

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

як збільшенням розповсюдженості психічної патології, так і удосконаленням її діагностики.

З метою створення загального «портрета вітчизняного пацієнта з психічними розладами в первинній медичній мережі», протягом 2003—2010 рр. за умови інформованої згоди нами проанкетовано та обстежено 2894 пацієнти Центральної поліклініки Дніпровського району м. Києва. Із загальної кількості обстежених у 816 осіб діагностовано психічні та поведінкові розлади, що відповідали діагностичним критеріям МКХ-10 (в основному — депресивні, тривожно-депресивні, фобічні, тривожні та панічні розлади). Таким чином, кількість відібраних хворих склала 28,2 % від загальної кількості вивчених пацієнтів.

Встановлено, що серед пацієнтів первинної медичної мережі, які страждають на порушення психіки, питому вагу складають жінки ($63,1 \pm 4,8$ % проти $36,9 \pm 4,8$ % чоловіків), віком від 41 до 60 років ($63,8 \pm 4,8$ %), з середньо-спеціальною або вищою освітою ($80,1 \pm 4,0$ %), одружені ($46,1 \pm 5,0$ %) або розлучені й самотні ($53,9 \pm 5,0$ %), які проживають у власній квартирі ($67,3 \pm 4,7$ %), які працюють ($44,2 \pm 5,0$ %) або є пенсіонерами за віком ($23,3 \pm 4,2$ %) чи інвалідністю ($21,9 \pm 4,1$ %). Серед загальної вибірки інваліди за соматичним захворюванням складають $47,2 \pm 5,0$ % осіб, серед яких $33,2 \pm 4,7$ % пацієнтів — внаслідок аварії на ЧАЕС.

З усіх обстежених $33,8 \pm 4,7$ % спостерігаються у невропатолога, $28,7 \pm 4,5$ % лікуються у кардіолога, $16,5 \pm 3,7$ % — у гастроентеролога; інші $21,0 \pm 4,1$ % пацієнтів отримують терапію, призначену ендокринологом, урологом, офтальмологом, отоларингологом або хірургом.

Таким чином, отримані дані в цілому підтвердили світові тенденції щодо наявності та розповсюдженості психічних розладів серед пацієнтів первинної медичної допомоги.

Вищезазначене потребує взаємодії системи надання психіатричної допомоги з системою загальної медичної допомоги, зокрема, інтеграції окремих форм психіатричної допомоги у заклади первинної медичної мережі, перш за все — в територіальні поліклініки (сімейні амбулаторії).

УДК 616.379-008.64-053.2-08:362.13

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ САНАТОРНОЙ ШКОЛЫ-ИНТЕРНАТА ДЛЯ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

О. А. Демченко

*Харьковская школа-интернат для детей,
больных сахарным диабетом, г. Харьков*

Ключевые слова: сахарный диабет, дети, психотерапевтическая помощь

В юном возрасте сахарный диабет (СД) имеет преимущественно тяжелое лабильное течение. Наличие тяжелого хронического заболевания само по себе, частые госпитализации приводят к расстройству адаптации ребенка, повышению уровня тревожности, а иногда других невротических проявлений.

Учитывая определенные медико-экономические стандарты стационарного лечения, длительность которого чаще не превышает 2—3 недели, а векторность решения проблем обращена на восстановление метаболического равновесия и многие проблемы психологического плана остаются нерешенными.

Важная роль для адаптации ребенка и подростка, больного СД, принадлежит реабилитационному подходу с учетом возрастных особенностей формирующейся личности и изменений, как социальных факторов (изменение образа жизни), так и физиологических, вызванных наличием тяжелого соматического заболевания.

Нами разработана программа психологической и психотерапевтической помощи детям, больным СД.

Программа включает: психологическое консультирование; психологическую диагностику, направленную на изучение особенностей личности, внутренней картины здоровья, типа межличностных отношений, диагностику паттернов поведения, а также модуль психокоррекции,

предусматривающий индивидуальную, семейную терапию, когнитивно-поведенческую и арт-терапию.

Медико-коррекционные стратегии в отношении всей совокупности дезадаптирующих воздействий направлены на уменьшение или смягчение влияния психотравмирующих факторов, связанных с основным заболеванием, обеспечение и восстановление эмоционального равновесия, а так же коррекцию неадекватных форм поведения.

Индивидуальные программы психологической коррекции детей с СД позволяют достичь оптимизации контроля течения заболевания и обеспечить высокое качество жизни в системе «жизнь с диабетом».

УДК 616.379-008.64-053.2:159.992

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СКРИНИНГ В ИЗУЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКОГО И СОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ У ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА

О. А. Демченко

*Харьковская школа-интернат для детей,
больных сахарным диабетом, г. Харьков*

Ключевые слова: эмоциональное состояние, тревожность, компенсация СД, психотерапия

Для современной медицины сахарный диабет (СД) является одной из важнейших проблем вследствие его большой распространенности, как среди взрослого, так и среди детского населения. Дети до 18 лет составляют 6—10 % всех больных СД 1 типа. У пациентов, страдающих СД, часто встречаются психологические и психические расстройства, которые не только ухудшают социальную адаптацию больного, но и влияют на уровень компенсации данного заболевания.

Ведущая роль в формировании психосоматических и невротических расстройств принадлежит истощению и срыву компенсаторных механизмов организма под влиянием факторов риска, одним из которых является хроническое эмоциональное напряжение, проявляющееся повышением уровня реактивной и личностной тревожности. В формировании личностных особенностей ребенка в целом, в том числе и повышенной личностной тревожности как свойства личности, главную роль играет ближайшее семейное окружение, т. е. его родители.

Нами проведено исследование 100 детей в возрасте от 6 до 18 лет, больных СД 1 типа. Дизайн исследования включал изучение колебания уровня гликемии в течение суток, показателей гликозилированного гемоглобина, суточной глюкозурии. Психологическую диагностику с помощью теста Спилбергера — Ханина и теста К. К. Яхина и Д. М. Менделевича проводили как у детей, так и у их родителей.

Высокий уровень реактивной тревожности отмечен 24 % детей и 37 % их матерей, а личностной тревожности — у 58 % детей и 47 % матерей. Аналогичные результаты получены по шкале тревоги теста К. К. Яхина и Д. М. Менделевича. По шкале невротической депрессии показатели, соответствующие болезни, определялись у 57,14 % больных и 59 % матерей. Болезненный характер расстройств по шкале «обсессивно-фобические нарушения» регистрировали у 31,43 % детей и 28 % матерей.

Установлено, что высокий уровень тревожности снижал порог чувствительности к стрессу и приводил к нарушениям поведения и адаптации в системе «жизнь с диабетом».

В зависимости от констелляции психологических факторов мы сформировали программу помощи детям и их родителям.

Установлено, что в результате психотерапевтического вмешательства у 70 % детей улучшилось эмоциональное состояние, качество самоконтроля СД, которое проявилось в снижении частоты гипо- и гипергликемии, кетоацидоза, а также резких колебаний уровня гликемии (более 5 ммоль/л в течение 2-х часов).

Таким образом, психотерапия является эффективным методом в достижении компенсации СД.