

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

АСПЕКТИ НАДАННЯ 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

області, що складає 3 % населення краю і корелює зі світовими показниками серед чоловічого населення за даними ВООЗ. Показник неспихотичних психічних розладів органічно зумовлених серед досліджуваних юнаків відображає тенденцію зростання неспихотичних психічних розладів у загальній популяції.

Таким чином, створення спеціалізованої ЛКК по обстеженню юнаків допризовного і призовного віку покращило надання психіатричної допомоги, сприяло зменшенню завданженості лікарняного ліжка у відділенні, зменшенню витрат бюджетних коштів. Наведені нами дані свідчать про високу питому вагу психічних розладів різного ґенезу у найбільш уразливому біологічному віці, коли організм схильний до нейрогуморальної, нейроендокринної і психологічної перебудови і, саме в цей період є найбільший ризик декомпенсації резидуально-органічної патології. У цих вікових групах емоційна депривація і фрустрація основних потреб призводить до формування різних за глибиною і за структурою психічних станів.

Отже, отримані дані свідчать про необхідність удосконалення системи психопрофілактики впродовж дитячого, підліткового і юнацького віку та організації психореабілітаційних заходів, що значно покращить психічне здоров'я підростаючого покоління українців.

УДК 616.895.8

ДО ПИТАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

С. М. Русіна, С. О. Деревенко, Р. А. Русіна
Буковинський державний медичний університет;
Чернівецька обласна психіатрична лікарня

Ключові слова: шизофренія, денний стаціонар, якість життя

На виконання п. 2. Постанови Кабінету Міністрів України від 12.05.07 р. № 716 «Про затвердження державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 р.» на базі денного стаціонару Чернівецької обласної психіатричної лікарні створений та функціонує Центр реабілітації та соціальної адаптації психічнохворих осіб з розумовою відсталістю.

Досліджувані хворі на шизофренію (50 осіб) склали 60 % контингенту пацієнтів денного стаціонару. Розподіл за нозологічною формою шизофренії, з урахуванням МКХ-10: параноїдна форма — 43 особи (10 жінок і 37 чоловіків); проста форма — 1 особа чоловічої статі; гебефренічна форма — 2 особи чоловічої статі. Серед хворих чоловіків було 80 %, жінок — 20 %. За віком хворі розподілились таким чином: I група (20—30 років) — 24 %; II група (31—40 років) — 46 %; III група (41—50 років) — 20 %; IV група — (51—60 років) — 10 %. За сімейним станом: одружених було 10 %, неодружених, які проживають з батьками — 78 % і самотніх — 12 % осіб. Серед досліджуваних пацієнтів непрацюючі інваліди II групи склали 54 %; інваліди III групи — 26 %, серед яких 2 особи працюють; 3 чоловіки працюють епізодично і 8 осіб не працюють. Без групи інвалідності у денному стаціонарі лікувалися 10 осіб, серед яких працюючих було 2 особи, 5 — працювали епізодично та 3 особи не працювали впродовж тривалого часу.

У денний стаціонар хворі надходили після виписки з психіатричних відділень ЧОПЛ у кількості 66 % осіб (2 жін. і 31 чол.) з рекомендаціями продовження лікування. Через амбулаторну ланку надійшли 34 % осіб (8 жін. і 9 чол.) у співвідношенні між виписаними і направленими через диспансер як 1,9:1. Лікування даних хворих проводилося відповідно до протоколів надання психіатричної допомоги у повному обсязі у 18 чоловік та 32 особи перебували на підтримуючому лікуванні після виписки із застосуванням пролонгованих нейрореплетиків.

З пацієнтами денного стаціонару проводив роботу медичний психолог. Залучалися до психотерапевтичної корекції постійно 22 % осіб (6 жін. і 5 чол.); нетривало, епізодично відвідували психолога 16 % осіб (3 жін. і 5 чол.) та відмовлялися від психологічної допомоги 62 % осіб (1 жін. і 30 чол.).

До трудової реабілітації добровільно залучалися 42 % (8 жін. і 13 чол.); примусово включалися у трудові процеси 52 % пацієнтів (2 жін. і 24 чол.) і категорично відмовлялися від праці 3 чоловіки з простою та гебефренічною формою шизофренії.

Нами оцінювалася тривалість перебування хворих в денному стаціонарі, яка склала: 2 місяці — 60 % (1 жін. і 29 чол.); 1 місяць — 16 % (7 жін. і 1 чол.); 14 днів — 14 % (1 жін. і 6 чол.) та 10 днів — 10 % (1 жін. і 4 чол.).

Отже, якість життя хворих на шизофренію до лікування оцінювалася як хороша у 0 %, після лікування — у 18 % осіб; задовільна — до лікування у 22 %, а після лікування — у 70 % осіб; незадовільна якість життя до лікування спостерігалася у 78 %, після лікування — у 12 % осіб.

Таким чином, якість життя хворих на шизофренію покращилася як хороша в 9 раз, задовільна — в 3,1 рази, а незадовільна зменшилася в 6,5 разів завдяки постійному спостереженню та лікуванню, що покращило комунікативні навички та ресоціалізацію пацієнтів.

УДК 616.895.8-08-039.76

РАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Т. Л. Ряполова

*Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, г. Донецк*

Ключевые слова: манифестный приступ шизофрении, психосоциальная реабилитация

Развитие форм помощи, основанных на психосоциальных вмешательствах, входит в число приоритетов Европейской декларации и Европейского Плана действий по охране психического здоровья. В докладе ВОЗ «О состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» (2001) указывалось, что психосоциальная реабилитация становится не просто методом, а всеобъемлющим процессом.

Разработанная нами интегративная модель психосоциальной реабилитации больных с манифестным эпизодом шизофрении предусматривала создание в отделениях медико-социальной реабилитации терапевтической среды, организацию бригадного (полипрофессионального) обслуживания пациентов, использование интегративного подхода к использованию индивидуальных и групповых методов, включая психообразование, тренинг социальных навыков и навыков совладания, когнитивную терапию, комплайнс терапию, терапию занятостью, превенцию и коррекцию стигматизации и аутостигматизации, семейную терапию. Основным критерием отбора реабилитационных методов являлись объективно зафиксированные в виде функционального реабилитационного диагноза индивидуальные уровни функционального дефицита, реабилитационных ресурсов и семейной поддержки пациента. При этом направленность раннего реабилитационного вмешательства предполагала не столько восстановление, сколько сохранение и развитие функциональных психосоциальных возможностей больных.

УДК 616.89

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОЙДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРВЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ ЭПИЗОДАМИ

А. А. Савин, Л. Н. Гуменюк

*КРУ «Психиатрическая больница № 5»;
ГУ «Крымский государственный медицинский университет
имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь»*

Ключевые слова: адаптация, шизофрения, первый эпизод

Цель исследования: изучить особенности адаптационно-компенсаторных механизмов у больных параноидной шизофренией с первыми психотическими эпизодами.

Обследовано 45 человек, страдающих параноидной шизофренией, в возрасте от 18 до 50 лет, находившихся на