

предикативної субклінічної симптоматики, для попередження розвитку активних клінічних проявів захворювання.

УДК 616.895.8:616.1/4-08-036.66

Підкоритов В. С., Скринник О. В.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Особливості лікування та реабілітації хворих на шизофренію, що мають супутню гастроентерологічну патологію

Супутні соматичні захворювання є одним з чинників, що зумовлюють клінічну і соціальну дезадаптацію при шизофренії та значно знижують якість життя. За даними епідеміологічних досліджень тривалість життя при шизофренії на 20—25 років менша за середню у популяції. Багато дослідників вказують на високий ризик розвитку різної патології, зокрема і захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) (Семке А. В., 2009). Великий вплив на формування гастроентерологічної патології у хворих на шизофренію мають паління та зловживання алкоголем, незбалансоване харчування, недотримання норм гігієни (Kurzban S., 2010).

Незважаючи на велику кількість досліджень гастроентерологічної патології у пацієнтів з шизофренією, мало уваги приділялося особливостям взаємозв'язку психофармакотерапії й патології ШКТ та розробці реабілітаційних програм для таких хворих. Для вирішення завдання проекту був використаний клініко-анамнестичний метод дослідження з аналітичним вивченням медичної документації.

Було проаналізовано 30 історій хвороби пацієнтів, які знаходилися на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» в 2015—16 рр. з діагнозом шизофренія, параноїдна форма, безперервний перебіг (F20.00 за МКХ-10), що була ускладнена захворюваннями ШКТ. Серед них — 53,3 % жінок ($n = 16$), 46,7 % — чоловіків ($n = 14$); середній вік $38,00 \pm 13,00$ роки. Серед обстежених хворих найчастіше зустрічалася медикаментозна гепатопатія (11 спостережень — 36,7 %). На 2-му місці була гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (7 пацієнтів — 23,3 %). Декілька гастроентерологічних захворювань одночасно спостерігалось у 5 пацієнтів (16,7 %). Функціональні розлади травлення (гастроєзофагальна рефлюксна хвороба, синдром подразненого шлунку, дискінезія товстої кишки) та хронічний гастрит починалися у молодому віці, до того моменту, як пацієнт захворів на шизофренію. Медикаментозна гепатопатія, хронічний панкреатит та холецистит виявлені у випадках, коли тривалість шизофренії була більшою за 10—15 років, та могли стати результатом тривалої антипсихотичної терапії.

Супутня гастроентерологічна патологія має значний вплив на якість життя та соціальну адаптацію пацієнтів з шизофренією. Вона може бути однією з причин відмови від прийому психотропних засобів (Халикова А. Р., 2014). Тому адекватна модель терапії та реабілітації таких хворих створювалася на основі принципів спадкоємності, комплексності, індивідуальності і стадійності, складалася з декількох послідовних етапів та торкалася всіх сторін життєдіяльності пацієнтів. Вона включала в себе: 1) біологічне лікування психічного розладу; 2) лікування та профілактику супутньої гастроентерологічної патології; 3) корекцію особистісних девіацій та формування здорового мікросоціального оточення. Під час призначення психотропних засобів враховували їх профіль безпеки, призначали ліки тільки після прийому їжі, намагалися скоротити кількість пігулок завдяки застосуванню пролонгованих та ін'єкційних форм.

Своєчасний огляд терапевта, контроль печінкових проб один раз на 3 місяці допомагали запобігти загостренню гастроентерологічної патології. Обов'язково призначалися відповідна дієта та специфічне лікування захворювань ШКТ. За допомогою психотренінгів формувалися правильні та ефективні копінг-стратегії, які допомагали пацієнтам адаптуватися у складних соціальних умовах.

Отже, інтегроване ведення хворих на шизофренію з супутньою гастроентерологічною патологією із залученням психіатрів, лікарів-інтерністів, психологів дозволяє попередити загострення психічного захворювання, поліпшити якість життя пацієнта, підвищити його соціальне функціонування.

УДК 616.895.8:616.8-06-036.66

Підкоритов В. С., Український С. О.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Сучасні підходи до лікування та реабілітації хворих на шизофренію, що мають супутню неврологічну патологію

Численні дослідження вказують на високий ризик розвитку у хворих на шизофренію серцево-судинних захворювань (Сиркін А. А., Смулевіч В., 2007), цукрового діабету (Бурлаков А. В., 2007), захворювань шлунково-кишкового тракту (Семке О. В., 2009) і багатьох неврологічних хвороб (Meyer J., Nasrallah H. A., 2003).

У багатьох роботах дослідники вказують на атипівність ендогенних психозів, що перебігають на «органічному підґрунті», їх несприятливий перебіг та низьку ефективність нейролептичної терапії (Нисс А. І., 1990; Корнілов А. А., 2000).

Незважаючи на значну кількість досліджень, залишається актуальною проблема надання допомоги пацієнтам з шизофренією і супутньою неврологічною патологією, потребують уточнення та систематизації підходи до лікування та реабілітації таких пацієнтів. Для розв'язання завдання проекту був використаний клініко-анамнестичний метод дослідження з аналітичним вивченням медичної документації.

Було проаналізовано 28 історій хвороби пацієнтів, що знаходилися на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» в 2014—2016 роках з діагнозом параноїдна шизофренія (за МКХ-10 — F20.0), що мали супутню неврологічну патологію. Серед них було 8 жінок та 20 чоловіків (співвідношення жінки : чоловіки — 1 : 2,5), середній вік досліджених — $35,2 \pm 6,35$ роки. Вік маніфестації захворювання був $23,9 \pm 5,24$ роки, а тривалість хвороби — $11,9 \pm 5,10$ роки. В середньому ці хворі перенесли по $3,7 \pm 2,14$ загострення.

Неврологічна патологія, що спостерігалася у пацієнтів була представлена вегето-судинною дистонією (17 випадків — 60,7 %) та різними варіантами дисциркуляторної енцефалопатії (11 випадків — 39,3 %). Середній вік пацієнтів з шизофренією і супутньою ВСД склав $28,5 \pm 8,16$ роки, що було вірогідно нижче ніж середній вік пацієнтів з шизофренією із ДЕП ($40,4 \pm 7,84$ роки).

Наявність неврологічної патології з одного боку сприяє формуванню фармакорезистентності (Петрова Н. Н., Горбачов С. Є., 2007), з іншого — нерідко супроводжується ранньою появою виражених побічних проявів (Малин Д. І., 2000). Тому в основі терапевтичної стратегії та реабілітації таких пацієнтів повинні лежати інтегративний підхід, що використовує біологічні та психосоціальні втручання і базується на принципах комплексності, персоналізованості, наступництва та етапності. Насамперед вона включає

психофармакотерапію за загальноприйнятною схемою з використанням переважно атипичних антипсихотиків, а також медикаментозний та немедикаментозний вплив, спрямований на корекцію неврологічних порушень. Визначення індивідуальної у для кожного пацієнта мінливості у відповідь на терапію, індивідуальних схильності / уразливості до побічних ефектів та протипоказань до препаратів дозволяє підвищити прихильність до лікування, чим запобігає рецидиву захворювання. Паралельна курація таких пацієнтів неврологом допомагає досягненню кращих результатів лікування. Застосування когнітивно-поведінкової терапії, тренінгу соціальних навичок, сімейної психоосвіти сприяє розвитку втрачених навичок та активації компенсаторних механізмів.

Отже, при лікуванні хворих на шизофренію із супутньою неврологічною патологією важливим є співробітництво психіатра з лікарями інших спеціальностей, психологами, що дозволить підвищити ефективність лікування загострення основного захворювання, запобігти розвитку неврологічних побічних ефектів та поліпшити соціальне функціонування таких пацієнтів.

УДК 614.253.112

Підлубний В. Л.

*Запорізький державний медичний університет
(м. Запоріжжя)*

Біопсихосоціальна концепція в оціненні психічного здоров'я працівників промисловості

Серед актуальних проблем розвитку сучасної медичної науки однією з найважливіших є розроблення науково-методичних, організаційних і клінічних підходів до ранньої діагностики неспсихотичних психічних розладів, дослідження закономірностей їх розвитку та особливостей клінічних проявів, дооцінення впливу різних чинників на психічне здоров'я людини. На формування психічного здоров'я сукупно впливає складний синергетичний комплекс екопатогенних, макро- і мікросоціальних чинників, факторів біологічного і психологічного характеру. Умови сучасного суспільства загалом і інтенсифікація процесу зокрема висувають високі вимоги до компенсаторно-адаптаційних можливостей індивіда.

З огляду на безумовну актуальність питання, нами проведено клініко-епідеміологічне дослідження працівників промислових підприємств м. Запоріжжя, у віці від 18 до 60 років (656 чоловіків і 326 жінки, середній — $34,30 \pm 4,81$ роки). Метою дослідження було встановити частоту, структуру й основні етапи формування неспсихотичних психічних розладів, зокрема і донозологічного рівня.

Результати проведеного дослідження показали, що психічні стани, детерміновані різними несприятливими об'єктивними макро- і мікросоціальними умовами середовища, призводять до суб'єктивного дистресу. Глибина і тяжкість психічних порушень залежить від якості, тривалості та інтенсивності впливу несприятливих факторів. Дослідження підтвердило сучасне положення про те, що відмінності психічних станів спираються на основоположні загальні показники: тимчасові, просторові, структурні і функціональні. У такій системі параметрів дискретно перебігають психічні стани, можуть проявлятися короткочасно, довготривало або включатися в процес розвитку. Доказом правомірності цього судження є результати багатфакторного клініко-динамічного аналізу, який дозволив нам, за допомогою статистичного методу, поділити психічні стани, щодо тимчасового показника, на етап реакції, етап

стану і власне етап розвитку неспсихотичних психічних розладів, що вписується в сучасну синергетичну методологію.

Дані інтегративної оцінки психосоціальної адаптації працівників промислових підприємств (ППП) і соціально-гігієнічні характеристики виробничого та сімейного середовища були піддані багатовимірному статистичному аналізу, в результаті якого виокремлені несприятливі ознаки формування психічних порушень, що стали основою для створення полівекторної моделі формування психічних розладів.

У розвиток психопатології вносять вклад онтогенетичні і соціально-психологічні сукупності ознак, які визначають клініко-психопатологічні особливості. Компонентами, що вносять вклад в генез психічних розладів у ППП, є біологічний, виробничий, соціально-психологічний.

Розроблена нами модель інтегративної оцінки психосоціальної адаптації ППП дозволяє враховувати ступінь інтеграції їх з соціальним середовищем в функціональних і соціально-психологічних контекстах, розширити концепцію функціонального діагнозу та оптимізувати алгоритми її застосування під час проведенні психокорекційної допомоги.

УДК 616.89-008.454-036-085.331:579.8:616.12-008.331.1-02

Поліщук О. Ю., Пастернак Н. І., Юрченко О. С.

*ВДНЗУ «Буковинський державний
медичний університет» (м. Чернівці)*

Використання біофідбек-терапії у корекції тривожних та депресивних розладів у пацієнтів з артеріальною гіпертензією

Нині досить часто спостерігається коморбідність неспсихотичних психічних розладів та найпоширеніших соматичних захворювань або перебіг неспсихотичних психічних розладів реалізується «під маскою» соматичних захворювань. Епідеміологічні дані останніх десятиліть свідчать про високу поширеність депресивних та тривожних розладів серед населення, за даними різних авторів, поширеність тривожно-депресивних розладів у хворих на серцево-судинні захворювання варіює від 18 до 60 %.

Депресивні розлади при артеріальній гіпертензії (АГ) мають такі особливості: депресивна симптоматика характеризується поліморфізмом, відсутня чітка кореляція між важкістю органічного ураження мозку та ступенем клінічних проявів депресії, часто спостерігається поєднання депресивної та тривожної симптоматики, порушення сну, велика кількість соматовегетативних скарг, наявні виражені когнітивні порушення.

Метою дослідження було визначення можливості та ефективності застосування біофідбек-терапії у корекції тривожних та депресивних розладів у пацієнтів із артеріальною гіпертензією. Обстежено 65 хворих з тривожними та депресивними розладами та артеріальною гіпертензією, які перебували на лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному кардіологічному диспансері.

Дослідження фізіологічних параметрів організму, вивчення біологічного зворотного зв'язку та сеанси біофідбек-терапії (5—8 сеансів) проводили за допомогою мультимедійної системи Biofeedback 2000x-pert з вивченням показників депресії, тривожності та якості життя з використанням опитувальників: шкала PHQ-9, шкала особистісної та реактивної тривожності Спілбергера — Ханіна, опитувальник якості життя SF-36 на початку та наприкінці терапії. Статистичне оброблення отриманих даних проводили з використанням критерію Уїлкоксона — Манна — Уїтні.

Результатами дослідження рівня тривоги за шкалою PHQ-9 встановлено, що спостерігалось достовірне зни-