

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

навантаження, яке призводить до розбалансованості функціонування вегетативної нервової системи).

Важливим сучасним проявом психосоматики є метаболічний синдром X, який призводить до виникнення основних «хвороб цивілізації» — ожиріння, гіпертонічної хвороби, атеросклерозу, цукрового діабету.

УДК: 616.895.4-08

### СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

А. М. Кожина, Л. М. Гайчук

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: депрессивные расстройства, подходы к терапии, велаксин

По данным ВОЗ 6 % населения земного шара страдают депрессиями, при этом риск развития большого депрессивного эпизода составляет 15—20 % среднегодовой прирост составляет 122,8 млн новых случаев. ВОЗ сравнивает депрессию с эпидемией, охватившей все человечество: депрессивные расстройства выходят на первое место среди причин потери трудоспособности дееспособной частью населения экономически развитых стран.

Цель исследования: изучение особенностей клинической картины и разработка патогенетически обоснованной системы коррекции депрессивных расстройств.

Для решения поставленной цели нами проведено комплексное обследование 65 больных с депрессивными расстройствами в возрасте 17—35 лет, обою пола, со средней длительностью заболевания 2,9 года.

Согласно полученным данным, в клинической картине депрессивных расстройств у обследованных больных наиболее часто наблюдаются подавленность настроения и аффект тоски, астенические симптомы, а также различные тревожные проявления. У подавляющего большинства больных были выявлены различные нарушения цикла сон — бодрствование. Особенностью депрессивных расстройств явилась их массивная соматизация, характеризующаяся полиморфными вегетовисцеральными расстройствами.

На основе данных анамнеза, клинико-психопатологического исследования и показателей по шкалам Гамильтона, Монтгомери — Асберга и Больничной шкале тревоги и депрессии выделены следующие варианты психопатологической симптоматики: тревожный в 44,3 % случаев, неврастенический — в 38,9 % и тревожно-тоскливый — в 16,8 % случаев.

Поскольку депрессивные расстройства ассоциированы в рамках моноаминовой теории депрессии, согласно которой торможение метаболического оборота серотонина и норадреналина в некоторых отделах мозга, в частности в стволовых структурах и префронтальной коре, является одним из нейробиологических механизмов формирования тревоги и депрессии, оптимальными для терапии депрессивных расстройств являются ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, что обусловило применение в нашей работе препарата Велаксин.

В ходе проводимой фармакологической монотерапии применялся Велаксин® пролонгированного действия в дозе 75 мг 1—2 раза в сутки на протяжении от 1 до 6 месяцев. Начальный антидепрессивный эффект препарата достигался на 4—7 день регулярного приема, положительная динамика состояния с достоверной редукцией основных симптомов выявлялась к началу 2-й недели, и вполне отчетливо — в начале 3-й недели терапии.

В целом Велаксин® оказался эффективен у 87,9 % больных, у 68,1 % больных отмечалось полное, а у 23,8 % частичное купирование депрессивной симптоматики. На фоне применения препарата нами отмечена редукция тревожно-депрессивной симптоматики, исчезновение чувства грусти, тоски, внутреннего напряжения, нормализация фона настроения. Характерным было улучшение когнитивных показателей больных, стабилизация вегетативного статуса. Происходило повышение психофизической активности,

увеличение уверенности в собственных силах, что позволяло возобновить привычный двигательный режим.

Проведенное исследование показало высокую эффективность применения препарата Велаксин® в терапии тревожно-депрессивных расстройств у лиц молодого возраста.

УДК 616.89-08-036.66

### РОЛЬ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В ОКАЗАНИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

А. М. Кожина, Л. М. Гайчук, Г. А. Самардакова

Харьковский национальный медицинский университет

Ключевые слова: психообразование, психосоциальная реабилитация

Борьба с дискриминацией и стигматизацией потребителей психиатрических услуг является приоритетом как Всемирной организации здравоохранения, так и Всемирной психиатрической ассоциации. ВОЗ предполагает проведение в странах Европы, цель которого — дестигматизировать психическое расстройство и психиатрическую помощь, добиться понимания обществом ежедневных бытовых, материальных и духовных потребностей потребителей психиатрической помощи и членов их семей.

Для отечественной психиатрической практики психообразовательная работа с психическими больными и их родственниками является совершенно новым видом лечения и реабилитации. Между тем, в зарубежной литературе психообразование представлено как один из важных подходов к обучению и психосоциальному лечению и считается едва ли не самой значимой частью всех реабилитационных мероприятий.

Психообразование — осуществляемый поэтапно процесс обучения потребителей психиатрической помощи и членов их семей в области психических заболеваний и оказания психиатрической помощи, что обеспечивает их необходимыми знаниями и оказывает влияние на установки и поведение в отношении собственного здоровья.

Психообразовательная работа с душевнобольными и их родственниками является неотъемлемым компонентом современной комплексной психиатрической помощи, одной из наиболее часто используемых методик психосоциального вмешательства.

Психообразовательные программы ставят перед собой следующие основные задачи, которые тесно связаны между собой:

1. Собственно «образование» путём доступного для каждого пациента и его/её семьи предоставления информации о природе заболевания; важности медикаментозного лечения и связанных с ним вопросах (действенности, побочных эффектах, приверженности); распознавании и действиях при ранних признаках релапса.

2. Выработка у больных и их родственников комплайенса (осознанного соблюдения предписанного режима лечения).

3. Обеспечение «психосоциальной поддержки», когда группа больных является постоянным источником поддержки и одновременно терапевтической средой, в которой пациенты могут в безопасных условиях вырабатывать адекватные навыки поведения, общения, совладения со сложными ситуациями.

4. Эмоциональная поддержка в ситуации, когда пациент узнает о своем заболевании.

5. Улучшение адаптации пациента и его семьи.

В ходе обучения, как пациенты, так и их родственники, учатся распознавать болезненные переживания в самом начале их возникновения, проводить грань между болезненными и здоровыми проявлениями психики, начинают соблюдать сроки посещения и обращаться за медицинской помощью при появлении первых признаков болезни.

Таким образом, психообразование не только увеличивает объем знаний, усиливает уверенность в борьбе с болезнью, но решает проблему социальной реинтеграции больного.