

УДК 616.08-039

*Сарвир И. Н.*

*Харьковская медицинская академия  
последипломного образования МОЗ Украины (г. Харьков)*

**Особенности эмоционально-аффективной сферы  
у больных с острыми сердечно-сосудистыми  
и сосудисто-мозговыми заболеваниями**

Проблема психосоматических заболеваний продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Прежде всего, это обусловлено их широкой распространенностью среди трудоспособного населения, сочетанностью соматической симптоматики с разнообразными пограничными психическими расстройствами.

Одним из ключевых звеньев патогенеза психосоматических заболеваний является наличие длительно существующего «застойного» отрицательного эмоционального состояния. С возникновением клинических проявлений психосоматических заболеваний действие эмоциогенных и личностных факторов не прекращается, напротив, создаются новые условия для взаимосвязи между сомой и психикой.

Всё это обуславливает необходимость проведения комплексного исследования больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями. Необходимо также внедрение новых организационных форм реализации медико-психологических и психотерапевтических мероприятий на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Для выявления особенностей состояния эмоционально-аффективной сферы у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями на основе клинико-психопатологического и психодиагностического исследования было проведено обследование 309 больных, перенесших острые сердечно-сосудистые и сосудисто-мозговые состояния, в возрасте от 39 до 70 лет. Психодиагностическое исследование проводилось с использованием шкалы У. Цунга для самооценки депрессии, шкалы реактивной тревоги и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина, методики диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки; выполнен статистический анализ полученных результатов.

Исследование эмоционально-аффективной сферы позволило выявить следующие особенности.

Для больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями характерно наличие общих особенностей эмоционально-аффективной сферы.

Большинство больных в остром периоде психосоматического заболевания характеризуется отсутствием депрессивной симптоматики.

При наличии высокого уровня личностной тревожности, как базовой характеристики личности, средний уровень реактивной тревоги находится в диапазоне умеренных значений, несмотря на имеющуюся объективную витальную угрозу существования индивида.

Сочетание среднего уровня враждебности и низких уровней как мотивационной агрессии, так и общей агрессивности, свидетельствует о наличии у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями пассивного отношения к своему состоянию, а также интериоризации агрессивных импульсов.

Основной для разработки патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекции состояний психической дезадаптации у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболева-

ниями являются данные клинико-психопатологического и психодиагностического обследования.

Интегративная психотерапевтическая модель в комплексной терапии больных с острыми соматическими состояниями должна включать в себя сочетание мотивационных, когнитивно-поведенческих и рациональных методов.

УДК 616.89-008.454-036-08-053.9

*Саржевський С. Н.*

*Запорізький державний медичний університет  
(м. Запоріжжя)*

**Особенности клиники та лікування депресій  
в похилому віці**

Увага до діагностики та лікування афективної патології в похилому віці зумовлена загальносвітовою тенденцією до збільшення тривалості життя і зростанням емоційних розладів у популяції. Однак правильна кваліфікація цих порушень і їх адекватне лікування утруднені атипівістю та маскуванням симптоматики, поєднанням з соматоневрологічної патологією, наявністю органічних або когнітивних змін.

Мета — вивчення структури та різновидів депресій в похилому віці для визначення диференційованих терапевтичних підходів.

Обстежено 27 чоловіків (54—67 років), що лікувалися в гострому психіатричному відділенні КУ «Запорізька обласна клінічна психіатрична лікарня». Депресії дебютували в цьому віці, раніше в анамнезі не зазначалися. Критерії виключення — виражені когнітивні розлади і деменції. Клініку і лікування простежували в період активної терапії (до 12 тижнів).

В результаті оцінювання афективних розладів провідними виявлені депресії різного ступеня вираженості і тривалості. Відповідно до МКХ-10, найбільш доцільною є їх синдромальна кваліфікація. Виокремлювали такі різновиди депресій в похилому віці:

- з домінуванням тривоги;
  - з включенням іпохондричних висловлювань, аж до маячних;
  - помірно виражені, з переважанням соматовегетативних і конверсійних симптомів;
  - з включенням різної психоорганічної симптоматики.
- Кожен з варіантів вимагав особливостей в лікувальній тактиці.

Депресії при домінуванні тривоги, що найчастіше посилюється надвечір, найбільш небезпечні проявами суїцидальної активності. Це потрібно враховувати під час призначення антидепресантів, розуміючи, що їх клінічно значуща ефективність проявиться лише через 10—12 днів. Тому в комплексне лікування в перші дні треба включати транквілізатори в середніх рекомендованих дозах.

У черговій підгрупі депресій іпохондричні переживання вимагали точної кваліфікації, з виключенням можливих супутніх соматичних захворювань. Часто такі різновиди швидко трансформувалися в надцінні і маячні побудови, аж до нігілістичного марення. Характерною особливістю лікування був акцент на нейролептики з активуючою і антипсихотичною дією, бажано з групи атипіків.

Депресії з вегетативними і конверсійними проявами були психогенними; характеризувалися хронічним перебігом, помірно вираженою симптоматикою, проте великою кількістю скарг, демонстрацією суїцидів. Часто вони маскувалися серцево-судинними захворюваннями, правильна діагностика проводилася після неодноразових