

клинико-психопатологический; индивидуально-психологический; аддиктологический.

На основании анализа полученных результатов у большинства пожарников отмечались выраженные психопатологические проявления астенического, аффективного, психосоматического спектра; искажение феноменов самооценки; нарушения когнитивно-поведенческих стратегий/реакций в ситуации риска; аддикции в виде злоупотребления спиртным, чрезмерного желания играть в азартные игры, употреблять седативно-снотворные средства, курить никотиносодержащие субстанции.

В результате обобщения медико-психологических данных нами была предложена психодиагностическая, психопрофилактическая и психокоррекционная фокусировка на следующих «мишенях» психической дезадаптации. Они были выражены такими 3 векторами: психопатологическим, индивидуально-психологическим и аддиктологическим/поведенческим. Была разработана система скрининговой клинико-психологической диагностики, а также системы психопрофилактики и психокоррекции, направленные на редукцию психопатологических феноменов, патофизиологических особенностей и специфических форм поведенческих отклонений у пациентов.

Психопрофилактическая работа заключалась в поэтапном трехуровневом процессе оптимизации и укрепления знаний среди пожарных о психологической разгрузке, овладении анализом психологически сложных ситуаций на работе, а также рефлексивности и своевременном обращении к специалисту врачу-психологу / практическому психологу.

Психокоррекционная работа проводилась в 4 последовательных этапа и включала набор методов (методик), практик в рамках нейрофизиологической, поведенческой и рациональной коррекционных концепций. Их суть заключалась в формировании обучения навыкам релаксации и оптимизации копинг-стратегий в ситуации риска. Эффективность указанных систем подтверждается 78,67 % результатом 1,5-летнего катармического наблюдения.

УДК 618.3:615.851

О. О. Чистова

Харківська медична академія післядипломної освіти

ПОРУШЕННЯ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ПОДРУЖНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ПРИ ГЕНІТАЛЬНОМУ ЕНДОМЕТРІОЗІ У ЖІНОК: АНАЛІЗ ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

Генітальний ендометріоз на сьогодні залишається надзвичайно актуальною проблемою гінекології. Згідно з даними різних авторів, ендометріоз спостерігається у 12—50 % жінок репродуктивного віку, при цьому частота його у різних категорій хворих може коливатися від 2 % до 80 % (И. Б. Манухин, Л. Г. Тумилович, М. А. Геворкян, 2001; В. П. Сметник, Л. Г. Тумилович, 2001; В. Я. Голота, В. А. Бенюк, 2005; Л. В. Адамьян, В. И. Кулаков, 2008). Незалежно від локалізації, генітальний ендометріоз має негативний вплив не тільки на функцію уражених та суміжних органів, але й організм у цілому. Тривалий перебіг, зниження працездатності зумовлює соціальну дезадаптацію хворих у віці їх потенційної активності (В. П. Баскаков і співавт., 2002; Л. В. Адамьян, 2006).

Ендометріоз, як будь-яке тривале існуюче страждання, що знижує якість життя, нерідко призводить до невротичних розладів і сексуальних порушень: за різними даними, вони виникають у 17,0—69,5 % жінок (В. Д. Менделевич, 1989; А. Е. Волков, А. А. О कोरोков, Е. Г. Фардзинова, 2004, 2005; Н. Н. Глебова, А. Н. Додонов, 2004, 2005; И. И. Горпинченко, О. В. Ромащенко, С. Н. Мельников, 2005; G. Bachmann, 2007). У свою чергу, сексуальні розлади дружини, в силу парного характеру сексуальної функції, неминує призводити до розладу сексуального здоров'я подружньої пари і розвитку порушень подружніх стосунків (В. В. Кришталь, М. В. Маркова, 2002; В. В. Кришталь, Б. В. Михайлов, Н. А. Марута, Л. Ф. Шестопалова, 2006; В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь, 2008). Внутрішньоособистісний конфлікт у дружини і міжособистісний конфлікт подружжя, в свою чергу, обтяжують психопатологічну симптоматику у жінок і посилюють порушення подружньої взаємодії (Н. К. Агишева, 2007, 2008). Залучення до патологічного процесу вегетативно-судинних і обмінно-ендокринних патологічних змін створює своєрідний симптомокомплекс, що призводить до розвитку вторинної патогенетичної титуляризації (В. В. Свиридова, 2010). Усе вищевикладене зазвичай не враховують гінекологи під час розроблення реабілітаційних стратегій ведення даної категорії пацієнток (В. В. Котлік, 2009).

На сьогодні в світі визнано, що ключовою ланкою будь-якого реабілітаційного процесу є сім'я (Б. В. Михайлов, В. В. Чугунов, 2005; В. А. Абрамов та співавт., 2006, 2009; Г. А. Пріб, 2007; В. О. Діхтяр, М. В. Маркова, 2009), реабілітаційний потенціал якої залежить від стану подружніх стосунків (Т. Л. Ряполова, 2008; В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова, 2009; А. В. Іпатов, Б. В. Михайлов, С. М. Мороз, 2009). Саме тому вивчення особливостей подружньої взаємодії для оцінки реабілітаційного потенціалу сім'ї є облігатним під час розроблення будь-якої реабілітаційної стратегії, у тому числі, і медико-психологічної допомоги жінкам, що страждають на ендометріоз. Проте, незважаючи на актуальність вищевикладеного, на сьогоднішній день в науковій літературі і в реальній клінічній практиці відсутні дослідження, які б об'єднували в собі вивчення як гінекологічних, так і психологічних і сімейних аспектів реабілітації жінок з ендометріозом.

Враховуючи вищенаведене, нами здійснюється робота з всебічного системного вивчення закономірностей формування порушення сексуального здоров'я та подружньої взаємодії при ендометріозі у жінок, на основі чого буде розроблено систему їх психокорекції та психопрофілактики.

УДК [616.89+159.9]:616-07.001

Чугунов В. В.

Запорожский государственный
медицинский университет (г. Запорожье)

ИСТИННЫЙ ПАТОМОРФОЗ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКИ

Под истинным (дотерапевтическим) патоморфозом психических заболеваний понимается изменение «классической» клинической картины психического заболевания в филогенетическом аспекте. К числу основных причин этих процессов относятся следующие.

1. Усовершенствование ранней диагностики психических заболеваний и смещение направленности диагностики с выраженного поведения на незначительные отклонения мышления, отраженные в вербальной продукции (от «поведенческой патологии» — к «вербальным расстройствам»).

2. Выявление всё более ранних форм психических заболеваний и, как следствие, возрастающие трудности психопатологической (с соскальзыванием к патофизиологической) квалификации психопатологических расстройств и их диагностической кодификации.

3. Мозаичность клинической семиотики в рамках не только нозологической единицы (например — кататоническая импрегнация параноидной и простой форм и параноидная — простой и кататонической форм шизофрении), но и между различными нозологическими формами (например — тревога в структуре депрессивного синдрома в рамках инволюционной меланхолии, постшизофренической депрессии и циркулярного психоза; [псевдо]обсессивные включения в симплекс-комплекс; проявления специфической дефицитарности при расстройствах шизоаффективного круга).

4. Дискурсивная инсталляция «депрессий» и вообще аффектологическая аранжировка психиатрической клиники: её выраженность столь велика, что можно даже говорить об «аффектологической редукции» последней.

5. Дискурсивное муссирование темы психогений (в рамках понятийного континуума «стресс — дистресс») и, как следствие, тотальная «психогенизация» психиатрической клиники, приводящая к деформации диагностического процесса, диссоциации нозо- и синдромографии и к резкому увеличению количества विकарных диагнозов «неврологического» плана.

6. Клиническая модификация дебюта эндогенных психозов за счёт патопластического влияния широко распространённых тенденций к полинаркотизации (как в плане искажения клиники за счёт присоединения экзогенных или псевдоэкзогенных компонентов, так и в плане специфических модусов «аутокурации» психически больных).

7. Придание определяющего значения так называемой «органике»: указание на наличие последней является довлеющим дифференциально-диагностическим фактором *contra* квалификации заболевания (состояния, процесса) как «эндогенного». Разумеется, что в такой ситуации клиническая семиотика отступает на задний план.

8. Реципрокное социально-фармакологическое влияние в сочетании с антипсихиатрическими (по сути, антинозологическими) тенденциями, а именно смещение диагностики в континуум клинической семиотики, фактически даже минуя уровень синдромологии.

9. Стандартизация и формализация, скрининговый характер выявления психической патологии, что приводит к следующим негативным тенденциям: укрупнение групп/кластеров психической патологии; схематизация диагностики с закономерным её огрублением и утратой важнейших черт клинического мышления и компаративного анализа; элиминация клинической патофизиологии с одновременной гипердиагностикой внеклинических личностных особенностей/изменений (речь идёт о так называемых «акцентуациях», к коим присоединяются псевдотипологии ряда психологических методик); внесение в тексты клинических опросников всех актуальных дефектов и искажений психоэмоционального дискурса (псевдомодернизация) при отсутствии действительно необходимой и клинически адекватной модернизации.

10. Расширение сети психиатрических и консультативно-психологических (в том числе ассоциированных с учебными заведениями) инстанций с возможностью первичной («ранней») диагностики психической патологии в широком (и даже вульгарном) её понимании

УДК 616.895-008.44.7

Чугунов В. В., Данилевская Н. В.

«Запорожский государственный медицинский университет» МЗ Украины (г. Запорожье)

ПСЕВДООБСЕССИВНЫЙ СИНДРОМ В КЛИНИКЕ ШИЗОФРЕНИИ

Вопрос дифференциальной диагностики психических расстройств остаётся актуальным поныне, особенно в свете патоморфоза психических заболеваний, в том числе отмечающегося на протяжении последних десятилетий патоморфоза шизофрении, выражающегося в сдвиге к более лёгким формам изменённости — в сторону малопрогредиентных форм — либо во включении в клиническую картину симптомов и симптомокомплексов, в том числе невротоподобных (в особенности обсессивно-компульсивных, психопатоподобных, аффективных, ипохондрических), выступающих на первый план в картине заболевания, изменяющих его течение и усложняющих дифференциальную диагностику между регистрами психопатологической симптоматики.

Возможно, это послужило одной из причин наметившейся в последнее время тенденции внесения в структуру клинического диагноза шизофрении синдромологических указаний, относящихся не к эндогенному, а к невротическому регистру.

Целью исследования стало проведение дифференциальной диагностики обсессивного и псевдообсессивного синдромов в структуре клинической картины больных обсессивно-компульсивным расстройством и шизофренией (параноидная и простая формы) соответственно.

На базе КУ «Областная психиатрическая больница» (г. Запорожье) под наблюдением находились 100 пациентов, средний возраст которых составлял 35 ± 14 лет. Среди них основную группу составили 40 пациентов с диагнозом «шизофрения, простая форма» (F 20.6) (группа 1). Контрольную группу составили 20 пациентов с диагнозом «шизофрения, параноидная форма» (F 20.0) (группа 2.1), а также 20 пациентов с диагнозом «обсессивно-компульсивное расстройство» (F 42.0) (группа 2.2).

Среди методов исследования применяли клинко-психопатологический, патопсихологический, катamnестический, контент-анализ, системный и клинко-статистический анализ.

Результаты исследования показали, что у больных простой формой шизофрении, кроме дефицитарной симптоматики, отмечалось наличие несвойственных классическому варианту простой формы шизофрении параноидных включений, подлежащих дифференциальной диагностике с обсессивным синдромом. Проведенный анализ позволил выделить две сферы дифференциальных проявлений среди выявляемых у больных признаков: признаки, составляющие собственно структуру синдрома, и признаки психопатологического фона, которые имели качественные и количественные отличия от классических обсессий и патогенетически являлись проявлениями эндогенного регистра, а именно вариантами параноидных включений (57,50 %), элементами идеаторного психического автоматизма (42,50 %) в структуре симплекс-комплекса — они и получили наименование «псевдообсессий».

Таким образом, на основании результатов исследования можно констатировать, что в случае присутствия в клинической картине больных шизофренией проявлений, подобных обсессивному симптомокомплексу, фактически выявляются псевдообсессии как патогенетический вариант параноидных включений и элементов идеаторного психического автоматизма в структуре симплекс-комплекса, ранее трактуемые как

варианты классического обсессивного синдрома, что подвергает сомнению правомерность выделения синдромологической составляющей, относящейся к невротическому регистру в структуре диагнозов у больных эндогенными заболеваниями.

Результаты проведенного исследования позволяют улучшить тонкую дифференциальную диагностику клинических проявлений в структуре эндогенных заболеваний, разработать клинические диагностические принципы, повысить качество терапевтических воздействий.

УДК 616.89-008.444.4-053.2

А. П. Чуприков

*Национальная медицинская академия
последипломного образования им. П. Л. Шупика (г. Киев)*

СПОРНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Число случаев детского аутизма (ДА) растет во всем мире, в том числе и в Украине. В этом сообщении мы хотим обсудить ряд спорных моментов в диагностике, понимании клиники, терапевтически-реабилитационной политике данного расстройства.

Известно, что ДА достаточно часто (до 75—80 %) сочетается с органическим фоном: церебральной резидуально-органической недостаточностью в виде разной степени выраженности последствий перинатальной гипоксической энцефалопатии. Как демонстрируют результаты ЭЭГ, ЯМР (в Украине) и нейровизуализационных исследований (за рубежом), органические находки являются не только фоном, но и активно влияют на формирование ведущей психопатологической симптоматики. Детские психиатры игнорируют этот факт при постановке диагноза. Стоит ли это делать? Широкое заимствование тестов из зарубежной коррекционной педагогики и психологии, вне всякого сомнения, обогащает научные исследования в области детской психиатрии. Но нужно ли их навязывать врачу-практику? Мне думается, что вполне достаточно диагностических критериев МКБ-10.

Спорным является отказ от понимания детского аутизма как нейробиологического процесса. О процессуальности аутизма многократно сообщали В. М. Башина (1974, 1999, 2003) и ее ученица Н. В. Симашкова (2006). Международная классификация болезней не требует от врача отказа от традиционной структурно-динамической оценки течения заболевания, что может быть применено и в случае расстройства спектра аутизма. Те факты, что детский аутизм в подавляющем большинстве имеет дебют, спровоцированный разнообразными стрессорами, период активного течения, которое у части детей выглядит как волнообразное, а также выход в состояние со своеобразным дефектом — все это для медикоориентированного специалиста является свидетельством того, что в основе аутистического отклонения развития ребенка лежит динамически развивающееся болезненное состояние. Признание этого обстоятельства вовсе не означает, что мы относим детский аутизм к разделу F 20 МКБ-10, это самостоятельное расстройство.

Еще одним из свидетельств процессуальности ДА являются результаты иммунологических исследований. Накопилось достаточно убедительное количество фактов наличия при ДА аутоиммунного компонента заболевания. К сожалению, утвержденные стандарты лечения игнорируют этот факт.

Здесь уместно сказать, что утвердившееся в психиатрии требование раннего лечения, как условия положительного прогноза, в детской психиатрии приходит в противоречие с инструкциями использовать атипичные нейролептики с 5 и позже лет. Т. е. врач-практик, поставив диагноз аутизма, вынужден порой несколько лет ждать, не имея права назначить эффективное лекарство, быть свидетелем, а не активным участником противоборства с болезнью.

Биологически активные вещества, как нейропептиды и клеточные экстракты (цереброкурин, кортексин и др.), с трудом пробивают себе дорогу в клинику, хотя они способны повлиять на компонент процессуальности ДА.

Наконец, на Конгрессе по медицинскому праву и биоэтике (Киев, апрель 2011) мы совместно с коррекционными педагогами В. Н. Синёвым, Д. И. Шульженко и др. впервые выступили против смены диагноза аутизма на другие «взрослые» диагнозы по достижении подростком-аутиком возраста 18 лет. Пора вслед за зарубежными странами признать диагноз аутизма возможным и у взрослых больных. Надеемся, что здесь «на меже» между детской и взрослой психиатрией, наконец, начнется взаимодействие главных специалистов, НИИ, Минздрава и Министерства труда и социальной политики.