

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