

Было обследовано 83 подростка с ТФР, которые находились на стационарном лечении в отделении психиатрии ГУ «ИОЗДП АМН Украины». В основу изучения ТФР был положен многоосевой принцип анализа невротической болезни: клинико-психопатологический как этап статистики, психосоциальный как причинный фактор, личностно-динамический как этап динамики заболевания и социального функционирования, вероятностный прогноз.

Дизайн исследования: клинико-психопатологический метод; тесты Люшера, Р. Кеттелла, тест оценки интегративного показателя качества жизни; вопросник оценки влияния травматического события.

Установлено, что у подростков с ТФР максимальную интенсивность имели симптомы: напряженность, беспокойство и опасения, связанные с предчувствиями грядущих неприятностей в сфере школьной жизни, истощаемость внимания, нарушение ритма «сна — бодрствования». Феноменология пароксизмальных состояний была представлена тревожным (58,8 %), фобическим (21,6 %) и аффективным (19,6 %) типами. Касаясь возрастной и гендерной характеристики фобий у подростков, следует констатировать максимальное нарастание социального страха у старших подростков, тогда как у младших подростков доминировали природные страхи. Психогении затрагивали все области функционирования личности подростка, включая сферу социального взаимодействия с доминированием проекции в витальном фокусе ($R = 0,71$). Психологические корреляты представлены высоким уровнем тревоги и стресса (88,2 %), средним уровнем депрессии (61,1 %). У всех подростков младшего возраста регистрировано сочетание тревоги с частичной дезорганизацией психической деятельности без ригидности, характеризующей аутохтонный вариант ТФР. Вектор тревоги у подростков старшего возраста имел преимущественную направленность на собственное «Я» с неспособностью модулировать негативные эмоции, что формировало преимущественно ригидный вариант ТФР.

Для выделения критериев прогноза течения ТФР у подростков был разработан прогностический алгоритм. В перечень анализируемых прогностических признаков были включены следующие блоки: клинико-психопатологический симптомокомплекс (клиническая матрица ТФР); характеристика невротического конфликта с определением зон действия психотравмирующих факторов; тип семейной социогаммы; блок коморбидной соматоневрологической патологии; психологические корреляты — (уровень стресса, тревоги, депрессии, тип акцентуации характера), ЭЭГ-паттерны дисфункции мозга. Выделены и систематизированы признаки, информативные в прогнозе развития благоприятных и неблагоприятных форм ТФР у подростков, что существенно для программ терапевтического вмешательства и прогноза социальной адаптации.

УДК 614.253:616.89

ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ ПРОЦЕСУ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПСИХІЧНОХВОРИХ

Н. Г. Пишук

*Вінницький національний медичний університет
ім. М. І. Пирогова*

Ключові слова: психічні розлади, психосоціальна реабілітація

Повсякденна клінічна практика свідчить про необхідність розвитку та удосконалення системи психосоціальної реабілітації хворих на психічні розлади. Остання є одним з важливих компонентів психіатричної допомоги, завдяки якій хвора особистість має змогу задовольнити власні потреби, отримати соціальну підтримку, підвищити рівень соціального функціонування. Враховуючи біопсихосоціальну модель розвитку психічних розладів, виникає нагальна потреба при дослідженні стану психологічної адаптації пацієнтів враховувати не лише їх базисні потреби, але й їх життєві події, особливості копінг-процесу, тип сім'ї, її соціально-психологічні особливості.

Задоволення всіх потреб пацієнтів, які страждають на психічні розлади, стало можливим завдяки багатогранним психосоціальним впливам, які можуть змінюватись в залежності від особистісних установок пацієнтів, культурного та соціально-економічного стану соціуму, в якому перебуває пацієнт. Як необхідну умову надання психосоціальної допомоги все частіше використовують холистичний підхід, який має на меті проведення комплексних заходів на різних рівнях впливу — індивідуальному, сімейному, інституційному, фінансовому. Тобто, не лише пацієнт є споживачем психосоціального втручання, але й широке коло немедичних факторів. Таким чином, в процесі психосоціальної реабілітації беруть участь внутрішні (особистісні) та зовнішні (соціально-середовищні) чинники, а процес психосоціальної реабілітації, загалом, вміщує соціальні, психологічні та економічні аспекти. Кінцевою метою такого процесу є підвищення якості життя хворого, покращання соціального функціонування хворих та їх сімей, економічна захищеність.

Яким чином можна оцінити та підвищити ресурсну базу пацієнта, який задіяний у реабілітаційному процесі? Алгоритм є таким: зменшення вираженості симптомів хвороби завдяки використанню найновіших розробок психофармації; підвищення соціальної компетентності хворих та їх соціальної захищеності; динамічне медико-психологічне консультування пацієнта та членів його родини з метою підвищення самооцінки, урегулювання поведінкових патернів, виокремлення психологічного особистісного комунікативного ресурсу, спрямованого на реадaptaцію хворого у суспільстві та посилення мотиваційно-діяльничого компонента його соціальної взаємодії з метою адаптації до економічних умов; дестигматизація.

Стає зрозумілим, що такий процес може бути врегульованим лише завдяки формуванню комплексного бригадного підходу у наданні психіатричної допомоги. В зв'язку з цим стає актуальним питання підготовки лікарів-психологів у вищих медичних закладах освіти на додипломному етапі та удосконалення тематичних знань з медичної психології на післядипломному етапі; питання ефективної взаємодії лікаря-психолога та лікаря-психіатра як в стаціонарі, так і на етапі амбулаторної допомоги; психологічне консультування сімей, в яких проживає психічнохворий та за необхідності надання її членам психотерапевтичної допомоги; розвиток служб соціальної підтримки психічнохворих.

УДК 616.895.4 616-071 616.89 615.851 615

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ СУДИННОГО ГЕНЕЗУ

Н. Г. Пишук, О. В. Мазур

*Вінницький Національний медичний університет
ім. М. І. Пирогова; Вінницька обласна психоневрологічна лікарня
ім. акад. О. І. Юценка*

Ключові слова: депресивні розлади судинного генезу, психотерапевтична корекція

За останні роки цереброваскулярна патологія виходить на перше місце в структурі неврологічних захворювань і призводить до значних негативних біопсихосоціальних наслідків. Фізичне і психологічне неблагополуччя пацієнта, який страждає на цереброваскулярну хворобу, надзвичайно негативно відбивається на якості життя. Психологічне неблагополуччя значною мірою залежить від супутньої цереброваскулярному захворюванню депресії.

Нами було проведено дослідження 50 хворих на судинні депресії, які перебували на стаціонарному лікуванні в Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. акад. О. І. Юценка протягом 2008—2009 років. З урахуванням домінуючого компонента в клінічній картині судинних депресій у пацієнтів було виділено чотири синдромальні варіанти, які спостерігались з різною частотою: тривожний — 42 %, астеничний — 36 %, дисфоричний — 12 %, апато-адинамічний — 10 %.

Виявлені синдромальні варіанти судинної депресії характеризують її сучасний патоморфоз та визначають напрямки патогенетичного лікування, що наряду з психофармакологічними втручаннями повинно включати психо-

терапевтичну корекцію, що обумовлено як особливостями депресивної організації особистості, комунікативними порушеннями, так і структурою судинної депресії та особистісно-психологічними чинниками осіб літнього віку.

Для проведення психотерапевтичної роботи з пацієнтами була розроблена спеціальна комплексна програма психотерапевтичної корекції з урахуванням особливостей клініко-психопатологічних проявів та типології судинних депресій, психологічних чинників, порушень комунікативних функцій, показників якості життя.

Комплексна психотерапевтична корекція, що була проведена 25 пацієнтам, дозволила підвищити ефективність лікування депресивного розладу судинного генезу (8 балів в основній групі та 17 балів в групі порівняння за шкалою депресії Гамільтона), поліпшити комунікативну установку пацієнтів (30 балів в основній групі і 44 бали в групі порівняння за методикою діагностики комунікативної установки В. В. Бойко), поліпшити якість життя пацієнтів (найбільш значимо в порівнянні за шкалами соціальне функціонування, емоційне функціонування, психологічне здоров'я опитувальника якості життя SF-36).

УДК: 616.89-085.214.22

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ РЕКСЕТИНОМ

Р. И. Рудницкий, В. В. Калуцкий, С. М. Хмелькова

Буковинский государственный медицинский университет, Областная психиатрическая больница, г. Черновцы

Ключевые слова: депрессия, тревога, лечение, рексетин, эффективность

Необходимо современное лечение депрессивных и тревожных расстройств, которыми страдает каждый 10-й пациент из обратившихся к врачу терапевтического профиля, т. е. хотя бы 1—2 больных с тревогой и 1—2 больных с депрессией, а в соматических стационарах удельный вес этих пациентов еще выше. Коморбидность с психосоматическими заболеваниями (язвенная болезнь, артериальная гипертензия, ревматоидный полиартрит и др.) составляют 1/3 причины временной нетрудоспособности. 80—90 % больных направляются на ненужные обследования, получают неэффективное лечение, часто попадают в категорию «диагностически неясных», «конфликтных», «малокурабельных больных». Им ставят «обтекаемые» диагнозы: вегетососудистая дистония, нейроциркуляторная дистония, астено-невротический синдром и др., что является источником к срабатыванию механизма «ничейных» пациентов. Это часто измученные, разочарованные во врачах и медицине в целом молодые люди в возрасте 20—30 лет, среди которых женщин в 2—3 раза больше, чем мужчин, больные нередко со вторичной депрессией, зависимостью от бензодиазепинов, алкоголя и барбитуратов.

По современным международным стандартам, к числу препаратов первого выбора при лечении тревожных и депрессивных расстройств относятся препараты нового III поколения антидепрессантов: флуоксетин, флувоксамин, сертралин, пароксетин. Наилучший эффект нами был получен от применения рексетина компании «Гедеон Рихтер». На протяжении трехлетнего исследования и применения рексетина в амбулаторной практике в группу наблюдения и лечения входило 24 человека. Из них: 16 женщин и 8 мужчин возрастом 22—36 лет — 18 чел., 45—55 лет — 4 чел., после 60 лет — 2 чел. По роду занятий: 7 человек — частные предприниматели, 3 — жители сельской местности, 7 — из сферы услуг, 2 — технические профессии, 3 — преподаватели, 2 — пенсионеры. По структуре проявлений тревожных расстройств пациенты распределились таким образом: 5 — с паническими расстройствами, 8 — с социальными тревожными расстройствами, 6 — с обсессивно-компульсивными расстройствами, 2 — с посттравматическим стрессом, 3 — с генерализованным тревожным расстройством.

Лечение начинали с 10 мг/сутки рексетина в утренний прием на протяжении недели, в комбинации с гидазепамом или эглонилом, а на 7—10 день переходили на монотерапию рексетином, повышая дозу до 20 мг. При отсутствии эффекта

на протяжении 4—6 недель увеличивали дозу до 40—60 мг. Эффект от 20 мг на 4—6 неделе наступал у пациентов с генерализованным тревожным расстройством и социальными фобиями в половине случаев, а у второй половины доза составляла 40 мг. Оптимальная лечебная доза с паническими расстройствами была 40 мг и результат проявлялся на 8—10-й неделе. Труднее всего поддавались лечению обсессивно-компульсивные расстройства, т. к. пациенты были со «стажем» болезни от 4—10 до 20 лет. Здесь дозу приходилось увеличивать до 40—60 мг и значительное улучшение наступало на 12—14 неделе. Результат лечения: 11 больных после поддерживающей терапии в течение 1 года вернулись к полноценной жизни и работе, 10 пациентов продолжают прием рексетина в дозе 20 мг на протяжении от 6 мес. до 1 года, 3 пациента находятся на поддерживающем лечении от 2 до 3 лет в дозе 20 мг. Побочный эффект наблюдался у одной 60-летней пациентки, который проявился тошнотой, нарушением сна, сердечного ритма и она отказалась от приема рексетина.

Препаратом выбора в амбулаторной практике является рексетин, обладающий высокой клинической эффективностью при хорошей переносимости, не приводящий к изменению социальной активности и профессиональным ограничениям, не вызывающий зависимости и доступный каждому пациенту.

УДК 616.89-053.7-084-08

АСПЕКТЫ НАДАНИЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ОСОБАМ ДОПРИЗОВОГО І ПРИЗОВОГО ВІКУ

С. М. Русіна, С. О. Деревенко

Буковинський державний медичний університет, Чернівецька обласна психіатрична лікарня

Ключові слова: психічні розлади, підлітки, організація допомоги

Виконуючи наказ Міністра оборони України № 402 щодо призову юнаків на строкову службу, військкомати області щорічно направляють на обстеження у Чернівецьку обласну психіатричну лікарню (ЧОПЛ) до 2 тисяч осіб допризовного і призовного віку з різноманітною психічною і неврологічною патологією. Раніше такі особи направлялися у підліткове відділення ЧОПЛ. Це призводило до нераціонального використання ліжка, до необґрунтованих витрат бюджетних коштів, перевантаження відділення.

З метою раціонального й оперативного дослідження, зменшення кількості госпіталізацій, не знижуючи якості обстеження, наказом Управління охорони здоров'я державної адміністрації Чернівецької області у 1996 році було створено спеціалізовану лікувально-консультативну комісію (ЛКК) при диспансерному відділенні лікарні.

Нами проаналізовані медичні висновки ЛКК за 5 років (2005—2009 рр.). За цей період ЛКК оглянуто 7680 осіб з психічними і неврологічними розладами. Серед них 4374 особи страждали на психічні розлади (психотичні і непсихотичні), що складає 57 % від загальної кількості обстежених. Діагностика психічних розладів базувалась на критеріях МКХ-10. Обстежено амбулаторно з оформленням актів — 1885 осіб. Прийнято рішення направити на стаціонарне обстеження у 53 % випадків.

Аналізуючи медичні документи, встановлено, що серед осіб, оглянутих ЛКК впродовж п'яти років, найчастіше спостерігається розумова відсталість — у 1269 (16,5 %) випадків. Щорічно діагностується біля 200 випадків. На другій позиції знаходяться невротичні розлади — 881 (11,5 %) особа. Серед невротичних розладів досить часто спостерігаються соматоформні розлади, логоневроз, обсессивно-компульсивні розлади, посттравматичний стресовий розлад та розлади адаптації. Наслідки органічного ураження головного мозку з психічними розладами діагностовано у 1084 (14,1 %) обстежених. Судомний синдром виявлено у 371 (4,84 %) юнаків. Особи, що страждають на психотичні розлади, складають лише 21 (0,27 %) випадки.

Загальна кількість випадків розумової відсталості у осіб допризовного і призовного віку відображає зростаюче поширення цієї патології в Україні і, зокрема, у Чернівецькій