

що доповнюють. Основні риси складають «ядро» особистості. У випадку яскравої вираженості основні риси стають акцентуаціями характеру. Відповідно такі особистості називаються «акцентуованими». Акцентуовані особистості не слід розглядати як патологічні, але у випадку впливу несприятливих факторів акцентуації можуть зруйнувати структуру особистості, набути патологічного характеру. Це особливо слід знати і враховувати лікарям при взаємодії з даною категорією пацієнтів.

Тому метою нашого дослідження було вивчення характеристик емоційно-особистісної сфери для визначення ролі психологічних факторів у генезі захворювання, визначення «внутрішньої картини хвороби» у пацієнтів з поєднаною патологією серцево-судинної систем (ССС) та шлунково-кишкового тракту (ШКТ).

Для досягнення поставленої мети було обстежено 10 хворих з поєднаною патологією ССС, а саме з ішемічною хворобою серця, та ШКТ. Для дослідження акцентуацій особистості використано опитувальник Шмішека, куди входили 88 запитань, що стосувалися різних сторін характеру особистості. Відповідати слід було швидко, довго не думаючи, лише «так» («+») або «ні» («-»).

Під час аналізу отриманих даних було виявлено, що у цієї категорії пацієнтів переважали емотивна (18 %) та циклотимна (18 %) акцентуації, а також можна відзначити екзальтований (14 %) та гіпертимний (9 %) типи. Крім того, відмічаються тенденції до таких типів акцентуацій: тривожної, збудливої та педантичної. За результатами дослідження можна зробити такий висновок: слід враховувати акцентуації особистості при плануванні роботи з даною категорією пацієнтів, при повідомленні діагнозу, з метою корекції лікування, а також для визначення тих чи інших комплайєнс-стратегій.

УДК 616.8-008.64-053.7-001.8

#### ТРЕВОЖНЫЕ И ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА НЕПСИХОТИЧЕСКОГО УРОВНЯ У СТУДЕНТОВ ЭКОНОМИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА В УСЛОВИЯХ РЕФОРМИРОВАНИЯ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ

Л. Н. Гуменюк, Т. Э. Редзанова

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь

*Ключевые слова:* тревожные, депрессивные расстройства, реформирование высшего образования

В исследованиях отечественных и зарубежных авторов выявлен быстрый рост депрессивных расстройств, в частности, отмечается значительная распространенность тревожных и депрессивных расстройств у студентов высших учебных заведений (в 38—61 % случаев).

Цель исследования — изучение распространенности и клинко-психопатологических особенностей тревожных и депрессивных расстройств непсихотического уровня у студентов экономического факультета в условиях реформирования высшего образования.

В исследовании приняли участие 160 студентов 4—5 курсов экономического факультета Таврического национального университета, среди которых юноши составили 48,1 %, девушки — 51,9 %. Средний возраст исследованных —  $22,0 \pm 2,1$  года.

Для первичной оценки психического состояния использовали краткую скрининговую психиатрическую шкалу BPRS. Для определения выраженности депрессии — шкалу Гамильтона (HAM-D). Для оценки уровня ситуативной и личностной тревожности — опросник Спилбергера — Ханина.

У 72 (45,0 %) студентов диагностированы тревожные и депрессивные расстройства непсихотического уровня. Клинико-синдромологический анализ позволил выделить три подгруппы: подгруппу с тревожно-депрессивными (ТДР) расстройствами — 38 (52,8 %) студентов; с депрессивными (ДР) — 19 (26,4 %) и подгруппу с тревожными расстройствами (ТР) — 15 (20,8 %). В подгруппе исследованных с ТДР у 63,1 % преобладал тревожно-депрессивный

синдром, у 15,8 % — тревожно-депрессивный с выраженным астеническим компонентом, у 15,8 % человек тревожно-депрессивный синдром с выраженным ипохондрическим компонентом и у 5,3 % — тревожно-депрессивный с фобическим компонентом. В подгруппе студентов с ДР у 57,9 % наблюдался депрессивный синдром, у 26,3 % — астено-депрессивный синдром, у 10,5 % — депрессивно-фобический и у 5,3 % — депрессивно-дисфорический. В подгруппе исследованных с ТР у 33,3 % человек преобладал тревожный синдром, у 40,0 % — тревожно-астенический, у 26,7 % — тревожно-ипохондрический.

По шкале Спилбергера — Ханина умеренный уровень ситуативной тревожности наблюдался у 38,3 % студентов, высокий уровень — в 58,9 %; умеренный уровень личностной тревожности был характерен для 20,6 % и высокий уровень — для 68,0 % исследованных.

В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 были установлены следующие диагнозы тревожных и депрессивных расстройств непсихотического уровня: смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2) — 34,7 % человек; легкий депрессивный эпизод (F32.0) — 36,1 %; неврастения (F48.0) — 16,7 %; генерализованное тревожное расстройство (F41.1) — 8,3 %; смешанная тревожно-депрессивная реакция в рамках расстройства адаптации (F43.22) — 2,8 %; умеренный депрессивный эпизод (F32.1) — 1,4 % исследованных.

Результаты исследования показали высокую распространенность (45,0 %) ТДР непсихотического уровня у студентов экономического факультета в условиях реформирования высшего образования, что свидетельствует о необходимости разработки адекватных подходов к диагностике данных расстройств, определения показаний и применения эффективных способов их профилактики, лечения и рекреативности.

УДК 616.89.617.52-006

#### ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЯМИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Л. Н. Гуменюк, В. А. Рослякова

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь; Стоматологическая клиника, г. Харьков

*Ключевые слова:* опухоли челюстно-лицевой области, психоэмоциональное состояние

По данным ВОЗ, из 7 млн новых случаев онкологических заболеваний 25 % приходится на злокачественные новообразования челюстно-лицевой области. Проведенные эпидемиологические исследования показали, что у 70—80 % таких больных возникают те или иные психические нарушения.

Цель исследования — изучить особенности психоэмоционального состояния пациентов с опухолями челюстно-лицевой области.

Обследовано 50 человек (30 мужчин, 20 женщин) в возрасте от 25 до 45 лет (средний возраст  $34,5 \pm 1,3$  года) с документированными опухолями челюстно-лицевой области. Структуру и интенсивность эмоций изучали с помощью «Карты самооценки эмоционального состояния» (Н. А. Марута, 2000). Для определения степени выраженности депрессивной симптоматики использовали шкалу выраженности депрессии Гамильтона (HAM-D). Для оценки тревоги — клиническую шкалу тревоги Гамильтона (HAM-A) (M. Hamilton, 1960), согласно которой были проанализированы психические и соматические симптомы тревоги.

Выявлено, что у обследованных преобладали негативные эмоции: общая неудовлетворенность (частота встречаемости  $98,1 \pm 1,3$  %, интенсивность  $3,9 \pm 0,6$  баллов); боязни ( $80,1 \pm 0,9$  %, интенсивность  $2,8 \pm 0,7$ ); тревоги ( $89,9 \pm 1,6$ ;  $3,6 \pm 0,4$ ); страха ( $88,1 \pm 2,7$  %;  $2,9 \pm 0,6$ ) чувство обиды ( $59,8 \pm 1,6$  %;  $1,8 \pm 0,6$ ).

При объективизации психопатологической симптоматики с помощью шкалы Гамильтона у  $68,2 \pm 1,8$  % обследованных

диагностирован легкий депрессивный эпизод (средний суммарный балл составил  $13,6 \pm 2,5$ ), а у  $31,8 \pm 1,2$  % — умеренный депрессивный эпизод ( $23,8 \pm 3,5$  балла). При верификации признаков тревожного расстройства у  $88,1 \pm 1,4$  % выявлено умеренное тревожное состояние ( $40,1 \pm 1,2$  балла), у  $11,9 \pm 1,6$  % — тяжелое ( $54,2 \pm 1,2$  балла).

Установлено, что для больных с опухолями челюстно-лицевой области характерно наличие негативно окрашенных эмоций с преобладанием депрессивных, тревожных и фобических компонентов. Особенностью депрессивного компонента была направленность негативных переживаний на собственную личность, у фобического — политематический характер. В клинической картине тревожных расстройств ведущее положение занимали симптомы психической тревоги. Общий спектр эмоциональных колебаний сопровождался низким уровнем позитивных эмоций.

Полученные данные свидетельствуют о необходимости совместного наблюдения и лечения пациентов с опухолями челюстно-лицевой области врачами — стоматологами, психиатрами, медицинскими психологами с применением фармакологической и психотерапевтической коррекции, что позволит повысить эффективность лечения злокачественного процесса и улучшить качество жизни данной категории больных.

УДК 616.89

#### МАКРО- И МИКРОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ ОГРАНИЧЕННОЙ СПОСОБНОСТИ К ИНТЕГРАЦИИ В СООБЩЕСТВО У ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ

Л. Н. Гуменюк, В. А. Строевский

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь

*Ключевые слова:* психические больные, интеграция в общество

Современная парадигма психиатрии базируется на признании биопсихосоциальной природы человека при его социальной сущности, в соответствии с которой индивидуум рассматривается как целостная, многоуровневая, иерархически организованная система, требующая детального анализа не только клинико-психопатологических и биологических параметров, но и углубленного изучения роли социальных факторов, как в возникновении, так и развитии ограниченной способности к интеграции в сообщество (ОСИС), а также поисков возможных воздействий на социальную адаптацию

Цель исследования: изучить влияние макро- и микро-социальных факторов на возникновение ОСИС у психически больных.

Обследовано 311 лиц с ОСИС в возрасте от 20 до 62 лет. Выборка включала 2 группы обследованных (в основную группу выделены 161 человек без определенного места жительства с различными диагнозами психического расстройства; в группу сравнения — 150 психически больных без определенного места жительства, находившихся на стационарном лечении в психиатрических больницах). Критериями включения пациентов в группу являлись: отсутствие определенного места жительства или прописки, неспособность поддерживать отношения с другими людьми, неспособность деятельности в обществе, диагноз психического расстройства по МКБ-10.

Было проведено комплексное клинико-психопатологическое, клинико-anamnestическое исследование. При изучении влияния макро- и микро-социальных факторов на возникновение ОСИС у вышеуказанного контингента руководствовались классификацией Т. Б. Дмитриевой.

При тщательном клиническом анализе жалоб обследованных было установлено, что в 100,0 % случаев формирование ОСИС было связано с воздействием определенного провоцирующего (социального) фактора или их комплекса. Для обобщения полученных данных проанализированы количественные (частота встречаемости) и качественные

(интенсивность) характеристики влияния макро- и микро-социальных факторов на развитие ОСИС у обследованных.

Среди негативных макросоциальных факторов, провоцирующих развитие ОСИС у исследованного контингента, ведущим были отсутствие перспектив в собственной жизни (переживание бессмысленности существования). В качестве микро-социальных факторов, приведших к ОСИС, чаще всего в основной группе выступали: развод; семейные конфликты; лишение свободы; смерть родных и близких. В группе сравнения у исследованных наблюдались: личные заболевания (хронические болезни); развод; смерть родных и близких. Среди установленных статистически значимых провоцирующих факторов риска формирования ОСИС у психически больных наиболее значимыми были: экзистенциальные и безработица; развод, семейные конфликты, лишение свободы, личные заболевания (хронические болезни).

Для эффективности реабилитации психически больных с ОСИС необходимо проводить анализ макро- и микро-социальных факторов, что станет составляющей для разработки психотерапевтических мероприятий. Такой подход даст возможность улучшить качество лечения и облегчить социальную адаптацию больных. Установленные факторы риска одновременно указывают направления профилактики формирования ОСИС у лиц с психическими расстройствами.

УДК 616.89-071:362.121:616-08-039.57

#### КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ В ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ — «УЗАГАЛЬНЕННЯ ПОРТРЕТА» ПАЦІЄНТА З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ В ПЕРВИННІЙ МЕДИЧНІЙ МЕРЕЖІ

В. А. Демченко

Міська психоневрологічна лікарня № 2, м. Київ

*Ключові слова:* психічні розлади, первинна медична мережа, пацієнт

Проблема виявлення та лікування психічних розладів є актуальною не тільки для сучасної психіатрії, але й загалом для медицини. Проведені під егідою ВООЗ дослідження показали, що психопатологічні розлади в загальномедичній практиці становлять 30—57 %, а у пацієнтів, що одержують яку-небудь медичну допомогу амбулаторно, тривожно-депресивні розлади (ТДР) виявляються в 65 % випадків.

Світові дослідження доказової медицини, засновані на даних клінічної епідеміології, показали диференційовані рівні поширеності ТДР в різних субпопуляціях пацієнтів. Якщо підсумувати різні результати з 25 епідеміологічних робіт за останні 10 років, опублікованих в англо-американських і західноєвропейських журналах, то картина виглядає таким чином: на 30 хворих, що звернулися до лікарів загальносоматичного профілю, припадає на день 2—3 пацієнти з «великою» депресією і 7—8 з депресивними та/або тривожними симптомами; 10—12 % постійних відвідувачів поліклініки є депресивними та/або тривожними пацієнтами; 24—46 % стаціонарних хворих з соматичною патологією мають ТДР; 3—4 % у загальній популяції людей похилого віку старше 65 років страждають на ТДР і у 15 % відзначаються тривожно-депресивні симптоми; 40—65 % хворих у постінфарктний період мають депресивні симптоми і в 18—25 % випадків у таких пацієнтів реєструється великий депресивний епізод; 18—20 % хворих при ангиографічно верифікованій коронарній хворобі, а також 60 % хворих після порушення мозкового кровообігу через 6 місяців хворіє на ТДР; 13 % онкологічних хворих відповідає критеріям «великої» депресії, а 47 % — має її явні клінічні ознаки; 40 % осіб з хворобою Паркінсона і 33 % осіб з хворобою Альцгеймера страждають на уніполярну депресію.

Таким чином, на сьогодні в світі спостерігається стійка тенденція поширення психічних розладів серед пацієнтів загальносоматичної практики, що обумовлене