

болями, вираженою подразливістю, взувчатістю, агресивністю. На данному етапі больніе продовжали виконувати привичний для них об'єм роботи, однак із-за вираженої подразливісті їх поведіння носило скорее не невротический, а психопатический характер, больніе зловупотребляли спиртними напійками, четверо із них употребляли наркотические вещества. Уже на этой стадії нарастала егоцентризм, безразличіе к родним і близким, погоня за сиюминутними удовольствіями. Вираженого оскуденія умственной діяльності окружающие не замечали. Пациенти к врачу не обращались.

Стадія расцвету симптоматики у всіх больніе возникла для окружающих неожиданно. Пациенти переставали удерживатися в семье, на работе, совершали нелепые поступки, что заставляло родственников обращаться за медицинской помощью. У пациентов резко нарастала истощаемость нервных процессов, усиливались головные боли, появлялась заторможенность, «одурманенность», оглушенность. Они утрачивали способность поддерживать разговор, невпаад вставляли слова и реплики, были подозрительными, негативно относились к близким, подозревали их в недобржелательном отношении, что приводило к ошибочной диагностике шизофрении. И только при более детальном изучении психического статуса выявлялся мегаломанический характер высказываний пациентов, они заявляли, что имеют на счету тысячи долларов, в гараже сотни джипов, что совершенно не соответствовало действительности. В этой стадии прогрессирующе нарастало слабоумие, вплоть до грубых расстройств счёта, невозможности вычленить четвёртый лишній, провести элементарные сравнения. Больные не ориентировались в месте, времени, не могли принять новые решения, действовать соответственно изменившейся обстановке, были неряшливы, вскоре у них нарушались элементарные гигиенические навыки. Пациенты выглядели вялыми, оглушенными. Данная стадія протекла менее года и сменялась терминальной.

Терминальная стадія проявлялась грубым слабоумием, физическим и психическим распадом личности. Пациенты переставали узнавать окружающих, отличать съедобное от несъедобного.

Следует отметить, что в 14 из 21 случая у пациентов не отмечалось неврологической симптоматики, типичной для прогрессивного паралича.

УДК 61689-008.441.42-06

ДЕБЮТ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ В РАМКАХ ЭНДОГЕННОГО ПРОЦЕССА

С. Е. Казакова

Луганский государственный медицинский университет

Ключевые слова: нервная анорексия, эндогенный процесс

Обследовано 172 девушки с нервной анорексией в возрасте от 15 до 25 лет, при этом у 55 человек (31,9 %) нервная анорексия маскировала дебют шизофрении и являлась лишь синдромом при эндогенном процессе. В преморбиде данные пациенты отличались неконформностью. Они были оторваны от реальной жизни, их мечты и фантазии заменяли действительность. Из-за выраженной инфантильности они нуждались в постоянной гиперопеке родителей. Девушки неоднократно пробовали самоутвердиться, однако их самоутверждение проявлялось странностью и неадекватностью, что делало их объектом насмешек сверстников. Мечта об идеальной фигуре также носила карикатурный характер. В течение 2—3 недель от замеченного родителями дебюта заболевания у пациенток расширялась фабула дисморфоманических расстройств. Больные начинали предъявлять множество жалоб соматовегетативного характера, усложнялась нетипичность их поведения, обращала на себя внимание огрубленная манерность, усиливалась отчужденность, не критичность, неконтактность. Девушки обращали на себя внимание молчаливостью, сосредоточенностью на своих переживаниях, отгороженностью от окружающего. Настроение больных отмечалось преимущественно тревожно-депрессивными

расстройствами. В этот период пациентки теряли больше 20 % веса, девушки практически прекращали есть самостоятельно, насильственное кормление родственниками вызывало рвоту. Наблюдались изменения со стороны внутренних органов, тошнота, головокружение, артериальная гипотензия, тахикардия, гипергидроз, боли в животе, метеоризм, рвота. Речь становилась заторможенной. Пациенты не всегда понимали обращенную к ним речь, отмечались ответы мимо. Нарастала хаотичность мышления, взгляд пациентов становился угрюмым, действия нецеленаправленными, периодически возникала спутанность сознания. Эндогенный процесс вначале носил эпизодический характер. Через 2—3 месяца после дебюта шизофрении наряду с позитивной симптоматикой отмечались отдельные негативные проявления. Дефект имел характер сензитивной аутизации, при этом в структуре дефекта, одновременно с типичными эндогенными проявлениями, отмечались черты соматического эгоизма. В дальнейшем ремиссии становились всё более краткими, течение приобретало характер непрерывного процесса, расширялась позитивная симптоматика, углублялась и негативная, при этом возникала так называемая негативная аффективность — апатия, ангедония, психическая анестезия. К этому времени явления анорексии отходили на второй план и скрывались под пластом грубых аффективных и бредовых расстройств, усиливалась неряшливость, карикатурность, брутальность, нередко анорексия сменялась булимией.

УДК 616.89-008

РІВЕНЬ ОСОБИСТІСНОЇ І РЕАКТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ

Н. С. Карвацька

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: хворі на соматоформні розлади, тривожність

Дія психосоціальних стресів, що провокують внутрішні конфлікти і викликають адаптивну реакцію, може виявлятися приховано, під маскою соматичних розладів, симптоматика яких схожа з симптоматикою органічних захворювань, що ускладнює їх діагностику і лікування.

Мета роботи — дослідити фактори ризику та антиризико виникнення терапевтичної резистентності у хворих із соматоформними психічними розладами.

Обстежено 45 пацієнтів із соматоформними розладами, віком від 29 до 52 р. Проведено клініко-психопатологічне обстеження, що дозволяє визначити рівень тривожності (реактивної і особистісної) за допомогою методики Спілбергера.

Дослідження рівня тривожності у хворих досліджуваної групи показало достовірне підвищення рівня реактивної і особистісної тривожності порівняно з контрольною групою. У більшості хворих високий рівень тривоги відповідав стану ситуаційної дезадаптації і мав зворотній характер. При порівнянні високої і середньої особистісної тривожності з рівнем вегетативного реагування виявлені зв'язок, а саме — при високій особистісній тривожності виразність вегетативних порушень була більше, ніж при середній особистісній тривожності.

Проведені дослідження дозволили зробити висновок, що виявлені розлади зумовлені високим рівнем реактивної і особистісної тривожності, що потребує психотерапевтичного впливу і психофармакологічної корекції.

УДК 616.89-085

ТЕРАПЕВТИЧНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ХВОРИХ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ, ПОВ'ЯЗАНИМИ ЗІ СТРЕСОМ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ

Н. С. Карвацька

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: терапевтична резистентність, хворі з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами

Однією з центральних проблем сучасної психіатрії залишається проблема терапевтичної резистентності пацієнтів із невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними

психічними розладами. Структура зміни захворюваності свідчить, що в Україні в останні роки відзначається значний ріст психогенних за походженням, соматизованих, психосоматичних захворювань із хронічним перебігом, пограничних станів. Їх розвитку і поширенню сприяють зростаюча соціально-політична, економічна та ідеологічна нестабільність суспільства, втрата населенням старих орієнтирів і відсутність нових, збільшення кількості техногенних і природних катастроф. Велика поширеність невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних психічних розладів робить особливо актуальним пошук форм їх адекватної діагностики, лікування і профілактики.

Мета роботи: дослідити фактори ризику та антиризиків виникнення терапевтичної резистентності у хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними психічними розладами, алгоритм ранньої діагностики, лікування та заходи з профілактики невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних психічних розладів, ефективність застосування психофармакотерапії.

Шляхом системно-структурного аналізу проведено комплексне обстеження хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними психічними розладами, які зверталися за допомогою в Чернівецьку обласну психіатричну лікарню.

Вивчення статевої і особистісної особливостей хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними психічними розладами, при яких спостерігається терапевтична резистентність, показало переважання в синдромальній структурі захворюваності депресивного, астено-депресивного і тривожно-депресивного синдромів, статевої відмінностей з переважанням в структурі захворюваності жінок та наявності акцентуацій рис характеру особистості за тривожним, емотивним і дистимним типом. У хворих з терапевтичною резистентністю переважали середні значення показників за шкалами соматизації, депресії, тривоги і міжособистісної сенситивності ($p < 0,001$), що відображає наявність у хворих необґрунтованих соматичних перцепцій і уявлень, які розвиваються за механізмами конверсії і соматизації депресивних проявів, а також загострення усвідомлення власного «я», негативні очікування відносно міжособистісних комунікацій з іншими людьми, почуття особистісної неадекватності і «меншовартості».

Урахування преморбідних особливостей особистості, а також статевої факторів, клінічних проявів психічних порушень у хворих є важливою складовою в лікуванні та профілактиці невротичних, пов'язаних зі стресом, та соматоформних психічних розладів. Важлива роль надається удосконаленню психокоригуючої терапії, що покращує якість життя пацієнтів.

Проведені дослідження свідчать про актуальність проблеми та необхідність подальшого поглибленого вивчення терапевтичної резистентності хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними психічними розладами, достовірної діагностики та розробки методів етапної психотерапії та психокорекції.

УДК 616.89-008+616.89-008-454]-07-08

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ, ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ЗІ ЗМІШАНИМ ТРИВОЖНИМ І ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ

Н. С. Карвацька

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: хворі зі змішаним тривожним і депресивним розладом

На сьогодні залишається актуальним питання вивчення особливостей клініки, діагностики, лікування хворих зі змішаним тривожним і депресивним розладом, що негативно впливає на стан здоров'я та якість життя людини.

Мета роботи: дослідити фактори ризику виникнення терапевтичної резистентності у хворих зі змішаним тривожним і депресивним розладом.

Проведено клініко-психопатологічний аналіз 26 хворих зі змішаним тривожним і депресивним розладом віком від 29 до 52 р. із дослідженням рівня тривожності (реактивної і особистісної) за методикою Спілбергера і визначенням рівня депресії за шкалою Гамільтона.

Вивчення клініко-психопатологічного стану показало, що у 100 % обстежених реєструвалися депресія і у 97,8 % — тривога. Зазначені симптоми виражені на тлі дратівливості (86,1 %), плаксивості (75,5 %), в'ялості (59,6 %), емоційної лабільності (62,8 %). Вищеперелічені особливості реєструвалися в поєднанні з систематичними конфліктними стосунками. Характерна наявність недиференційованої незадоволеності в усіх мікросоціальних сферах (сім'ї, роботі, побуті), можливо, що є наслідком генералізації внутрішньоособистісного конфлікту, що виникнув внаслідок психогенії і зумовив порушення міжособистісних стосунків з негативною оцінкою мікросоціума, що негативно впливає на результати лікування.

Застосування психофармакотерапії з використанням транквілізаторів, антидепресантів, анксиолітиків і загальнозміцнюючої терапії не дає тривалого терапевтичного ефекту без застосування психокоригуючої терапії.

УДК 616.85-08:615.214.22

ПАТОМОРФОЗ НЕВРОТИЧНИХ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

І. В. Коваленко, О. В. Мазур, М. В. Коваленко

Вінницький Національний медичний університет

ім. М. І. Пирогова, Вінницька обласна психоневрологічна лікарня

ім. акад. О. І. Ющенка

Ключові слова: патоморфоз, невротичні розлади, психосоматичні розлади

Актуальність питання патоморфозу невротичних та психосоматичних розладів обумовлена швидкими змінами, що спостерігаються в різних сферах життя людини. З розвитком цивілізації змінюються клінічні прояви, перебіг і розповсюдженість невротичних і психосоматичних розладів. Саме тому сучасне поняття «патоморфоз» включає в себе все більше видів, що намагаються пояснити багатовекторний вплив сучасного життя на психічне здоров'я людини в межах біопсихосоціального підходу.

На нашу думку, в клініці невротичних та психосоматичних розладів найбільш значимими є зміни структури психічних розладів, зміни клінічної картини «класичних» захворювань, а також поява нових форм психічних розладів.

Клінічний досвід роботи Вінницького обласного науково-практичного Центру психосоматичної медицини, що використовує мультидисциплінарний підхід до діагностики та терапії психічних розладів, впровадження моделі інтеграції психіатричної, психотерапевтичної допомоги в загальносоматичну мережу, дозволив нам виокремити деякі риси патоморфозу невротичних та психосоматичних розладів. Ми відмітили збільшення невротичних і психосоматичних розладів, обумовлене психогеніями, соматичними розладами, екзогенними чинниками (зокрема соціальними причинами) в структурі психічних розладів.

Серед так званих «пограничних розладів» більше стало психосоматичних порушень, майже зникла справжня істерія. Виникли порівняно нові, соціально обумовлені розлади: соціальний стресовий розлад, генералізований тривожний розлад, посттравматичний стресовий розлад, хвороба потерпілих від військового стресу, «синдром сирітства» у дітей батьків-заробітчан.

Особливостями сучасного способу функціонування людини можуть бути пояснені почастищення таких сучасних феноменів: головні болі та запаморочення функціонального характеру (інтелектуалізацією праці), заїкання (важливістю комунікативних можливостей), вегетативні розлади, які можуть бути виражені перманентною (ВСД, НЦД, соматоформна вегетативна дисфункція) або пароксизмальною формою (вегетативні кризи, панічні атаки) (збільшенням стресового