

- Hepatol. - 1995. - №22. - P.696-699.
- Knodell R.G. Formulation and application of a numerical scoring system for assessing histological activity in asymptomatic chronic active hepatitis /R.G.Knodell, K.G.Ishak, W.C.Black [et al.]//Hepatol.- 1981.- №1.- P.431-435.
- Myers R.P. Utilization rates, complications and costs of percutaneous liver biopsy: a population-based study including 4275 biopsies /R.P.Myers, A.Fong, A.A.Shaheen //Liver Int.- 2008.- Vol.28 (5).- P.705-712.
- Ogawa K. Hepatitis C virus utilizes lipid droplet for production of infectious virus /K.Ogawa, T.Hishiki, Y.Shimizu [et al.]//Proc. Jpn. Acad., Ser. B.- 2009.- Vol.85.- P.217-227.
- Pinzani M. Fibrosis in chronic liver diseases: diagnosis and management / M.Pinzani, K.Rombouts, S.Colagrande //J. Hepatol.- 2005.- №42.- P.22-36.
- Piccinino F. Complications following percutaneous liver biopsy. A multicentre retrospective study on 68,276 biopsies /F.Piccinino, E.Sagnelli, G.Pasquale [et al.]//J. Hepatol.- 1986.- Vol.2 (2).- P.165-173.
- Plasma nitrate/nitrite and endothelin-1 in patients with liver cirrhosis / A.Curgunlu, P.Vural, M.Canbaz [et al.]//J. Clin. Lab. Anal.- 2005.- Vol.19 (5).- P.177-181.
- Standish R.A. An appraisal of the histopathological assessment of liver fibrosis/R.A.Standish, E.Cholongitas, A.Dhillon [et al.]//Gut.- 2006.- Vol.55 (4).- P.569-578.

Шпонька І.С., Мнихович М.В., Кириленко В.А., Меркулова Д.О.

МОРФОГЕНЕЗ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ І МОРФОЛОГІЧЕСЬКІЕ ГРАДАЦІЇ СТЕПЕНІ АКТИВНОСТІ І СТАДІЇ РОЗВИТТЯ ХРОНІЧЕСЬКОГО ВИРУСНОГО ГЕПАТИТА

Резюме. В статті приведені основні складові морфогенезу хроніческого вірусного гепатиту В і С, розглянуті інвазивні та неінвазивні методи діагностики фіброзу печені.

Ключові слова: хроніческий вірусний гепатит В і С, біопсія печені, фіброз, методи діагностики.

Shponka I.S., Mnihovich M.V., Kyrylenko V.A., Merkulova D.O.

MORPHOGENESIS OF LIVER DAMAGE AND MORPHOLOGICAL GRADING THE DEGREE OF ACTIVITY AND STAGE OF DEVELOPMENT OF CHRONIC VIRAL HEPATITIS

Summary. The article presents the main components of the morphogenesis of chronic viral hepatitis B and C, are considered invasive and non-invasive methods of diagnosis of liver fibrosis.

Key words: chronic viral hepatitis B and C, liver biopsy, fibrosis, diagnostic methods.

Стаття надійшла до редакції 27.11.2012р.

© Старинець Н.Г.

УДК: 616.89-008.454-02:616.1

Старинець Н.Г.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра нервових хвороб (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, 21018, Україна)

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ПСИХОСОМАТИЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Резюме. Наведений огляд літератури присвячений висвітленню сучасних поглядів на взаємозв'язок між психологічною та соматичною сферами в організмі людини, порушується питання впливу психологічних та психосоціальних факторів на соматичну патологію.

Ключові слова: психосоматика, соматична патологія, афективні розлади, депресія.

Психосоматика походить від грецького слова *psyche* - душа, *soma* - тіло. Це сучасний клінічний напрям у медицині та в медичній психології, предметом якого є вивчення впливу психологічних чинників та їх взаємозв'язок з соматичними процесами. Вперше ідеї зв'язку тілесного та психічного було висловлено Платоном, Галеном та Гіппократом, які помітили, що сильне емоційне хвилювання може привести до розладів тілесних функцій і розглядали хворобу як ненормальну фізичну реакцію на стресову ситуацію. Безпосередньо у початку психосоматики стояв римський філософ Цицерон, який розглядав можливість розвитку соматичного захворювання під впливом психогенних, емоційних факторів [Овсянников, 1995; Смулевич, 2011].

На становлення психосоматичної медицини вплинули ідеї філософа Р.Декарта, який у виникненні хвороби "душа - тіло" допускав взаємодію психічного та соматичного в організмі людини. Висловлювання Сокра-

та: "Невірно лікувати очі без голови, голову без тіла, а тіло без душі", говорить про розуміння ним єдності соматики та психіки людини [Rovaletti, 2002].

Термін "психосоматика" був введений в 1818 році R. Heinroth, а K. Jacobi в 1822 році вперше застосував споріднений термін "соматопсихіка" [Сидоров і др., 2006]. Поняття "психосоматична медицина" стало застосовуватися лише через століття. Ідея про необхідність лікувати хворого, а не хворобу почала активно розвиватися з XIX століття. Так, М.Я.Мудров писав у своїх наукових творах про те, що: "Зная взаимное друг на друга действие души и тела, долгом почитаю заметить, что есть и душевные лекарства, которые врачуют тело и почерпываются из науки мудрости, чаще из психологии".

Метою огляду є висвітлення аспектів взаємозв'язку між психологічною та соматичною сферами в організмі людини, вплив психологічних та психосоціальних фак-

торів на соматичну патологію.

Виникнення соматичних розладів під психічним впливом та впливом середовища в своїх працях доказав В.М.Бехтерев у 1954 році. Історія сучасної психосоматичної медицини починається з психоаналітичної концепції З.Фрейда, який походження симптоматики, що імітує тілесну патологію пояснив механізмами конверсії, яка виникла внаслідок зриву адаптації психологічного захисту [Фрейд, 1989]. В рамках теорії конверсії невротичні дисфункції внутрішніх органів інтерпретуються як наслідок "переміщення енергії" нерозв'язаного. Згідно цієї концепції, емоції виключаються із свідомості, тим самим не мають адекватної розрядки, стають джерелом хронічної напруги та можуть реалізуватися на соматичному рівні. Цей процес відбувається на тлі субклінічного формування потрібної "соматичної готовності" - фізичного чинника, що має істотне значення для подальшого "вибору органа", в якому відбудеться така соматична реалізація. Фізіологічні механізми захисту (традиційний адаптаційний синдром за Н.Селье) запобігають повному розвитку відчуття страху-тривоги, зменшують їх виразність, але не усувають цих явищ та патогенної дії на організм. Постійні збудження виснажують адаптаційні можливості організму, що призводить до руйнування саморегуляції внутрішніх органів і систем організму та стають основними у формуванні даної патології.

Характерний збірний образ хронічного соматичного хворого описав В.Г.Друсс: "Він двічі проклятий та страждає не тільки від проявів патології внутрішніх органів, але й горить зсередини через соматично провокуючу тривогу песимізму" [Друсс, 1995]. Концепція сучасних поглядів полягає в тому, що будь-яка психосоматична хвороба відокремлено не виникає ні з психічних, ні з фізіологічних особистостей індивіда, лише їх взаємодія з навколишнім середовищем може привести до такого стану організму людини, який і визначається як психосоматична хвороба. Тобто, психосоматика - це вчення про тілесний взаємозв'язок психічних та соматичних процесів в організмі людини. Психосоматичний підхід базується на ідеї цілісного сприйняття людини і затверджувався в перевазі традиційній медицині, котра враховувала, що для кожної хвороби існує своя особиста органічна причина.

Існує два аспекти впливу соматичного захворювання на психічний стан людини: хвороба як соматогенія (фактор, який безпосередньо впливає на нервову систему) та хвороба, як психогенія. Ці два аспекти можуть поєднуватися. Будь яке хронічне соматичне захворювання справляє зворотній вплив на психіку людини, навіть тоді, коли при цьому не спостерігається якийсь клінічний фактор психічних порушень. Вивчення клініко-психологічних аспектів впливу соматичної хвороби на психічну сферу людини дослідив Р.А. Лурия та ввів поняття "внутрішня картина хвороби", під яким розуміється поєднання всіх почуттів зображень, хвилювань хво-

рого з приводу своєї соматичної патології [Лурия, 1977].

В минулому столітті А.Р.Фейнштейн ввів термін "концепції коморбідності". Вперше було сформовано та визначено існування будь яких клінічних явищ, які можуть проявлятися та виявлятися в анамнезі хвороби пацієнта [Feinstein, 1970]. Під цим терміном розуміють існування різних синдромів та симптомів при тій чи іншій хворобі, виникає свого роду соматичний феномен "подвійного страждання". Хворий страждає не тільки від реального соматичного захворювання, але й від віртуальної патології тілесного "я", тобто, внутрішнього суб'єктивного хвилювання. Саме з цих позицій згідно даної концепції необхідно аналізувати взаємозв'язок реакції особистості та взаємозв'язану з нею соматичною хворобою.

Залежність фізичного здоров'я людини від її психіки є предметом обговорювання сучасних клініцистів, які вказують на вірність розуміння того факту, що соматична хвороба як процес обумовлена і психологічними факторами. Виходячи з цього твердження неможливо сьогодні виключити вплив емоційних факторів на будь-яку хворобу [Тополянський, Струковская, 1989; Гиндикин, 2000; Сидоров и др., 2006]. Соматичні страждання, вимушена обмеженість в активному житті та професійній діяльності внаслідок захворювання, викликають зміни і в емоційній сфері, а та в свою чергу впливає на перебіг соматичної патології [Тарнавський, 1990; Смулевич, 2003].

Значне зростання психосоматичної симптоматики в загальній структурі захворюваності набуло характеру стійкої тенденції як у структурі розладів психічної сфери, так і в клініці соматичних захворювань [Бройтгем и др., 1999; Сидоров и др., 2006; Андреев, Березанцев, 2012].

Психосоматична спрямованість у медицині стала активно розвиватися в останні два десятиліття як за кордоном, так і у нас в Україні. Класичні психосоматичні розлади описуються як закордонними вченими, так і українськими науковцями.

Психосоматична медицина сьогодні вийшла за межі психіатрії?, здебільшого цим питанням займаються лікарі та науковці, що працюють у сфері психіатрії, психології [Марковская, 1986; Напреенко, Петров, 1995; Пшук, 1995; Напреенко, Латчман, 2002; Чабан, Хаустова, 2004] та деякі інтерністи. Об'єктом їхньої уваги окреслюються саме психосоматичні розлади - психогенно зумовлені порушення функцій внутрішніх органів [Мороз, 2005].

Серед афективної патології у таких хворих переважають депресивні розлади. Вони є найбільш соматизованими психічними відхиленнями. Подібна соматизація може домінувати у внутрішній картині хвороби - тоді психічні розлади не усвідомлюються пацієнтами, а тісно асоціюються з тілесними стражданнями. В таких випадках згідно принципу компліментарності афекту та наявності конфлікту витісняються і соматизуються. Соматичні скарги та функціональні симптоми як екв-

іваленти депресії можуть перевищувати в клініці захворювання, а емоційні розлади при цьому відходять на задній план і залишаються непоміченими як хворим, так і лікарем-інтерністом.

Сучасна психосоматична медицина тісно співпрацює з клінічною медициною, експериментальною і соціальною психологією. Схильність до розвитку психосоматичних та соматопсихологічних розладів можуть бути такі фактори як неблагополучне мікро та макросоціальне середовище. Серед соціологічних характеристик в якості фактору ризику можуть бути такі причини, як стать (жінки більш вражені на психосоматичну патологію), низький рівень освіти та соціальне положення, стресові життєві події, самі соматичні хвороби [Волков и др., 1995]. При вивченні психосоматичних взаємовідношень стали використовувати об'єктивні методи дослідження - електрофізіологічне, біохімічне, генетичне, імунологічне, а також методики психологічного тестування для оцінки особистості хворого [Циркин, Трутина, 2001].

Частота психосоматичних розладів досить висока й коливається загалом від 15 до 50%, а в загально-медичній практиці - від 30 до 57% [Чабан, Хаустова, 2004].

Результати епідеміологічних досліджень за останні 20 років відмічають зростання частоти емоційних розладів у країнах Європи та в США. Цей показник відображає реальну частоту емоційних розладів у сучасному світі, а її значене зростання пояснюють з одного боку, тим, що основною причиною звертання пацієнта до психіатричної клініки є наявність у них депресії, а з іншого боку - що клініко-соматичні дослідження, які проводили у рамках вивчення епідеміологічних даних емоційної патології дозволяють достовірно їх вивчати.

Серед психосоматичних розладів домінують різного ступеню вираженості депресивні стани. Важливою відмінною рисою депресивних станів на сучасному етапі є їх вихід за межі психіатричної допомоги, неуклінне зростання невротичних чи соматичних форм у порівнянні з класичними ендогенними депресіями. Так, на сучасний стан доля неспихотичних форм в структурі депресивної патології перевищує 60% [Гусев и др., 2001]. У доповіді ВООЗ у 2020 році у випадках продовження існуючих тенденцій росту депресивна симптоматика зростає на 5,7% і стане другою причиною інвалідизації населення. У всьому світі депресія буде поступатися лише ішемічній хворобі серця.

За останні роки проблема депресії стала однією з найбільш актуальною не тільки в психіатричній практиці, але й в глобальному медичному масштабі. Основними факторами, які обумовлюють зростання частоти психосоматичних розладів, поруч із процесами урбанізації, стресогенними подіями, підвищенням середньої тривалості життя, алкоголізацією, міграцією, безробіттям та іншими соціальними тенденціями, за останнє десятиріччя стоїть і повніше виявлення емоційних розладів, зокрема депресій, і передусім у пацієнтів загальномедичної мережі [Смулевич, 2003].

Необхідно відмітити, що в розвитку депресивних розладів при соматичній патології [Напреенко, Латчман, 2002] виділяють соматопсихологічні та психосоматичні ланцюги. Соматичне захворювання само по собі вже є психотравмуючим фактором навіть при відсутності інших виражених конфліктних ситуацій. З іншого боку, вторинні виникнення порушення психічної сфери негативно впливають на соматичну сферу, що призводить до виникнення патологічного комплексу по типу порочного кола.

Проблеми депресій у загальномедичній мережі цікавлять багатьох вчених. Це пов'язано перш за все широкою розповсюдженістю депресивних станів серед соматичних захворювань - по різних даним частота яких коливається від 8 до 44%. У загальній популяції депресивні розлади зустрічаються від 5 до 17% випадках, причому в спеціалізованих психіатричних установах амбулаторної ланки вони складають приблизно 1%; при масовому обстеженні на промислових підприємствах Росії ті чи інші депресивні розлади спостерігаються у 20-35% ніби-то здорових людей, а серед тих, хто звернувся до спеціалістів загальної практики - у 68% [Марута, Мороз, 2002]. Разом із тим, у великій кількості випадків депресивні стани у соматичних хворих розрізняються лише при довготривалому перебігу або взагалі залишаються нерозпізнаними. Справа в тому, що багато пацієнтів загальномедичної мережі не асоціюють свої скарги з психічною патологією або не бажають обговорювати свій стан з інтерністами через страх соціальної стигматизації. В такому випадку у лікарів загальномедичної мережі може скластися думка про особливі складності в процесі виявлення депресії [Андрюшенко и др., 2003]. Екзогенні депресії спостерігаються при кардіологічних захворюваннях [Семке, Карпов, 1996; Козаков, 2002; Смулевич и др., 2005], при патології коронарної [Frasure-Smith et al., 1995; Чазов и др., 2005; Семиглазова и др., 2008] та церебральної судинної систем [Гехт и др., 2002; Robinson, 2003]. Депресія, яка виникає безпосередньо після інфаркту міокарда в 3 рази підвищує ризик летального наслідку захворювання [Смулевич и др., 2005; Carney et al., 2002].

З розвитком психосоматичної медицини питання емоційного впливу на етіологію та клініку цукрового діабету з'явилися в минулому столітті [Daniels, 1936; Geringer, 1990; Starr, 1995]. Вчені, які займалися цією проблемою вказували на роль преморбідних особливостей особистості [Skenazy, Bigler, 1985]. Було відмічено, що хворі на цукровий діабет більш вражені психосоматичними вадами, особливо депресивними, ніж соматично здорові люди [Frence et al., 1990; Целина, 2001; Коркина, Елфимова, 2003].

За даними багатьох дослідників сьогодні і виразкову хворобу можна розглядати як типовий приклад психосоматичного захворювання, при якому психоемоційним та психосоціальним факторам надають визначну роль [Миرونчев и др., 1996]. Доведено, що ці факто-

ри передують та сприяють виникненню виразкового дефекту в шлунку або дванадцятипалої кишки. Виразкова хвороба є системним захворюванням при якому соматичне завжди опосередковане психічним.

Наявність депресивних розладів спостерігалась у хворих з хронічною нирковою недостатністю [Цивілько, 1971]. За даним Н.Н. Петрової зі співавторами [1992] в процесі гемодіалізу у хворих з хронічною нирковою недостатністю депресивна симптоматика була виявлена у 38% випадках [Петрова, 1992]. В дерматологічній практиці схильність до зниженого настрою у 48,75% випадків спостерігав А.Б.Смулевич [2003], депресію різного ступеня вираженості у пацієнтів з шкірними хворобами Н.П.Ишутіна, Т.В.Раєва [1999] виявили у 52% хворих. І.Ю.Дороженок зі співавторами [2006] при психологічному дослідженні цієї категорії пацієнтів спостерігали у 62,5% депресивні порушення, причому депресивні розлади позитивно корелювали при виражених шкіряних проявах [Дороженок, Терентьева, 2006]. Частота невротичних розладів у осіб з бронхіальною астмою сягає до 33,5%, до 32% хворих страждають на депресію [Сидоров и др., 2006; Scherman et al., 2002].

Разом із тим, існує ціла низка робіт, в яких показано, що психічні детермінанти є кофакторами, які набувають причинного значення тільки при їх поєднанні з генетичними, конституціональними, впливу зовнішнього середовища, імунними та місцевими факторами, що є причиною розвитку хвороби. З іншого боку, в більшості випадків, поза увагою лікарів соматичних стаціонарів залишається велика група захворювань, які об'єднані у "соматичні захворювання", при яких виникають різного роду соматовегетативні, соматопсихічні функціональні порушення, а також відбувається зміна рис характеру особистості внаслідок гострих або хронічних захворювань внутрішніх органів.

Можливість соматичної проекції психічних факторів повинна враховуватися лікарями інтерністами. Саме комплексний підхід до вивчення гострих і хронічних патологічних станів є важливою, а в ряді випадків - єдиною передумовою подальшого підвищення ефективності лікувального процесу.

В епідеміологічних дослідженнях депресивні стани порівнюють з "айсбергом", вершину якого утворюють виражені форми, розпізнання яких для фахівців не представляє великої складності. Більшість депресивних розладів знаходяться в глибині самого "айсбергу". Це

стерті форми, в клініці яких домінують невротичні, соматизовані, вегетативні порушення. Такі хворі частіше звертаються за допомогою в заклади загальномедичної мережі. Саме цьому факту в сучасних умовах проблема депресій розглядається як одна із ключових, не тільки в психіатрії, але і в загальній медицині [Смулевич, 2003].

У зв'язку з великою розповсюдженістю патології депресивного спектру та депресивних станів рекомендується широко впроваджувати процедури скринінгу афективних (депресивних) розладів в роботу установ загально-медичної мережі. У першу чергу такий скринінг необхідно впроваджувати при хворобах, що супроводжуються значним обмеженням побутового та соціального функціонування або, що мають несприятливий прогноз для подальшої емоційної корекції - призначення таким хворим антидепресивної терапії.

Безумовно, соматичні захворювання є стресовими факторами для психіки. При цьому, якщо соматичне захворювання виникає у людей з різними рисами особистості, то їх перебіг та результат можуть бути різними. Так, наприклад, у тривожній та недовірливої особистості, схильної до надмірних емоційних переживань, можуть спостерігатися ускладнення у вигляді патологічного розвитку особистості або неврозу і проявлятися у вигляді тривоги, страху, емоційної нестійкості, депресії, підвищеної дратівливості, безсоння, вегетативної дисфункції, нав'язливих думок.

Таким чином, походження психосоматичних розладів слід розглядати в руслі сучасної клінічної медицини. Їх своєчасна діагностика та адекватна корекція сприяє поліпшенню психічного стану та соціально-психологічної адаптації у даної когорти хворих.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Результати наукових досліджень обґрунтовують багатфакторність природи психосоматичних хвороб.

2. Огляд літературних джерел проблеми діагностики психосоматичних розладів у хворих соматичного профілю потребує подальшого досконалого вивчення психосоматичних розладів у неврологічних хворих.

Своєчасна діагностика психосоматичних розладів допоможе краще зрозуміти пацієнта, покращить прогноз основного неврологічного захворювання, збереже соціальну адаптацію хворого та підвищить якість життя з повноцінним соціальним функціонуванням.

Список літератури

- Андреев И.Л. Психосоматика, психопатология, личность (теоретический аспект) /И.Л.Андреев, А.Ю.Березанцев //Росс. психиатр. журнал. - 2012. - №2. - С.39-46.
- Андрюшенко А.В. Сравнительная оценка шкал CES-D, BDI и HADS(d) в диагностике депрессий в общемедицинской практике /А.В. Андрющенко, М.Ю.Дробижев, А.В.Добровольский //Журнал неврологии и психиатрии им.С.С.Корсакова. - 2003. - Т.5. - С.11-18.
- Бройтигам В. Психосоматическая медицина /В.Бройтигам, П.Кристиан, М.Рад. - Пер. с нем. - М.: Гэотар Медицина, 1999. - 376с.
- Волков В.Т. Личность пациента и болезнь /В.Т.Волков, А.К.Стреле, Е.В.Караваева. - Томск: Красное знамя, 1995. - 326с.
- Гехт А.Б. Депрессия после инсульта: опыт применения ципрамила /А.Б.Гехт, А.Н.Боголепова, И.Б.Сорокина // Журнал невропатол. и психиатрии. - 2002. - №5. - С.36-39.
- Гиндикин В.Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: Справочник /Гиндикин В.Я. - М.: Триада-Х, 2000. - 256с.

- Дореженко И.Ю. Феварин в дерматологической клинике (терапия депрессий и обсессивно-компульсивных расстройств) /И.Ю.Дореженко, М.А.-Терентьева //Психиатрия и психофармакология. - 2006. - Т.8, №1. - С.24-26.
- Ишутина Н.П. Депрессивные расстройства и их терапия в дерматологической практике /Н.П.Ишутина, Т.В.Раева //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 1999. - №2. - С.19-22.
- Клинико-динамические особенности расстройств аффективного спектра и эффективность комплексной терапии (антиагреганты, бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ и тианептин) у пациентов после перенесенного острого инфаркта миокарда /М.В.Семиглазова, Т.В.Довженко, В.Н.Краснов [и др.] //Психическое здоровье. - 2008. - №6. - С.33-39.
- Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): первые результаты многоцентрового исследования /Е.И.Чазов, Р.Г.Оганов, Г.В.Погосова [и др.] //Кардиология. - 2005. - №11. - С. 4-10.
- Козаков В.Е. Особенности аффективных расстройств при гипертонической болезни /В.Е.Козаков //Укр. вісник психоневрології. - 2002. - Т.93, Вип.3. - С.95-99.
- Коркина М.В. Сахарный диабет и депрессия /М.В.Коркина, М.В.Елфимова //Журнал неврол. и психиатрии им.С.С.Корсакова. - 2003. - №12. - С.66-70.
- Овсянников С.А. История и эпистемология пограничной психиатрии /С.А.Овсянников. - М.: Альпари, 1995. - С.27.
- Марковская Н.С. Психические расстройства у больных общемедицинской сети /Марковская Н.С. - К.: Наукова думка. - 1986. - 27с.
- Марута Н.А. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение) /Н.А.Марута, В.В.Мороз. - Харьков, Арис. - 2002. - 144с.
- Миронычев Г.Н. Психосоматические аспекты язвенной болезни /Г.Н.Миронычев, А.Ф.Логинов, А.В.Калинин //Росс. журнал гастроэнтерол., гепатол. - 1996. - №3. - С.33-40.
- Мороз С.М. Психосоматические состояния (классификация, клиника, принципы терапии) /С.М.Мороз //Вісник психіатрії та психофармакотерапії. - 2005. - Т.1, №7. - С.87-89.
- Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и ятрогенные заболевания /Лурия Р.А. - М.: Медицина, 1977. - 112с.
- Напреенко А.К. Психическая саморегуляция /А.К.Напреенко, К.А.Петров //Психическая саморегуляция. - К.: Здоров'я. - 1995. - 240с.
- Напреенко А.К. Депрессивные расстройства в амбулаторной общесоматической практике /А.К. Напреенко, Н.Латчман //Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2002. - №1 (9). - С.46-49.
- Особенности депрессивного синдрома у больных, перенесших ишемический инсульт /Е.И.Гусев, А.Б.Гехт, А.Н.Боголепова [и др.] //Журнал невропатол. и психиатрии. - 2001. - Прилож.: Инсульт. - Вып.3. - С.28-31.
- Петрова Н.Н. Психические расстройства у больных при лечении гемодиализом /Н.Н.Петрова, И.А.Васильева, В.В.Козлов //Тер. архив. - 1992. - №12. - С.88-91.
- Психокardiология /А.Б.Смулевич, А.Л.-Сыркин, М.Ю.Дробижев [и др.]. - М.: ООО "Мед. информ. Агенство". - 2005. - 784с.
- Пшук Н.Г. Соматизовані депресії в загальносоматичній мережі: автореф. дис. докт. мед. наук /Н.Г.Пшук. - Х., 1995. - 17с.
- Семке В.Я. Клиническая динамика и лечение кардиофобических состояний /В.Я.Семке, Р.С.Карпов //Сибирский мед. журн. - 1996. - №1. - С.9-12.
- Сидоров П.И. Психосоматическая медицина: Руководство для врачей /П.И.Сидоров, А.Г.Соловьев, И.А.Новикова. - М.: МЕДпресс-информ. - 2006. - 568с.
- Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях /Смулевич А.Б. - М.: Мед. информ. агенство. - 2003. - 432с.
- Смулевич А.Б. Психические расстройства в клинической практике /Под ред. А.Б.Смулевича. - М.: МЕД-пресс, 2011. - С.13.
- Тарнавский Ю.Б. Под маской телесного недуга: Проблемы психосоматики /Ю.Б. Тарнавский - М.: Знание, 1990. - 64с.
- Тополянский В.Д. Психосоматические расстройства /В.Д.Тополянский, М.В.Струковская. - М.: Медицина. - 1989. - 384с.
- Целина М.Э. Динамика пограничных нервно-психических расстройств при сахарном диабете (клинико-экспертный анализ) /М.Э. Целина //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - 2001. - №2. - С.21-24.
- Цивилько М.А. Психические нарушения у больных с хронической почечной недостаточностью /М.А.Цивилько //Журнал неврологии и психиатрии. - 1971. - №12. - С.1835-1841.
- Циркин В.И. Физиологические основы психической деятельности и поведения человека /В.И.Циркин, С.И.Трухина. - М.: Мед. книга. Н.Новгород: изд-во НГМА. - 2001. - 524с.
- Фрейд З. Введение в психоанализ /З.Фрейд. - М.: Наука. - 1989. - 456с.
- Циммерман Ю.С. Психосоматическая медицина и проблемы язвенной болезни /Ю.С.Циммерман, Ф.В.Белюсов //Клин. мед. - 1999. - Т.77, №8. - С.9-15.
- Чабан О.С. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування) /О.С.Чабан, О.О.Хаустова. - Киев, 2004. - 96с.
- Daniels G.E. Emotional and instinctual factors in diabetes mellitus /G.E.Daniels //Am. J. Psychiat. - 1936. - Vol.93. - P.711-724.
- Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: A review of potential mechanism /R.M.Carney, K.E.Freedland, G.E.Miller [at al.] //J. Psychosom. Res. - 2002. - Vol.53 (4). - P.897-902.
- Difference in the occurrence of depression among diabetics versus other chronic disease patients: Abstract. Diabetes /D.L.Frence, T.E.Will, C.R.Mensing [et al.] //Abstract. Diabetes. - 1990. - Vol.39. - Suppl. 167A. - P.3-12.
- Druss B.G. The Psychology of illness in Sickness and Health /B.G.Druss. - Washington, DC; London, 1995. - 114p.
- Feinstein A.R. The pretherapeutic classification of comorbidity in chronic disease /A.R.Feinstein //J. Chronic Dis. - 1970. - Vol.23. - P.455-468.
- Frasure-Smith N. Depression and 18-month prognosis after myocardial infarction /N.Frasure-Smith, F.Lesperance, M.Talajic //Circulation. - 1995. - Vol.91. - P.999-1005.
- Geringer E.D. Affective disorders and diabetes mellitus. In: Holmes C.S. (ed) /E.D.Geringer //Neuropsychological and Behavioral Aspects of Diabetes. - New York: Springer. - 1990. - P.239-272.
- Robinson R.G. Poststroke depression: Prevalence, diagnosis, treatment and disease progression /R.G.Robinson //Biol. Psychiatry. - 2003. - Vol.54. - P.376-387.
- Rovaletti M.L. Phenomenology and

- psychosomatics /M.L. Rovaletti // Vertex. - 2002. - Vol.13, №50. - P.251-257.
- Scherman M.N. Refusing to be ill: a longitudinal study of patient experiences of asthma /allergy /M.N.Scherman, L.O.Dahlgren, O.Lowhagen //Disabil. Rehabil. - 2002. - №2. - Vol.24. - P.297-307.
- Skenazy G.A. Psychological adjustment and neuropsychological performance in diabetic patients /G.A.Skenazy, E.D.Bigler //J. Clin. Psychol.- 1985. - Vol.14, №3. - P.391-396.
- Starr Ph. Psychosomatic considerations of diabetes in childhood /Ph. Starr //J. Nerv. Ment. Dis.- 1995. - Vol.121. - P.493-504.

Старинец Н.Г.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Резюме. Представлен обзор литературы, посвященный освещению современных взглядов на взаимосвязь между психологической и соматической сферами в организме человека, поднимается вопрос влияния психологических и психосоциальных факторов на соматическую патологию.

Ключевые слова: психосоматика, соматическая патология, аффективные расстройства, депрессия.

Starinets N.G.

MODERN ASPECTS OF PSYCHOSOMATIC MEDICINE

Summary. The publication review presents the modern opinions on the interdependence of psychological and somatic spheres of the human being, the question of the influence of the psychological and psychosocial factors on the somatic pathology is risen.

Key words: psychosomatics, somatic pathology, affective disorders, depression.

Стаття надійшла до редакції 27.11.2012р.

© Теклюк С.В.

УДК: 616.895.8

Теклюк С.В.

Кафедра психіатрії та наркології Вінницького національного медичного університету імені М.І.Пирогова (вул. Пирогова, 56, м.Вінниця, 21018, Україна)

ПІДХОДИ ДО РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ НА ПОЧАТКОВИХ ЕТАПАХ РОЗВИТКУ ЗАХВОРЮВАННЯ

Резюме. В статті висвітлюються сучасні погляди на реабілітацію хворих на шизофренію та обґрунтовується необхідність реорганізації традиційних підходів до психо-соціальної реабілітації зазначеного контингенту пацієнтів.

Ключові слова: психо-соціальна реабілітація, психотерапія, шизофренія, перший психотичний епізод.

Психічне здоров'я і психологічне благополуччя є найважливішими складовими високого рівня якості життя, що дозволяють людині вважати своє життя повноцінним, бути активним і творчим членом суспільства [Абрамов і др., 2006; Пишель і др., 2007; Михайлов і др., 2008].

За даними провідних українських вчених, посилення впливу стресових факторів призводить до росту числа не лише психопатології межового спектру, але зумовлює і більш ранній та зляканий дебют ендегенних захворювань [Пишель і др., 2006; Михайлов та ін., 2008; Марута, 2010]. На превеликий жаль, протягом останніх десятиліть в Україні відзначається збільшення поширеності в 1,2-1,5 рази психічних розладів, в тому числі шизофренії. Актуальність розробки та впровадження ефективних методів лікування та реабілітації хворих на шизофренію зумовлена, зокрема, раннім початком захворювання, високими показниками інвалідизації та суїцидального ризику [Абрамов і др., 2006; Пишель і др., 2007; Бачериков, 2008].

Метою даного дослідження є вивчення та висвітлення сучасних поглядів на реабілітацію хворих шизофренією та обґрунтування необхідності реорганізації традиційних підходів до розв'язання зазначеної проблеми.

Серед причин недостатньої ефективності надання

психіатричної допомоги в проєкті концепції Державної цільової комплексної Програми розвитку охорони психічного здоров'я України на 2011-2015 роки, зокрема виділено: застарілість структури і функційної організації психіатричної служби, яка вимагає змін відповідно європейським і світовим тенденціям; недостатня участь медичних психологів, психотерапевтів, соціальних працівників у наданні психіатричної допомоги; низька доступність осіб із проблемами психічного здоров'я до високоякісної первинної медико-санітарної допомоги [Марута, 2010].

Відомо, що в проблемі охорони психічного здоров'я ефективність медичної складової становить всього 10%, а решта залежить від зусиль суспільства, направлених на зміцнення психічного здоров'я населення, соціальну реабілітацію та інтеграцію пацієнтів із психічними розладами в суспільство. Але традиційна психіатрична практика з використанням клініко-діагностичних підходів і фармакотерапії, орієнтованих на патологічний процес, не враховує індивідуальних, соціальних і особистісних особливостей пацієнтів і робить неможливим надання повноцінної і якісної медико-реабілітаційної допомоги [Абрамов і др., 2006].

Психосоціальна реабілітація - це процес, що допомагає хворим із психічними розладами досягти свого