

спрямованістю у спілкуванні. Ускладнює встановлення подібної рольової позиції діалогічна комунікативна стратегія.

Також виявлено основні системоутворюючі чинники формування ТА у лікарів: професійні настанови, характер репрезентації образу пацієнта та форми рольових позицій, які формуються на основі їх базових індивідуально-психологічних особливостей та системи потреб, мотивів, цілей та цінностей, що пов'язані з професійною діяльністю.

Отримані результати можуть бути використані для розроблення засад оптимізації терапевтичного альянсу між лікарем та пацієнтом в ході лікувально-реабілітаційного процесу, а також створення спеціальних тренінгів для медичних спеціалістів, спрямованих на розширення їх комунікативних ресурсів та профілактику емоційного вигорання.

УДК 612.014.46:615.9-08

Шуклин Д. Е.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины» (г. Харьков)

ГОРМЕЗИС В АДАПТИВНЫХ СИСТЕМАХ

Негативное воздействие на систему может приводить к различным нарушениям её функций. Возможны структурные разрушения отдельных компонентов или выход параметров компонентов из области допустимых значений. Рассмотрим негативное воздействие, которое, нанося ущерб отдельным компонентам системы, недостаточно для разрушения адапционных функций системы и системы в целом. Такое негативное воздействие нарушает равновесие, запуская механизмы активного противодействия, адаптивная система стремится сохранить внутреннее гомеостатическое равновесие. Это осуществимо благодаря такой перестройке системы, которая компенсирует внешнее негативное воздействие. Компенсирующий ответ системы на негативное воздействие будет запаздывать на время, требуемое для развертывания и активации компенсирующей подсистемы. Адаптация системы к негативному воздействию завершается по достижении заданного уровня гомеостатического баланса.

После снятия внешнего негативного воздействия компенсирующая подсистема автоматически утрачивает свою полезность, но продолжает выполнять работу и может стать новым воздействующим фактором. Равновесие в системе нарушится и возникнет эффект гиперкомпенсации. Отключение компенсирующей подсистемы произойдет с некоторой задержкой, определяемой временем наступления гиперкомпенсации и временем реакции на факт обнаружения гиперкомпенсации. За это время будет выработано некоторое количество того фактора, который компенсировал вредное воздействие. Не будучи востребованным в новой ситуации, этот фактор либо депонируется в системе, либо вступит во взаимодействие с компонентами системы. Можно предположить, что в ряде случаев недоиспользованный фактор, выработанный системой для компенсации внешнего вредного воздействия, будет стимулировать систему. Система не изменит качества выполняемых функций, но увеличит свои количественные показатели. Для биологических организмов это приведет к стимуляции метаболизма, репараций, жизнеспособности и поведенческой активности. В данной работе выдвигается предположение, что гормезис реализуется на основании изложенной гипотетической модели.

Гиперкомпенсация смещает состояние системы вне зоны гомеостатического баланса. Адаптивная система стремится отреагировать на нарушение гомеостаза и отключить механизмы активного противодействия. Для пролонгации эффекта гормезис интересно отсрочить деактивацию механизмов противодействия. Для этого можно применить тетаническую стимуляцию системы негативным воздействием. Периодически повторяющееся негативное воздействие будет поддерживать уровень стресса и не допустит отключения механизмов противодействия. Тем самым в промежутках между отдельными квантами стимуляции будет сохранена гиперкомпенсирующая функция активного противодействия.

Отключение механизмов активного противодействия возможно по различным сценариям. Можно предположить, что в ряде случаев прекращение негативного воздействия приведет к структурному разрушению неиспользуемых компенсирующих механизмов. В этом случае при повторном воздействии негативного фактора системе придется разворачивать компенсирующий механизм с нуля, так же как это происходило при первом столкновении с негативным фактором.

Можно также предположить, что прекращение негативного воздействия не приведет к структурному разрушению компенсирующих механизмов, а приведет к их деактивации. В этом случае при повторном воздействии негативного фактора система будет обладать развернутой компенсирующей подсистемой и сможет активировать ее с меньшими затратами энергии и времени. Можно говорить, что такая система обладает памятью на негативные воздействия и при первом воздействии негативного фактора приобретает иммунитет к этому негативному фактору. В этом сценарии прослеживается аналогия с вакцинацией, когда первое подпороговое негативное воздействие приводит к сенсibilизации.

При необходимости сформировать устойчивость организма к воздействию токсинов возникает соблазн использовать для активации компенсирующей подсистемы нетоксичный агонист. Это представляется возможным, когда у организма могут быть выработаны иммунитет к токсину и условный рефлекс на воздействие агониста. Воздействие на несенсибилизированный организм нетоксичного агониста в силу нетоксичности не приведет к нарушению гомеостатического баланса. Система управления не сформирует команду на формирование компенсирующего механизма. Представляется возможным натренировать систему совместным воздействием токсина и его нетоксичного агониста. Токсин вызовет нарушение гомеостаза, и формирование компенсирующего механизма (сенсibilизацию). Совместное воздействие на систему токсина и его агониста сформирует условный рефлекс, благодаря которому воздействие агониста будет распознаваться системой управления так же, как воздействие токсина. При воздействии агониста на сенсибилизированный организм, у которого выработан условный рефлекс агонист = токсин (компенсирующая подсистема построена во время предыдущего воздействия токсина), компенсирующая подсистема может быть активирована не по факту нарушения гомеостатического баланса, а фактом распознавания агониста. Это дает надежду на возможность запуска механизма «гормезис» нетоксичным агонистом без причинения ущерба организму токсином.

УДК 616.89-058

Юрьев М. Н., Дымищ С. М., Двирская Э. А.,
Сардак С. Б., Шапко Е. Л.

КРУ «Клиническая психиатрическая больница № 1»
(г. Симферополь)

ШИЗОФРЕНИЯ В СТРУКТУРЕ ПСИХОТИЧЕСКИХ И НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В РАЗЛИЧНЫЕ ПЕРИОДЫ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА

В настоящее время остаются актуальными указания Комитета экспертов ВОЗ по психическому здоровью [1961] о том, что психические больные «по возможности должны получать лечение, находясь в обществе, в обычной для них обстановке». Такие условия могут осуществляться в дневном стационаре.

Целью работы явилось изучение частоты больных шизофренией среди поступивших пациентов с психотическими и непсихотическими расстройствами в дневной стационар в различные пятилетние периоды его 35-летней деятельности.

Дневной стационар при Крымской республиканской клинической психиатрической больнице № 1 организован в середине 1974 года. Анализ частоты поступлений больных шизофренией в дневной стационар в пятилетние периоды его 35-летней работы проводился с 1975 г. по 2009 г. В дневной стационар поступали больные с различными нозологическими заболеваниями, которые не требуют обязательной госпитализации и сохраняют положительную установку на лечение. Исключением составляли больные, представляющие опасность для себя и окружающих, пациенты, страдающие тяжелыми соматическими, инфекционными заболеваниями, а также больные с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ.

В дневной стационар ежегодно поступало в среднем 730 больных, у которых диагностировались шизофрения, шизоаффективные, бредовые, аффективные, личностные и невротические расстройства, а также органические психотические и непсихотические расстройства и умственная отсталость. Их диагностику осуществляли с учетом критериев, представленных в МКБ-10 [1994].

В общей численности больных, находящихся на лечении в дневном стационаре в I и II пятилетних периодах, с 1975 г. по 1984 г., частота больных шизофренией не отличалась и соответственно составляла 45,4 и 44,9 % случаев ($p > 0,3$). Частота

поступлений больных шизофренией в III пятилетнем периоде, с 1985 г. по 1989 г. (35,2 %), снизился в 1,2 раза в сравнении с предыдущим пятилетием (44,1 %) ($p < 0,001$). Отмеченная тенденция к уменьшению частоты больных шизофренией наблюдалась и в IV и V пятилетних периодах, с 1990 г. по 1999 г., где ее частота составляла 26,3 и 28,7 % случаев, что соответственно в 1,7 и 1,6 раза меньше в сравнении со средней ее величиной (45,2 %) в I и II пятилетних интервалах, с 1975 г. по 1984 г. ($p < 0,001$).

Снижение частоты больных шизофренией среди поступающих в дневной стационар в 15-летний период (с 1985 г. по 1999 г.) обусловлено повышением количества поступивших пациентов с невротическими, аффективными и соматоформными расстройствами, связанными с социально-экономической нестабильностью и снижением материального уровня населения в период перед распадом СССР и в первое 10-летие независимости Украины.

В VI и VII пятилетних периодах, составляющих последнее 10-летие, с 2000 г. по 2009 г., частота шизофрении среди различных заболеваний у поступавших на лечение в дневной стационар пациентов не отличалась и соответственно составляла 44,6 % и 46,3 %. Отмеченные величины в 1,6 раза превышали частоту шизофрении в структуре V пятилетнего периода (1995—1999 гг.) — 28,7 % ($p < 0,001$). Ее частота соответствовала показателям в I и II пятилетних интервалах (45,4 и 44,9 %), приходящихся на первое 10-летие работы дневного стационара.

Таким образом, анализ поступлений больных шизофренией на лечение в дневной стационар в течение 35 лет (с 1975 г. по 2009 г.), обнаружил снижение ее частоты в 15-летний период, с 1985 г. по 1999 г., что обусловлено увеличением частоты невротических, аффективных и соматоформных расстройств. В последнее десятилетие (2000—2009 гг.) частота больных шизофренией достигла уровня первого 10-летия работы дневного стационара, с 1975 г. по 1984 г.

УДК 616.89-008.441.44-036.8:711.437:711.13(477)

Юрвева Л. Н.*, Зинченко Е. Н.**, Юрвев А. Е.*

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины*
(г. Днепропетровск),

Министерство здравоохранения Украины** (г. Киев)

ДИНАМИКА СУИЦИДАЛЬНОЙ СМЕРТНОСТИ СРЕДИ ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Нами была проанализирована динамика городских и сельских самоубийств в Украине за двадцатилетний период (1991—2010 гг.). Преобладание сельских суицидов над городскими было стабильным на протяжении всего изучаемого периода времени. Причем, соотношение суицидов среди сельского населения к суицидам среди городского населения имеет тенденцию к увеличению. В 1990 году оно составило 1,4:1; в 2008 году — 1,7:1, в 2010 году — 1,8:1.

Анализ суицидологической ситуации среди городского и сельского населения Украины за 2010 год выявил, что сельские жители в 1,8 раза чаще совершают самоубийства, чем городские. Причем, мужчины, проживающие в сельской местности гораздо чаще совершают самоубийства, чем женщины. Соотношение завершенных суицидов у мужчин и женщин в сельских районах в 2010 году составило 6,7:1 (в городах — 4,8:1, а в среднем по Украине 6,1:1). Среди факторов, потенцирующих суицидальный риск, первостепенное значение имеет злоупотребление алкоголем и его суррогатами.

Для анализа регионального и гендерного уровня смертности в результате суицидов среди городского и сельского населения нами были вычислены средние показатели частоты суицидов в восточных, западных, центральных и южных регионах Украины за 2000—2010 годы, отраженные в таблице.

Региональное и гендерное распределение
городских и сельских суицидов в Украине
(среднее за 2000—2010 гг., на 100 тыс. населения)

Регионы	Мужчины			Женщины			Город муж/ жен	Село муж/ жен
	Город	Село	Село/ город	Город	Село	Село/ город		
Восточная Украина	44,3	77,9	1,8	8,9	13,0	1,5	5,0	6,0
Западная Украина	19,5	26,6	1,4	3,3	3,3	1,0	5,9	8,0
Центральная Украина	32,7	67,3	1,9	5,8	10,0	1,5	5,6	6,8
Южная Украина	42,3	62,0	1,5	8,9	9,9	1,1	4,8	6,3
Украина	35,4	56,2	1,6	7,0	8,7	1,2	5,0	6,5

При анализе данных таблицы обращает на себя внимание преобладание сельских суицидов, как в популяции мужчин, так и в популяции женщин, во всех регионах Украины. Максимальное соотношение сельских и городских суицидов отмечается в Центральной и Восточной Украине как у мужчин так и женщин. минимальное — в Западной Украине. Следует отметить, что среди женщин, проживающих в Западной и Южной Украине, различия не существенны.

В целом, соотношение мужских суицидов к женским в селе выше, чем в городе (6,5:1 и 5,0:1 соответственно). Максимальная разница этого показателя зафиксирована в Западной Украине (8,0:1), минимальная — в Южном (4,8:1 для города) и в Восточном (6,0:1 для села) регионах Украины.

Полученные данные указывают на необходимость разработки региональных дифференцированных профилактических программ, направленных на предотвращение суицидального поведения среди населения.

УДК 616.89-008.454.441.44-071.2-084:61:168.3

Юрвева Л. Н., Шевченко Ю. Н.

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины
(г. Днепропетровск)

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В КОНТЕКСТЕ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Аффективные расстройства являются наиболее суицидоопасными среди всех психических и поведенческих расстройств. Их высокий суицидальный потенциал обусловлен тем, что в структуре подавляющего большинства аффективных расстройств присутствует депрессия. С целью разработки современных профилактических программ для этих пациентов нами была проанализирована база данных, которая содержит в себе данные доказательной медицины, направленные на фармакотерапевтическую и психотерапевтическую коррекцию депрессивных расстройств.

Согласно современным стандартам, выделяют следующие уровни доказательности.

- Уровень I (A) — к этому уровню доказательности относят данные полученные в результате крупных, рандомизированных, двойных слепых, плацебоконтролируемых исследований.
- Уровень II (B) — данные небольших рандомизированных и контролируемых исследований.
- Уровень III (C) — результаты исследования случай — контроль, или когортные исследования (иногда их относят к уровню II).
- Уровень IV (D) — сведения, содержащиеся в отчетах экспертных групп или консенсусах специалистов (иногда их относят к уровню III).

В результате проведенного анализа было выявлено, что при фармакотерапии у пациентов с депрессивным расстройством препаратами первой линии являются антидепрессанты (уровень доказательности A), и электросудорожная терапия (ЭСТ). Доказано, что с целью профилактики суицидального поведения у пациентов с депрессивными расстройствами лечение нужно проводить в острой фазе до достижения ремиссии (уровень доказательности A). Доказана необходимость применения антидепрессантов в течение 12-ти месяцев (при первичном эпизоде). В случае рецидива — более длительно (уровень доказательности B).

При выборе антидепрессантов доказано значение следующих факторов:

- Тип депрессии (психотический или непсихотический) (уровень доказательности A)
- Прошлая результативность применения препарата (уровень доказательности C)
- Переносимость данного препарата (уровень доказательности A)
- Безопасность препарата (уровень доказательности A)
- Потенциальные побочные эффекты (уровень доказательности A)
- Лекарственное взаимодействие (уровень доказательности A)
- Хорошая приверженность терапии («комплаенс») (уровень доказательности B).

В контексте доказательной медицины установлена высокая результативность когнитивно-бихевиоральной и диалектической бихевиоральной терапии (уровень доказательности A).