після закінчення лікування показала, що у 68,75 % виявлено одужання; у 22,5 % — поліпшення стану; 6,25 % зазначили незначну динаміку і лише 2,5 % — не відзначили ніякої динаміки в своєму стані.

УДК 616.895.8-085-036.8

Марута Н. О., Рачкаускас Г. С., Фролов В. М.

Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України (Харків), ДЗ «Луганський державний медичний університет»

ІНТЕРФЕРОНОВИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ТЕРАПЕВТИЧНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ ДО НЕЙРОЛЕПТИКІВ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ ЛІКОПІДУ

На даний час багато дослідників вважають, що провідною клінічною проблемою в лікуванні хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) є терапевтична резистентність (ТР) хворих до психотропних препаратів, частота формування котрої досягла за даними різних авторів вже 30—60 % і продовжує неухильно зростати. Тому проблема подолання ТР до нейролептиків вельми актуальна для практики роботи психіатра. При розробці терапевтичної програми подолання ТР до нейролептиків у хворих на ПШ нашу увагу привернула можливість застосування сучасного імуноактивного препарату лікопід. Під нашим спостереженням перебували 65 пацієнтів з діагнозом ПШ з наявністю у них ТР до нейролептиків. Усі хворі ПШ з наявністю ТР до нейролептиків, що все спостерігалися, були поділені на 2 групи, рандомізовані за статтю, віком, клінічним варіантом перебігу шизофренії і провідним психопатологічним синдромом. Пацієнти основної групи (33 особи) додатково до нейролептиків отримували лікопід, хворі групи порівняння (32 хворих) лікувалися лише традиційними препаратами. Лікопід призначали в дозі 10 мг 2 рази на добу внутрішньо натщесерце за 30 хв до їжі протягом 20 днів поспіль. Разом із загальноклінічними дослідженнями в обстежених хворих в динаміці вивчали інтерфероновий статус: концентрацію сироваткового ІФН (СІФ), а також вміст α -ІФН і γ -ІФН у крові. Дослідження інтерференового статусу здійснювали на обладнанні фірми Sanofi Diagnostics Pasteur (Франція). Початкові показники інтерференового статусу у хворих на ПШ з наявністю ТР характеризувалися істотним зниженням активності СІФ, а також вмісту як α -, так і γ -ІФН у сироватці крові пацієнтів. Так, початкова активність СІФ була нижче за норму в середньому в 2,9 рази в основній групі і в 3,0 рази в групі порівняння. Рівень α -ІФН у крові обстежених хворих був в 1,9 рази нижче за норму в основній групі і в 1,8 рази — в групі порівняння; Вміст γ -ІФН у крові був відповідно в 1,9 рази і 1,8 рази нижче норми. При цьому достовірних відмінностей між показниками інтерференового статусу в обох групах хворих на ПШ з ТР (основної та порівняння) не виявлено ($P > 0,05$). Отже, початкові показники інтерференового статусу у обстежених хворих на ПШ з наявністю ТР характеризувалися істотним зниженням активності СІФ і пригніченням інтерферогенезу, про що свідчить значне (в порівнянні з нормою) зменшення вмісту як α -, так і γ -ІФН у сироватці крові хворих. Повторне вивчення інтерференового статусу через 4 тижня з моменту початку введення лікопідів хворим на ПШ основної групи дозволило встановити, що вивчені показники в осіб, які отримували лікопід, істотно покращилися. Так, в основній групі активність СІФ зросла за цей період в середньому в 2,3 рази, тоді як в групі порівняння — тільки в 1,3 рази у порівнянні з початковим рівнем. В результаті кратність розбіжностей рівня СІФ в основній групі і групі порівняння склала 1,8 рази ($P < 0,01$). Підвищився також вміст α -ІФН та γ -ІФН у крові хворих основної групи, який досяг межі норми ($P < 0,1$), тоді як в групі порівняння рівень α -ІФН в цей період обстеження був в середньому в 1,7 рази нижче за норму ($P < 0,01$) і γ -ІФН — в 1,6 рази ($P < 0,01$). Це свідчить про позитивний вплив лікопідів на інтерфероновий статус організму хворих на ПШ з наявністю ТР до нейролептиків.

Таким чином, отримані дані свідчать, що лікопід сприяє нормалізації інтерференового статусу хворих на ПШ. Індивідуальний аналіз показав, що найбільш значна позитивна динаміка досягнута у пацієнтів з добрим клінічним ефектом лікування, що проводилося. Отже можна вважати, що один з імовірних фармакологічних механізмів дії лікопідів як засобу, що сприяє подоланню ТР до нейролептиків у хворих на ПШ, полягає в нормалізації інтерференового статусу.

УДК 616.895.4-008.441.44-055.1-055.2

Марута Н. О., Сновида Л. Т., Денисенко М. М., Ніканорова Ю. В.
ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У СТРУКТУРІ ДЕПРЕСИВНОЇ ПАТОЛОГІЇ

Висока суїцидогенність депресивних розладів обумовлює необхідність комплексного вивчення феномену суїцидальності при депресіях, у тому числі з урахуванням гендерних особливостей.

Ціллю даного дослідження було вивчення гендерно обумовленої специфіки суїцидальної поведінки при депресіях.

Для реалізації цілі дослідження використовувались: клініко-психопатологічний метод (збір скарг, вивчення симптомів та синдромів в динаміці, їх психопатологічна інтерпретація) та психометричні методи (шкала визначення вираженості суїцидального ризику (Патент 40454А, Гавенко В. Л. та ін.), шкала самосвідомості смерті (Патент 40453А, Гавенко В. Л. та ін.).

Обстежено 128 хворих (63 жінки та 65 чоловіків) з депресивними розладами (F 32.1 та F 33.1), в структурі яких спостерігалися різні форми суїцидальної поведінки.

Вивчення особливостей суїцидальної поведінки свідчило про те, що у чоловіків з депресіями суїцидальна поведінка характеризувалася переважанням суїцидальних спроб при порівнянні з суїцидальними думками, рішеннями, намірами (72,3 % та 27,7 %, $p < 0,01$). Суїцидальні спроби у чоловіків спостерігалися у 10 разів частіше, ніж у жінок (64,7 % та 6,4 %, $p < 0,01$), у переважній більшості були істинними (89,4 % та 10,6 %, $p < 0,01$). Суїцидальна поведінка у жінок з депресіями відрізнялася від такої у чоловіків домінуванням суїцидальних думок над іншими формами (думки, рішення, наміри) — 79,4 % та 20,6 %, $p < 0,05$. Серед суїцидальних спроб достовірно переважали демонстративні (69,2 % та 30,8 %, $p < 0,01$).

Під час скоєння суїцидальної спроби чоловіків обирали найбільш травматичні засоби (самопівішення — 51,1 %, вогнепальні поранення — 23,4 %), жінки — більш «безпечні» (отруєння ліками, іншими хімічними речовинами — 53,8 %, самопорізи — 30,8 %).

Клініко-психопатологічними предикторами суїцидальної поведінки у чоловіків є наявність апато-адинамічного та тужливого варіанту депресії (36,9 % та 30,8 % відповідно, $p < 0,05$) в структурі первинного депресивного епізоду (56,8 %). У жінок найбільш суїцидонебезпечними є тривожний (ажитований) та істеричний варіанти (34,9 % та 30,2 % відповідно, $p < 0,01$) в структурі повторних депресивних епізодів. Вираженість депресії за шкалою Гамільтона у чоловіків перевищувала таку у жінок ($33,8 \pm 4,1$ бали та $22,4 \pm 3,3$ бали, $p < 0,05$).

Вивчення патофизиологічних механізмів формування суїцидальної поведінки в гендерному аспекті показало, що у чоловіків в структурі особистості домінували фемінні та недиференційовані особистісні риси (41,5 % та 33,8 %, $p < 0,01$), які перешкоджали реалізації домінуючих потреб (активне, матеріальне забезпечення життя, фізичне та психічне здоров'я, любов), породжували відчуття провини перед собою, близькими та суспільством, що й спричиняло суїцидальну поведінку.

В структурі особистісних особливостей у жінок з депресіями переважаними були риси недиференційованої психологічної статі (55,6 %, $p < 0,01$), які гальмували реалізацію потреб у шасливому родинному житті, у свободі від внутрішніх суперечностей та сумнівів, в незалежності дій та вчинків, спричиняли та підтримували їх фрустрацію, на тлі якої посилювалися внутрішнє напруження, тривога та соматовегетативні порушення. Імпульсивні суїцидальні спроби сприяли усуненню тривоги та нервово-психічного напруження у жінок.

Виявлена гендерна специфіка суїцидальної поведінки у хворих на депресії дозволила розробити диференційовану систему психопрофілактики, яка базується на поєднаному використанні фармако- та психотерапії. Основою фармакотерапії у чоловіків є антидепресанти, нейролептики та засоби, які покращують метаболічні процеси головного мозку, у жінок — антидепресанти, транквілізатори, анксиолітики та загальнозміцнюючі засоби. Базовими методами психотерапії на етапі активного лікування у чоловіків були індивідуальна раціональна (Р. Dubois, 1938) та особистісно-орієнтована реконструктивна психотерапія (А. М. Свядощ, 1982), у жінок — групова суггестивна (А. Heigl-Evers, 2001) та біхевіоральна психотерапія в групі (А. Елліс, У. Драйден, 2002). Підтримуюча терапія у чоловіків включає переважно використання когнітивної психотерапії (А. Т. Beck, 2003) та аутогенного тренування (І. Н. Schultz, 1932), у жінок — групової

(К. F. Rudestam, 1990) та сімейної (Е. Г. Ейдемільер, В. В. Юстицький, 1999) психотерапії.

Результати оцінки ефективності розробленої психопрофілактики свідчать про її перевагу при порівнянні з такими заходами, які використовуються традиційно.

УДК 612.821+616.89

Михайлов Б. В., Кудинова Е. И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины (г. Харьков)

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПАТОЛОГИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ ОРГАНИЧЕСКОГО И ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ГЕНЕЗА

В настоящее время наблюдается устойчивая тенденция роста показателей заболеваемости и распространенности соматических и невротических заболеваний, в происхождении которых значительную этиопатогенетическую роль играют психосоматический либо психогенный механизмы. В их структуре значительное место занимают заболевания, клинические синдромальные проявления которых относятся к сердечно-сосудистой системе.

Это обусловило проведение нашего исследования, целью которого была разработка системы психокоррекционных мероприятий у больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы (СВДССС).

Было проведено изучение 72 больных ИБС и 97 больных с СВДССС. Клинико-психопатологическое исследование позволило определить структуру клинических проявлений и общие закономерности формирования непсихотических нарушений психической сферы у исследуемых больных.

У больных ИБС клиническая симптоматика формировалась в виде следующих основных синдромов: гипотимный ($43,9 \pm 4,5$ %); астено-ипохондрический ($25,2 \pm 3,9$ %); ипохондрический ($23,6 \pm 3,8$ %); сенесто-ипохондрический ($7,3 \pm 2,4$ %).

У больных с СВДССС клиническая симптоматика формировалась в виде следующих основных синдромов: неврастенический ($15,8 \pm 1,6$ %); тревожно-фобический ($23,1 \pm 1,7$ %); астено-депрессивный ($18,2 \pm 1,9$ %); астено-ипохондрический ($23,1 \pm 3,3$); астено-тревожный ($19,5 \pm 2,1$ %). У больных с СВДССС особенностью синдромов невротического регистра было значительное преобладание соматосенсорных и соматовегетативных компонентов с яркой аффективной окраской.

Полученные результаты послужили основой для разработки дифференцированной системы психотерапевтической коррекции относительно изучаемых групп больных.

Основным психотерапевтическим методом для больных ИБС была когнитивно-бихевиоральная терапия в модификации А. Бека и А. Эллиса. Терапия обычно проводилась на индивидуальной основе 2—4 раза в неделю, общей длительностью 4—6 недель.

Основным методом психотерапии для больных с СВДССС была рациональная психотерапия, гипнотерапия и аутогенная тренировка (АТ) в модификации Г. Клейнзорге и Г. Ключмиса. Проводилось 8—10 сеансов гипносуггестивной терапии с последующим переходом на АТ в стационаре и продолжением в амбулаторных условиях в течение месяца.

В результате проведенных психотерапевтических программ удалось достигнуть следующих результатов. В группе больных с ИБС произошла полная редукция психопатологической симптоматики у 76 % больных, частичное улучшение — у 13 % больных, отсутствие субъективного улучшения — у 11 % больных. В группе больных с СВДССС полная редукция психопатологической симптоматики достигнута у 69 % больных, частичное улучшение — у 15 % больных, отсутствие субъективного улучшения — у 16 % больных.

УДК 616-071:616.89-008.454-053.2/5

Михайлова Е. А.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины» (г. Харьков)

ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ

В Украине распространённость депрессии среди детей и подростков составляет 10—20 %. Трудность диагностики депрессии у детей связана с тем, что у них аффективные расстройства часто проявляются в атипичной, «маскированной» форме и редко соответствуют классическим описаниям.

Обследованы дети 7—11 лет — 125 пациентов с депрессией. Для определения депрессии нами был применен метод дискриминантных функций, обладающий рядом преимуществ: учитывается вариабельность, рассматривается совокупность всех принимаемых во внимание признаков, взятых со своими коэффициентами, которые указывают удельный вес признака в постановке диагноза (его информативность), и позволяет осуществить выбор существенного для диагностики депрессии подмножества параметров [Клюев, С. А., 2009]. Метод включает сбор информации: социодемографические данные ребенка и его семьи; актуальные клинико-психопатологические показатели (регистр симптомов и синдромов депрессии), анамнез, уровень соматоневрологического здоровья ребенка, наследственная отягощенность психическими заболеваниями. Регистрируются данные клинической шкалы оценки депрессий у детей CDRS-R (суммарный балл) и определенные психологические показатели с вычислением коэффициентов (ЦТВ) — адаптации, тревоги, утомления и уровня стабильности ВНС (коэффициент Шипоша). Вычисляется скорость и точность выполнения теста ММД (тест Тулуз-Пьерона); память и динамика запоминания (тест Лурия); наличие акцентуации характера (тест Шмишека). Определяются нейрофизиологические и нейрогормональные (уровень серотонина, мелатонина) корреляты депрессии у детей 7—11 лет. Далее осуществляется модификация и отбор данных и проводится кодирование качественных и количественных показателей. Построение линейных распределений показателей включает следующие этапы: а) расчет средней величины диагностических параметров; б) расчет моды (величина признака, который наиболее часто встречается в данной совокупности, и медианы (варианта, находящаяся в середине ряда распределения); в) построение графика ряда распределения и определение на нем значения моды и медианы. С помощью графического изображения возможны изучение закономерностей развития явления, установление существующих взаимосвязей. Затем производится расчет предельной ошибки выборки Δ_{ω} канонических коэффициентов дискриминантных функций и определение количества дискриминантных функций. На заключительном этапе проводится построение графика распределения пациентов с различными типологическими вариантами депрессии и формирование диагностического заключения. В дифференциации клинических вариантов депрессии было проанализировано 88 признаков. Все признаки были закодированы и поставлены в соответствие 88-мерному вектору, который учитывает отсутствие, наличие, направленность и величину каждого признака. В 88-мерном пространстве при диагностике клинических вариантов депрессии получили 6 областей, характеризующие астенический, тревожный, фобический, соматический, поведенческий типы и промежуточная область. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета прикладных программ SPSS 17.0 с использованием t-критерия Стьюдента. Разработанный метод корректно классифицирует 95,8 % всех больных с различными типологическими вариантами депрессии. Разработанная информационная система определения клинических вариантов депрессии у детей, является новым средством ранней диагностики аффективной патологии и позволяет поднять на новый уровень качество медицинского обслуживания детей с депрессией. Система имеет удобный и простой в использовании интерфейс, что важно в работе детского психиатра.

УДК 613.25-053.2/5:616.1

Михайлова Е. А., Мителев Д. А., Беляева Е. Э.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины» (г. Харьков)

НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ОЖИРЕНИЯ С ИНСУЛИНОРЕЗИСТЕНТНОСТЬЮ У ДЕТЕЙ И ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ

В последние годы во многих странах мира наблюдается неуклонный рост ожирения у детей и подростков. Инсулинорезистентность и сопровождающая ее компенсаторная гиперинсулинемия составляют основу патогенеза метаболического синдрома и являются самостоятельными факторами риска не только сердечно-сосудистых заболеваний, но и психических расстройств. Учитывая, что ожирение и метаболический синдром включают и выраженный психосоматический компонент, следует отметить немногочисленность исследований, посвященных изучению психосоматического