

Водночас у рамках проекту «Міжнародне співробітництво щодо стандартів у сфері заходів підтримки прийняття рішень пацієнтами (IPDAS)» ведеться збір та аналіз даних щодо полегшення процедури вибору методу терапії для хворого, у тому числі з депресивними розладами.

У зв'язку з великою розповсюдженістю депресивних розладів, доцільно оцінити якість допомоги при них з позицій задоволеності споживачів, та стандартизувати принципи лікування депресивних розладів за процедурою Міжнародної організації стандартизації (International Organization for Standardization — ISO).

Депресивні розлади є одними з найбільш поширених розладів як здоров'я взагалі, так і, зокрема, серед психічних розладів. Водночас вони є одними із найбільш курабельних у своїй масі. Ці дві обставини дозволяють обрати саме депресивні розлади як модель для розробки стандартів та нормативів лікування в психіатрії.

УДК 616.895-079.4-08-084-037

КЛІНІЧНІ ПРЕДИКТОРИ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ І ТИПУ

О. І. Серікова

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»

Ключові слова: предиктори, перебіг, біполярний розлад

У проблемі біполярного афективного розладу I типу існує низка нерозв'язаних питань, зокрема: немає загально-визнаної типології варіантів перебігу захворювання, не вирішена проблема персистуючих та резидуальних симптомів у структурі ремісії.

Дослідження було проведено на підставі вивчення 430 історій хвороб 293 пацієнтів з діагнозами маніакально-депресивного психозу 296.0, 296.1 за МКХ-9, біполярного афективного розладу (F 31 за МКХ-10) та циклотимії (296.81 за МКХ-9 та F 34.0 за МКХ-10), що перебували на лікуванні в 1 п/о ДУ «ІНПН АМН України» за період з 1983 по 2010 рік. В дослідження не були включені ті історії хвороби, в яких не вистачало необхідних даних про перебіг захворювання, або якщо строк спостереження за хворими був менший за 5 років. Остаточно до дослідження увійшли 137 пацієнтів (78 жінок та 59 чоловіків — співвідношення 1,32 : 1). Вік маніфестації захворювання був $(25,5 \pm 1,5)$ років, а тривалість хвороби — $(15,9 \pm 2,1)$ років. В середньому ці хворі перенесли по $(5,50 \pm 0,84)$ афективні фази. Депресивні епізоди, порівняно з маніакальними, в середньому мали більшу тривалість $(7,38 \pm 0,92$ та $5,07 \pm 0,44$ місяців відповідно, $p < 0,05$), та коротшу ремісію після себе $(3,30 \pm 0,81$ та $11,28 \pm 1,09$ місяців відповідно, $p < 0,05$). У хворих з сприятливим перебігом на його віддалених етапах структура депресивних фаз трансформується від меланхолійної до змішаної, а кількість і структура маніакальних фаз майже не змінюється. Клінічними предикторами несприятливого перебігу біполярного афективного розладу є виникнення атипичних та змішаних фаз та порушення регулярності сезонного ритму, а на віддалених етапах збільшується питома вага маніакальних та змішаних фаз, структура фаз спрощується.

УДК 616.89-036.12

ПОГЛЯДИ НА СОЦІАЛЬНЕ СТАНОВИЩЕ ДУШЕВНОХВОРИХ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

О. С. Серікова

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Ключові слова: соціальний стан, душевнохворі, ставлення, студент-медик

Стереотипи сприйняття «безумності» виробляються в дитинстві і поступово закріплюються, у процесі звичайних соціальних взаємодій. Засоби масової інформації відіграють головну роль у створенні стереотипів, оскільки люди невідомо інформуються уже протягом десятиліть.

Метою роботи стало вивчення чинників, які формують ставлення у студентів-медиків, які пройшли курс психіатрії, до проблеми взаємовідносин з душевнохворими людьми.

Для досягнення поставленої мети були визначені такі задачі дослідження: 1) з'ясування ставлення до душевнохворих людей студентів-медиків; 2) виявлення наявності стигматизації психічнохворих серед студентів.

Проведено за спеціальною анонімною анкету-опитувальником (для дослідження громадської думки стосовно проблеми душевнохворих людей) вивчення ставлення 70 студентів медичного факультету Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна до різноманітних аспектів проблеми взаємовідносин з душевнохворими людьми. Серед них було 55 жінок і 15 чоловіків. Середній вік опитуваних складав $(22,0 \pm 2)$ роки. Встановлено, що серед студентів-медиків є достатньо обґрунтоване, але не завжди доброзичливе ставлення до колишніх і нинішніх пацієнтів психіатричних закладів. Переважна більшість студентів вважають недостатнім освітлення в газетах, теле- і радіопередачах стану психічного здоров'я населення.

УДК 616.895.8-008.9-08

КОРЕКЦІЯ ПРОЯВІВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

В. М. Сінайко¹, О. В. Земляніцина²

¹ Харківський національний медичний університет МОЗ України, м. Харків; ² ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського АМН України», м. Харків

Ключові слова: шизофренія, метаболічний синдром, лікування

Уявлення про якість надання медичної допомоги хворим на шизофренію традиційно асоціюється із тривалістю та якістю ремісій, можливістю відновлення соціальних зв'язків та рівня працездатності пацієнтів. В той же час значно менше уваги лікарі-психіатри приділяють виявленню та лікуванню соматичних захворювань, виникнення яких пов'язано із основним психічним захворюванням. В останні десятиріччя дослідники приділяють увагу таким проявам метаболічного синдрому як цукровий діабет 2 типу, підвищення маси тіла та ожиріння. Встановлено, що ці розлади значно частіше, ніж у загальній популяції, спостерігаються у пацієнтів із психічними захворюваннями, що може свідчити про їх патогенетичну поєднаність. Насамперед слід думати про негативний вплив на метаболічні процеси психотропних препаратів (типових та атипичних нейролептиків), проте не слід відкидати й можливість виникнення змін у головному мозку при деяких психічних захворюваннях, які самі по собі можуть призводити до формування порушень обміну вуглеводів, незалежно від стереотипу харчування, фізичної активності та прийому антипсихотиків.

Результати наших досліджень показали підвищений ризик виникнення у хворих на шизофренію абдомінального ожиріння, дисліпідемії, а нерідко й дисфункції β -клітин підшлункової залози, що властиві метаболічному синдрому та цукровому діабету 2 типу.

Таким чином, дія психотропних препаратів на вуглеводний та ліпідний метаболізм неоднозначна, що свідчить про необхідність та доцільність визначення взаємозв'язку між метаболічними порушеннями та психічними розладами, вивчення впливу психотропних препаратів на метаболічні показники, а також розробки профілактичних та лікувальних заходів у хворих на шизофренію.

Корекція метаболічних порушень у хворих на шизофренію повинна включати дієтотерапію, оптимальну рухову активність, спрямовані на зниження маси тіла та перерозподіл жирової тканини, при неефективності цих заходів призначають препарати, спрямовані на зниження інсулінорезистентності.

Важливим компонентом лікування є терапевтичне навчання пацієнтів, спрямоване на формування свідомої мотивації на тривале лікування та самоконтроль, поступовий перехід на правильне харчування, збільшення фізичної активності у сполученні зі зміною образу життя.

Зважаючи на розвиток у хворих, які отримували терапію тільки нейрореплетиками, ожиріння, частіше абдомінального характеру, поряд із дієтою, збільшенням фізичного навантаження рекомендується призначати препарати групи бігуанідів (метформін). Ці препарати не тільки сприяють зниженню маси тіла, але й впливають на інсулінорезистентність шляхом підвищення чутливості до інсуліну периферичних тканин, мають опосередковану гіпоглікемічну та гіполіпідемічну дію.

Хворим із дисліпідемією, що не піддається корекції дієтотерапією, призначають гіполіпідемічні засоби (статици, фібрати). Критерієм призначення медикаментозного лікування дисліпідемії слід вважати збереження дисліпідемічних порушень після трьох-шести місяців дієтотерапії.

УДК 616.891.2:616-009.1

ДИССОЦІАЦІЯ, КОНВЕРСИЯ, ИСТЕРИЯ — ПРОБЛЕМЫ ТЕРМИНОЛОГИИ?

В. З. Скоробреха, А. Н. Стоянов

*Городская клиническая больница № 10 г. Одессы;
Одесский государственный медицинский университет*

Ключевые слова: терминология, диссоциация, истерия, конверсия

Традиционно термин «конверсия» связывают с именем З. Фрейда. Нами проведено исследование трудов З. Фрейда 2-го издания серии «Мастера психологии» (2004). В работе «О психоанализе» автор рассматривает превращение аффектов «... в необычные телесные иннервации и задержки, которые представляли собой телесные симптомы данного случая. Для этого последнего процесса мы стали использовать термин «истерическая конверсия» (с. 314).

Термин «диссоциация» З. Фрейд позаимствовал у П. Жане, который рассматривал истерию как следствие врожденного дегенеративного изменения нервной системы и слабости психического синтеза, но в отличие от П. Жане «... я скоро пришел к другому выводу на происхождение истерической диссоциации (расщепления сознания)...» (с. 317).

Таким образом, приписываемый З. Фрейду термин «конверсия» в современном виде не есть фрейдовский. Примечательно, терминология рассмотрена З. Фрейдом с позиций клинической философии — причинно-следственных отношений: истерия — причина, конверсия — следствие, а не наоборот. Конверсия не может быть причиной истерии или другого невроза. Этот принцип был соблюден в МКБ-9 (300.11. Истерический невроз). «Невротическое расстройство, при котором нарушения вегетативных, сенсорных и моторных функций («конверсионная форма») возникает по типу условной приятности и желательности. При конверсионной форме главный симптом — психогенное расстройство функций какой-либо части тела. В диссоциативной разновидности наиболее яркой чертой является сужение сознания, ... могут иметь место выраженные изменения поведения. Это поведение может имитировать психоз».

В новой классификации (МКБ-10) диссоциативные и конверсионные расстройства отождествлены в рубрике F-44. Истерия включена в эту же рубрику, утратив тем самым свою нозологическую принадлежность.

Нововведение неоднозначно воспринято в научных кругах отечественной неврологии. Многочисленные публикации последнего десятилетия демонстрируют разноречивые, иногда, биполярные мнения по указанной проблеме. Одни авторы [В. И. Гарбузов (2001), Б. В. Михайлов (2002, 2007), В. Н. Шток (2006)] рассматривают истерию с прежних позиций, другие — [Ю. А. Александровский (2002, 2004), Л. М. Юрьева (2005), М. Виктор, А. Х. Роппер (2006), А. Б. Смулевич (2009)] отождествляют последнюю с конверсией и диссоциацией.

Отождествление диссоциативных и конверсионных расстройств МКБ-10 не совсем корректно.

В повседневной медицинской практике более приемлемо разъяснение МКБ-9.

Истерические синдромы требуют дальнейшего глубокого анализа, накопленный клинический и научный материал позволяет синтезировать современную концепцию неврозов.

УДК 616.895.8-085:006.015.5

РЕСУРС СІМЕЙНОЇ ПІДТРИМКИ ПАЦІЄНТА З ШИЗОФРЕНІЄЮ ЯК КРИТЕРІЙ ЯКОСТІ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

В. В. Сотніченко

*Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, Київ*

Ключові слова: якість допомоги, шизофренія, клініко-психологічні критерії, сімейна підтримка

Актуальною проблемою клінічної та соціальної психіатрії залишається наукове обґрунтування та практичні заходи щодо забезпечення якості психіатричної допомоги хворим на шизофренію. Одночасно надається все більше уваги взаємозв'язку соматобіологічних та психосоціальних факторів у виникненні, формуванні та розвитку психічної патології. Вирішення цих задач неодмінно торкається сімейного контексту. Адаже не викликає сумніву, що сім'я, в якій один з її членів має психічний розлад, страждає через стан свого родича. В той же час встановлено, що сприятливий клінічний та соціальний прогноз при шизофренії (особливо на ініціальному етапі) значною мірою залежить від ступеня інтеграції пацієнта в сім'ю, куди він повертається після лікування.

Було опитано 30 родичів хворих на шизофренію за допомогою «Шкали структурованого інтерв'ю для оцінки ресурсу сімейної підтримки пацієнта». В цьому опитувальнику наведено 20 тверджень щодо готовності членів сім'ї надавати допомогу та підтримку родичу з психічним розладом. Сімейна підтримка визначається як комплекс допомоги в різних сферах життєдіяльності. Розглядаються питання економічних витрат сім'ї, емоційних реакцій на хворобу близької людини, порушення звичного режиму соціальної та трудової активності, стресу.

З 30 опитаних 19 (63,4 %) є батьками хворого, 6 (20,0 %) — жінкою або чоловіком, 5 (16,6 %) — сестрами чи братами. Тривалість захворювання, що прямо пропорційно корелює з тривалістю догляду за пацієнтом, розподілилася таким чином: до 1-го року — 4 пацієнти (13,3 %), від 1-го до 5-ти років — 13 (43,3 %), від 5-ти до 10-ти років — 8 пацієнтів (26,6 %), більше 10-ти років — 5 осіб (16,6 %).

Встановлено, що ресурс сімейної підтримки у 15 (50,0 %) опитаних виявився обмежений (14—27 балів). В таких сім'ях знижені зацікавленість, мотивація та реальні можливості для надання повноцінної підтримки хворого. У 9 (30,0 %) опитаних визначено значний дисбаланс між потребами здорових членів сім'ї та необхідністю піклуватися про хворого. Рівень сімейної підтримки у таких сім'ях низький (28—40 балів). У меншості опитаних (6 — 20,0 %) встановлено емоційну, соціальну та економічну готовність підтримки хворого родича, визнання реальних меж своїх можливостей, що відповідає високому рівню ресурсу сімейної підтримки (1—13 балів).

Виявлено чітку зворотну пропорційну залежність між тривалістю захворювання (відповідно, тривалістю догляду за пацієнтом) та рівнем ресурсу сімейної підтримки. В цілому, для сестер та братів (сібсів) характерна більша готовність до конструктивного рішення повсякденних задач хворого та сімейного навантаження, в той час як батьки були гіперпротективні, мали ілюзорний характер очікувань. Дружини і чоловіки виявили значне емоційне дистанціювання та сумніви у можливості повноцінних відносин з хворим родичем (5 — 83,3 %). Більшість опитаних (26 — 86,6 %) були впевнені, що не обізнані в повному обсязі про належну допомогу, яку необхідно надавати хворому родичу.

Отримані дані свідчать про наявність значного ряду емоційно-соціальних проблем в сім'ях, в яких один з членів хворий на шизофренію. Більшість респондентів виявили низький або обмежений ресурс сімейної підтримки пацієнта, що значною мірою впливає на подальшу соціально-психологічну адаптацію родича та клінічний прогноз захворювання. Такий додатковий, непрямий критерій більш точно розкриває зв'язок динаміки психопатологічних розладів з наданою допомогою, зокрема, медико-психологічною та інформаційною.