

Выводы. Знание о возможности паранеопластического генеза поражения структур нервной системы и его особенностей позволит своевременно обнаружить и адекватно лечить онкопатологию.

Ключевые слова: нервная система, паранеопластическое поражение.

I. O. Tsiokha

Paraneoplastic neurological syndrome: the clinical case

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. Paraneoplastic syndromes are combined clinical symptoms found in various organs and systems affected by tumors of different localization that accompany their development, but are not the result of metastatic lesion. They tend to regress in case of the radical treatment of the neoprocess but relapse in its prolonging, or when other primary multiple tumors occur. **Material and methods.** The paper presents a case report of our observation of the peripheral nervous system paraneoplastic lesions as an early manifestation of the neoprocess.

Results and discussion. The patient P. aged 49, who addressed a single complaint to the neurologist concerning the sudden abnormal sweating of feet for 3 months. The detailed neurological examination showed the signs of polyneuropathy with severe autonomic failure and bilateral pyramidal symptoms. The thorough clinical, laboratory and instrumental study (searching polyneuropathic genesis) revealed the ovarian neoplasms (histologically concluded homologous teratoma).

Conclusion. To know about possible occurrence of paraneoplastic genesis of the affected structures of the nervous system and its features will make possible to timely detect and appropriately treat oncopathology.

Key words: the nervous system, paraneoplastic lesion.

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2013

Л.В. Черкашина¹, М.М.Дорошенко²,
М.С.Панченко³, С.П.Шкляр³, І.Г.Дорошенко⁴

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ У МОЛОДОМУ ВІЦІ

¹Харківський національний університет ім.В.Н.Каразіна,

²Українська військово-медична академія,

³Харківська медична академія післядипломної освіти,

⁴Центральна районна поліклініка Деснянського району м. Києва

Вступ. З'ясування наявності особливостей перебігу соматизованих вегетативних соматоформних розладів та їх донозологічна діагностика у осіб молодого віку ще потребує розробки діагностичних критеріїв та віднесення до груп динамічного спостереження.

Мета. Вивчення особливостей «внутрішньої картини» страждань, їх гносеологічної та емоційної компоненти, рівня соціального функціонування.

Методи. Використано клінічний метод та психометричні методики: Осгуда-СДФ, Spielberger (адаптовану Ханінім), Eysenck, Krepelin (у модифікації Schulte), ЛОБІ, сприйняття хвороби і вплив її на соціальне функціонування.

Результати. За результатами дослідження визначені частота і характер клінічних проявів при «ізолюваних» та нозологічно окреслених вегетативних соматоформних розладах, їх перебіг. З'ясовано, що при ізолюваних вегетативних соматоформних розладах (ВСФР) функціональний стан характеризується погіршенням самопочуття та настрою, розвитком реактивної тривожності, при менш виразному зниженні рівня активності; підвищеним рівнем сенситивності, іпохондричності, дисгармонічністю взаємовідносин, що сприяє вторинному впливу на соматизацію.

Висновки. При соматизованих ВСФР більш вираженим є зниження настрою, самопочуття, активності та рівня ейфоричності, соціального функціонування, а також обмеження сили та енергії при зростанні рівня нейротизму, obsесивності. Крім того виявлено збільшення тривожності, лабільності вегетативної нервової системи та її збудливості.

Ключові слова: вегетативні соматоформні розлади, клініко-психологічні особливості, медико-психологічний моніторинг.

ВСТУП

Вегетативні соматоформні розлади (ВСФР) – це функціонально-синдромологічні особливості пацієнта, які не можна пояснити з позицій патогенетичних проявів верифікованої у пацієнта соматичної патології та які не можна віднести до наслідків наявної у пацієнта іншої психічної симптоматики. Висока поширеність [10] та визначення факторів ризику [11] ВСФР у осіб молодого віку актуалізують розробки алгоритмів ранньої діагностики ВСФР, насамперед серед осіб молодого віку. У системі диференційної діагностики ВСФР застосовуються нейро-фізіологічні клінічні методи [8] та клінічні показники, що дозволяє комплексно оцінювати наявну діагностичну інформацію. Саме тому, найбільш доступним та традиційно застосовуваним методом залишається метод психологічного дослідження із застосуванням психометричного інструментарію, який дозволяє врахувати значну кількість порушень та шляхом логічного виключення диференціювати прояви ВСФР [6]. Для вивчення оцінки індивідуального адаптивного реагування пацієнта з вегетативними соматоформними розладами застосовується особистісний опитувальник психоневрологічного інституту імені В.М. Бехтерева [4, 5], що дозволяє діагностувати 12 типів відношення до хвороби, які Л.І. Вассерман із співавторами [7] об'єднують в 3 блоки за ступенем та характером соціальної дезадаптації. За вказаною методикою вивчають рівень виразності кожного із адаптивних типів реагування.

Основними засобами диференційної діагностики вегетативних соматоформних розладів є спеціальні опитувальники, які здатні виявляти типи реагування пацієнта та ступінь його астенізації, спричинений наявністю соматичного захворювання та реакцією хворих на соматичні захворювання [15]. Однак ці засоби дослідження надають лише можливість одержувати попередню якісну оцінку щодо індивідуального типу реагування пацієнта, а не діагностувати її, оскільки не враховуються всі можливі типи.

З'ясування наявності особливостей перебігу соматизованих вегетативних соматоформних розладів (сВСФР) та донозологічна діагностика «ізолюваних» вегетативних соматоформних розладів (іВСФР) займають зв'язкове місце між профілактичною та лікувальною медициною, а це потребує впровадження в систему медичної допомоги, насамперед молоді, адекватних ризико-метричних оцінок, а реалізація профілактичного підходу пов'язана із розробкою критеріїв віднесення до груп динамічного спостереження, як етапу медико-психологічного моніторингу.

Мета дослідження. Провести порівняльне комплексне вивчення особливостей «внутрішньої картини» страждань, їх гносеологічної та емоційної компоненти, що

безперечно здатне впливати на якість життя та рівень соціального функціонування пацієнтів.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

До першої групи пацієнтів (n.) віднесені 65 осіб молодого віку, у яких, згідно до діагностичних стандартів було верифіковано наявність вегетативного соматоформного розладу (МКХ-10: F 40–48). До другої групи пацієнтів (n.) віднесені 53 особи молодого віку, у яких, згідно до діагностичних стандартів було верифіковано наявність вегетативного соматоформного розладу (МКХ-10: F 40–48) на тлі хронічної соматичної патології (XI клас МКХ – хвороби органів травлення: рубрики К 25 – виразка шлунку, К 26 – виразка дванадцятипалої кишки, К 29 – гастрит (К 29.3–К 29.5), X класу МКХ – хвороби органів дихання: рубрика J 41 – хронічний бронхіт (J 41.0, J 41.1, J 41.8).

Для вивчення особливостей психоемоційного стану хворих на соматичні захворювання, їх ставлення до хвороби, ступеня психосоціальної дезадаптації було використано психогігієнічні та клініко-психологічні методики, в тому числі модифіковані та спеціально розроблені для вирішення поставлених завдань [12, 13]. Зокрема, для вивчення оцінки хворими самопочуття, активності і настрою застосовано тест диференційної самооцінки функціонального стану, побудований на принципі полярних профілів Ч. Осгуда-СДФ [2]. Показники самопочуття нижче 5,4 б., активності – 5,0 б., настрою – 5,1 б. розцінювалися нижче норми. Для визначення рівня тривожності, як властивості психіки, використано шкалу особистісної і реактивної тривожності С.Д. Spielberger, адаптовану Ю.Л. Ханінім [17]. Рівень тривожності менше 31 б. – низький, 31–45 б. – помірний, понад 45 б. – високий. Рівень нейротизму, екстра- та інтроверсії вивчали за допомогою опитувальника Н.І. Еусенк [18]; рівень до 12 б. – низький; 12–15 б. – помірно виражений; 16–19 – виражений; понад 19 б. – значно виражений. Показники екстра/інтроверсії інтерпретувалися за шкалою: 1–13 б. – інтровертованість (1–4 – значно виражена, 5–9 – виразна, 10–13 – помірно виразна); 14–24 б. – екстравертованість (14–17 – помірна, 18–22 – виразна, 23–24 – значно виражена).

З метою вивчення кількісної оцінки ступеня астенізації хворих застосовували методику рахунку за Е. Креліні у модифікації R. Schulte [8]. Згідно з методикою підраховували кількість простих арифметичних операцій та допущених при цьому помилок у виконанні пацієнтами за 8 відрізків часу тривалістю по 30 сек з побудовою відповідних графічних залежностей.

Для вивчення особливостей реагування хворих на наявність соматичних захворювань застосовано особистісний опитувальник ЛОБІ [4, 5], що дозволяє діагностувати 12 типів відношення до хвороби, які Л.І. Вассерман [7] об'єднує в три блоки за ступенем та характером соціальної дезадаптації: 1) типи відношення до хвороби, при яких адаптація хворих істотно не порушується (гармонійний, ергопатичний та анозогностичний); 2) типи дезадаптивного реагування з інтрапсихічною спрямованістю (тривожний, іпохондричний, неврастенічний, obsесивно-фобічний та апатичний); 3) типи дезадаптивного реагування з екстрапсихічною спрямованістю; адекватність використання цих методик для дослідження при різних сВСФР [1, 3, 9, 14, 16].

З метою вивчення особливостей сприйняття хвороби і впливу її на соціальне функціонування хворих (рівня соціалізації хвороби) використано спеціальний опитувальник [12, 13], який містить 10 тверджень, що відносяться до різних сфер функціонування хворих

молодого віку з ВСФР. Аналіз закономірностей формування клініко-психологічного стану виконано шляхом комплексного клінічного та психолого-гігієнічного обстеження хворих за розробленою спеціальною програмою, що дозволило з позицій доказової медицини та за рахунок порівняльного вивчення в двох клінічних групах, визначити клінічну інформативність та прогностичну значимість досліджуваних індикаторів.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Для кількісної характеристики частоти та виразності факторів соматизації вегетативних соматоформних розладів серед осіб молодого віку застосовано психологічний тест диференційної самооцінки функціонального стану. Залежно від наявності поєднаної соматичної патології виявлено, що хворі першої та другої клінічних груп не відрізнялись за показниками оцінки самопочуття (відповідно $(98,5 \pm 1,5)\%$ та $(96,2 \pm 2,6)\%$ мали низькі значення самооцінки). В середньому, при референтному рівні самооцінки, який становить 5,4 бали, практично абсолютна більшість обстежених хворих – $(97,5 \pm 1,4)\%$, мали зниження самооцінки. Активність осіб молодого віку з сВСФР за даними самооцінки в середньому знижена на 19,8% у порівнянні з референтними показниками. При цьому, рівень активності пацієнтів з іВСФР в середньому становив $(4,81 \pm 0,10)$ балів, та достовірно ($p < 0,05$) перевищував відповідний показник пацієнтів з сВСФР. З'ясовано також, що достовірно більше серед пацієнтів з сВСФР мало місце зниження активності (при іСФР – у $(64,6 \pm 5,9)\%$ осіб; при сВСФР – $(86,8 \pm 4,7)\%$ осіб).

Вивчення рівнів настрою не виявило достовірних відмінностей, залежно від наявності соматизації ВСФР; слід зазначити, що зниження показників рівня настрою були однаковими у досліджуваних групах та в середньому становили $(3,72 \pm 3,75)$ б., що на 17,0% нижче референтних значень.

При аналізі рівнів особистісної тривожності з'ясовано, що особи молодого віку з ВСФР характеризуються надмірною (в середньому на 49,3% вища ніж референтні значення) тривожністю, рівень якої залежить ($p < 0,05$) від соматизації вегетативних розладів. Серед хворих з іВСФР найбільша частка мала помірно (у межах 31–45 б.) підвищений рівень особистісної тривожності – $(60,0 \pm 6,1)\%$ пацієнтів, тоді як при сВСФР більшість осіб молодого віку мали високий (понад 45 б.) рівень особистісної тривожності, що зареєстрований у $(55,8 \pm 6,9)\%$ пацієнтів. Аналіз показників реактивної тривожності виявив, що в середньому її рівень на 41,9% перевищує референтні значення, а у межах цих значень – лише $(2,5 \pm 1,4)\%$ хворих, тоді як помірний рівень (31 ± 45) б.) реактивної тривожності у групах відповідно становить $(61,5 \pm 6,0)\%$ та $(56,6 \pm 6,8)\%$ хворих; більш як третина осіб молодого віку з ВСФР $(38,1 \pm 4,5)\%$ – має високий рівень реактивної тривожності. Отже, пацієнти з сВСФР достовірно ($p < 0,05$) відрізняються від пацієнтів з іВСФР за рівнем особистісної тривожності (середні значення, відповідно становлять $(42,0 \pm 2,2)$ б. та $(49,0 \pm 3,1)$ б.; при цьому і питома вага осіб з високим рівнем особистісної тривожності серед пацієнтів з сВСФР достовірно ($p < 0,05$) вища і становить $(55,8 \pm 6,9)\%$.

На відміну від пацієнтів з іВСФР (у яких зареєстрований рівень особистісної тривожності досягається за рахунок більшої питомої ваги осіб з помірним підвищенням рівня тривожності), у пацієнтів з сВСФР – відбувається зростання питомої ваги осіб з високими рівнями. Водночас, зазначаємо, що питома вага осіб з реактивною тривожністю у порівнюваних клінічних групах однакова. Наведене свідчить про особливості реагування осіб молодого віку з ВСФР, що проявляється у формуванні психосоматичного стану, який

характеризується високими рівнями як особистісної, так і реактивної тривожності, тоді як у разі сВСФР особистісна тривожність додатково та достовірно ($p < 0,001$) зростає, що може бути підґрунтям формування більш тяжких форм розладів.

Аналіз характерологічних особливостей осіб молодого віку з сВСФР, зокрема показників екстра/інтроверсії та рівня нейротизму виявив, що у цілому ($14,4 \pm 3,2$)% хворих мають виразний, а ($32,2 \pm 4,3$)% – високий рівень нейротизму, що характеризує неврвноваженість нервово-психічних та лабільність вегетативних процесів і емоційну нестійкість.

Залежно від наявності хронічної соматичної патології на тлі ВСФР виявлені достовірні ($p < 0,05$) відмінності у рівні нейротизму. Так, в групі хворих з іВСФР понад 24,0% осіб мали високий та дуже високий рівень нейротизму (відповідно – ($3,1 \pm 2,1$)% та ($21,5 \pm 5,1$)% хворих). За наявності соматичної патології невротизація пацієнтів теж достовірно ($p < 0,001$) зростає, сягаючи 72,0% осіб: з високим рівнем – ($28,3 \pm 6,2$)% хворих, з дуже високим – ($45,3 \pm 6,8$)% хворих. Середні значення рівня нейротизму при сВСФР зростає до ($14,9 \pm 1,9$) б., що достовірно ($p < 0,05$) більше, ніж при іВСФР – ($10,0 \pm 1,6$) б.

Зважаючи на те, що показники екстра/інтровертованості хворих при іВСФР та сВСФР є співставними, а показник нейротизму, що здатен відображати стан емоційної напруженості – зростає, можна дійти висновку, що соматизація ВСФР більш властива інтровертним особам, у яких відбувається зростання рівня емоційної напруженості. Про це свідчить з одного боку – достовірно ($p < 0,05$) зростання рівня нейротизму (з одночасним зростанням питомої ваги хворих, які мають його високі та дуже високі рівні), з іншого – зростання в структурі пацієнтів з сВСФР питомої ваги хворих інтровертів за рахунок зменшення питомої ваги екстравертів. Отже, у осіб молодого віку з сВСФР на тлі формування психосоматичного стану, що характеризується високими рівнями особистісної та реактивної тривожності, як проявів первинної реакції психічної дезадаптації, зростає емоційна напруженість та неврвноваженість нервово-психічних процесів, лабільність вегетативної нервової системи та її збудливість, що може впливати на зміну характерологічних рис пацієнта та призводити до «фіксації» у внутрішній картині хвороби психосоматичних розладів.

Застосування психологічного діагностичного інструментарію для оцінки особистісних властивостей осіб молодого віку з ВСФР дозволило визначити особливості, властиві для підвищеного ризику соматизації. З'ясовано, що при іВСФР взаємодносини пацієнтів з оточуючими достовірно ($p < 0,027$) менш гармонійні, ніж при сВСФР ($3,94$ та $5,22$ б., відповідно) та характеризуються достовірно ($p < 0,05$) більшою питомою вагою осіб зі зниженням цього показника (відповідно у ($17,0 \pm 5,2$)% та у ($4,6 \pm 2,6$)% хворих).

Загалом, ($85,3 \pm 3,6$)% пацієнтів з іВСФР та ($94,5 \pm 2,6$)% пацієнтів з сВСФР характеризуються як психологічно дисгармонійні особи. Наведене свідчить про наростання активності процесів порушення гармонійності особистості на етапах соматизації вегетативних розладів. Соматогенно зумовлений рівень тривожності – зменшується; так, якщо у пацієнтів з іВСФР висока тривожність зареєстрована у ($41,5 \pm 6,8$)% хворих, то у групі хворих з сВСФР – достовірно ($p < 0,001$) менша – у ($10,8 \pm 3,8$)% хворих. При цьому рівень тривожності змінюється майже в два рази: з $3,98$ б. до $1,77$ б., що свідчить про зростання ризику соматизації при зниженні рівня тривожності.

Отримані нами дані дозволяють дійти висновку, що серед осіб молодого віку з соматизованими ВСФР має місце менший рівень проявів іпохондричності: при іВСФР – у (13,2±4,7)% хворих, тоді як при сВСФР – серед (6,2±3,0)% хворих. Виразність проявів іпохондричності хворих зменшується (від 2,64 б. до 1,18 б.). Водночас, апатичність, як властивість особистості незалежно від наявності/відсутності соматизації, особам молодого віку не властива та не входить до структури «внутрішньої картини» перебігу ВСФР.

Слід зазначити, що рівень неврастенічності осіб молодого віку з ВСФР не сягає діагностичних порогів ні при іВСФР, ні при сВСФР, та водночас, навіть зменшується (з 2,64 б. до 1,77 б.). При цьому, в групі пацієнтів з сВСФР питома вага хворих, яким властива неврастенічність, достовірно менша (відповідно (35,4±5,9)% та (58,5±6,8)%). Загалом, прояви неврастенічності зареєстровано серед (49,6±5,1)% осіб з ВСФР. Досить показовим є трансформація показників обесивності, сенситивності та егоцентричності на етапах соматизації ВСФР. Так, якщо при іВСФР у особистісних властивостях пацієнтів переважає егоцентричність та сенситивність, то при сВСФР – обесивність.

Характерологічні особливості пацієнтів з ВСФР достовірно різняться ($p < 0,001$) залежно від наявності у них соматичної патології, що може бути використано у системі скринінгової і диференційної діагностики. Слід також зазначити, що уцілому по групі хворих діагностичного рівня окремі характерологічні показники не досягають, що свідчить на користь багатofакторного впливу на процес соматизації іВСФР.

У групах однаковий середній рівень ейфоричності (становить 1,98 б.). Однак, виявлено «розшарування» контингенту обстежених на осіб з низьким та високим рівнем ейфоричності (високий рівень при іВСФР – у (5,7±3,2)% пацієнтів, тоді як при сВСФР – у (20,0±5,0)%), що може свідчити на користь різних психогенних механізмів реагування на хворобу та недооцінку особами молодого віку власного психосоматичного стану. Односпрямованими змінами з показниками ейфоричності впродовж соматизації ВСФР характеризується рівень паранояльності (при іВСФР – 2,10 б.; при сВСФР – 1,78 б.) та зворотнім – рівень ергопатичності (при іВСФР – 2,77 б.; при сВСФР – 4,28 б.), тоді як рівень анозогнозичності достовірно збільшується за наявності соматизації.

Зважаючи на отримані у результаті порівняльного аналізу діагностичну цінність та прогностичне значення для кожного із аналізованих факторів щодо ризику соматизації вегетативних соматоформних розладів, опрацьовано табличний алгоритм для його подальшого застосування у системі медико-психологічного моніторингу. Визначення впливу соматизації ВСФР на соціальне функціонування пацієнтів виконано із використанням результатів самооцінки за факторами «сила та енергія», відношення до хворого у сім'ї та у колективі, а також у спілкуванні, ступеня обмеженості у отриманні задоволень, обмеження у вільному часі, академічній успішності та інших значимих (для цієї вікової категорії обстежених) у повсякденному житті факторів.

Особистісна актуальність цих факторів споріднена з поняттям «якості життя», однак методологія клінічного застосування опитувальників – різниться, як і безпосередньо самі опитувальники. У дослідженні застосовано опитувальник, який розроблено та апробовано і верифіковано у спеціальному клініко-популяційному дослідженні при різних хронічних захворюваннях (серцево-судинні, цукровий діабет, захворювання сечостатевої системи та інші).

Значне зниження «сили та енергії» визначене у (30,2±6,3)% пацієнтів з іВСФР та

(73,8±5,5)% пацієнтів з сВСФР; достовірно ($p < 0,05$) більше таких осіб серед пацієнтів з сВСФР. Середня виразність цього фактору теж менша: при іВСФР – 2,74 б., при сВСФР – 3,62 б., що свідчить про психологічно більш виразний дискомфорт та дезадаптацію осіб з сВСФР. Діагностична цінність цього фактора становить 1,879 біт, а прогностичне значення полягає у тому, що зниженні «сили та енергії» є несприятливим проявом стосовно соматизації ВСФР.

За самооцінкою пацієнтів, у разі наявності соматизації ВСФР, виразно змінюється і відношення до них у сім'ї. Так (98,5±1,5)% осіб молодого віку з сВСФР зазначили зміну взаємин з близькими та рідними, тоді як у разі іВСФР частка таких осіб – достовірно ($p = 0,012$) менша – (86,8±4,7)%; дещо менша, але досить значима частка пацієнтів зазначили погіршення взаємин у колективі за місцем навчання (при іВСФР – (96,2±2,6)%, при сВСФР – (87,7±4,1)%), що безперечно здатне впливати на психосоматичний стан осіб молодого віку з ВСФР.

Як з'ясовано у дослідженні, наявність сВСФР у меншій мірі обмежує повсякденне життя хворих, зокрема у отриманні різних проявів задоволення (фізичного, естетичного, інтелектуального та ін.), що зазначили (66,1–88,7)% осіб; при цьому – у разі іВСФР таких осіб достовірно більше (88,7±4,4)%, ніж при їх соматизації (63,1±6,0)%, $p = 0,010$. Аналогічно тенденцією характеризується і обмеження у вільному часі; так серед обстежених з сВСФР (81,1±5,4)% зазначили значне обмеження у вільному часі, тоді як при іВСФР – (70,8±5,6)%, $p = 0,204$, що може пояснювати ревалентний (вторинний, психосоціальний) вплив на соматизацію ВСФР.

Слід зазначити, що практично всі пацієнти з ВСФР (87,7±96,2)% мають проблемні стосунки або обмеження у спілкуванні з друзями, колегами, співробітниками. Рівень цього обмеження, практично, не залежить від рівня соматизації ВСФР. Окрім того, значні матеріальні збитки, пов'язані зі станом здоров'я мають (28,3±6,2)% пацієнти з іВСФР та ще (40,0±6,1)% осіб молодого віку з сВСФР зазначають помірний рівень матеріальних збитків, що теж не залежить ($p > 0,05$) від рівня соматизації.

Інтегральний показник особистісної соціалізації пацієнтів з соматизованими ВСФР знаходиться на рівні (2,34±2,42) б., що у перерахунку на відсотки інтегрального показника якості життя, зв'язаного з хворобливим станом, відповідає (46,8±49,4)%, тобто майже на 50,0% рольове соціальне функціонування пацієнтів з ВСФР понижене. Серед пацієнтів з іВСФР (67,9±6,4)% мають інтегральну оцінку на рівні 3,0 б. і нижче, тоді як у разі сВСФР таких пацієнтів достовірно ($p < 0,05$) менше – (66,2±5,9)%, що свідчить про більшу соціально-рольову обмеженість пацієнтів з іВСФР та індикатором потреби таких хворих, принаймні, у психогігієнічних заходах на ранніх етапах формування ВСФР.

Із урахуванням отриманих даних клініко-психологічного вивчення, які свідчать про клінічну гетерогенність пацієнтів з ВСФР, побудовано стандартизований багатофакторний профіль особистості (СБФО). Як продемонстровано на СБФО, залежно від рівня соматизації ВСФР, має місце різна рангова послідовність факторів. Так, при іВСФР актуальними є (перші 5 рангів у послідовності зменшуваної частоти): зниження настрою пацієнтів, наявність високого рівня сенситивності, низького рівня реактивної тривожності, зниження самопочуття.

Ранговий розподіл факторної структури особистості осіб молодого віку з соматизованими ВСФР – відрізняється та характеризується наступними особистісними факторами (перші 5 рангів у послідовності зменшуваної частоти): зниженням настрою,

зниженні активності та рівня ейфоричності, а також обмеження сили та енергії при зростанні рівня нейротизму. Наведене свідчить на користь поглиблення неспихотичних порушень психіки, що відбуваються впродовж соматизації ВСФР і трансформацію первинних реакцій психічної дезадаптації у клінічно сталі неспихотичні форми соматогенного астеничного симптомокомплексу.

У системі комплексного вивчення клініко-психологічних особливостей осіб молодого віку з ВСФР досліджено рівень розумової працездатності та з'ясовано, що в середньому він становить $(87,2 \pm 6,6)\%$ та визначається достатньо високим рівнем помилок при виконанні тесту $(2,92 \pm 0,55)$ – при середньому рівні ефективності розумової праці – $(158,7 \pm 12,4)$ розрахункових операцій за 240 с $(75,2\%$ від можливого максимуму). Аналіз періодів розумової працездатності та хронограми працездатності пацієнтів показує, що концентрація активної уваги (II, IV, VI періоди) впродовж найближчих 30 сек. переривається періодами виснаженості (зменшення кількості арифметичних операцій при одночасному збільшенні кількості помилок підрахунку), що свідчить про лабільність психоемоційного стану, а середня працездатність знаходиться на рівні $(87,2 \pm 6,6)\%$.

Достовірно ($p < 0,05$) найбільш ефективною працездатність реєструється у V періоді регламентованої розумової діяльності та становить $(88,9 \pm 3,2)\%$, однак цей ефективний період – нетривалий та закінчується різким виснаженням хворих при одночасному зниженні працездатності. Окрім того, період найбільш ефективною діяльності значно віддалений від «референтних» значень: замість II-III періоду, найбільш ефективна діяльність зареєстрована у VI періоді експериментально-психологічного дослідження пацієнтів з ВСФР.

ВИСНОВКИ

- З'ясовано, що у пацієнтів з ізольованими ВСФР диференційна самооцінка функціонального стану характеризується переважним зниженням показників самопочуття та настрою при менш виразному зниженні рівня активності. Водночас, у пацієнтів з соматизованими ВСФР, за усіма перліченими індикаторами виявлені достовірні зміни, що проявляються їх зниженням. Наведене свідчить про достовірну ($p < 0,05$) різницю у показниках та, відповідно, значне самообмеження хворими молодого віку з сВСФР своєї активності, що може бути пояснено формуванням хронічної соматичної патології.

- На відміну від пацієнтів з ВСФР (у яких зареєстрований рівень особистісної тривожності досягається за рахунок більшої питомої ваги осіб з помірним підвищенням рівня тривожності), у пацієнтів з сВСФР – відбувається зростання питомої ваги осіб з високими рівнями. Водночас, зазначаємо, що питома вага осіб з реактивною тривожністю у порівнюваних клінічних групах практично однакова. Наведе свідчить про особливості реагування осіб молодого віку з ВСФР, що проявляється формуванням психосоматичного стану, який характеризується високими рівнями як особистісної, так і реактивної тривожності, тоді як у разі сВСФР особистісна тривожність додатково та достовірно ($p < 0,001$) зростає, що може бути підґрунтям формування більш тяжких форм розладів.

- У осіб молодого віку з сВСФР на тлі формування психосоматичного стану, що характеризується високими рівнями особистісної та реактивної тривожності, як проявів первинної реакції психічної дезадаптації, зростає емоційна напруженість та невірноваженість нервово-психічних процесів, лабільність вегетативної нервової системи та її збудливість, що може впливати на зміну характерологічних рис пацієнта та призводити до «фіксації» у внутрішній картині хвороби стійких психосоматичних розладів.

Перспективними є подальші дослідження з удосконалення диференційної діагностики вегетативних соматоформних розладів та вивчення рівня психо-соціального функціонування пацієнтів з ВСФР, включаючи і розробку скринінгового інструментарію для медико-психологічного моніторингу.

Література

1. Вакарица О.А., Красильникова М.Н. К психодиагностике предболезненных психосоматических состояний. XIII Съезд психиатров России, 10–13 окт. 2000 г. Материалы съезда. М. 2000.
2. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Стронгина О.М. Психологический тест “САН” применительно к исследованиям в области физиологии труда. Гигиена труда и проф. заболевания. 1975, 5: 28–32.
3. Ершова-Бабенко И.В. Исследование влияния агрессивности информационно-эмоциональной среды. Укр. вісник психоневрології. 2002, 10 (1): 181–182.
4. Личко А.Е. Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ). Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина. 1983: 102–115.
5. Личко А.Е., Иванов Н.Я. Медико-психологическое обследование соматических больных. Журнал невропатол. и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1980, 80 (8): 1195–1198.
6. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. М.: Медпресс. 1999.
7. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б. Методика для психологической диагностики типов отношения к болезни: Метод. рекомендации. Ленинград. 1987.
8. Михайлов Б.В. Психотерапия в общесоматической медицине. Харьков. – ХМАПО. 2002.
9. Мороз С.М. Основные психологические характеристики больных с непсихотическими психическими расстройствами в среднем возрасте. Укр. вісник психоневрології. 2000, 8 (1): 31–32.
10. Панченко М.С. Поширеність та структура вегетативних соматоформних розладів (за результатами моніторингу студентів). Вісник проблем медицини та біології. 2010, 3: 66–72.
11. Панченко М.С. Фактори ризику та прогнозування вегетативних соматоформних розладів у системі медико-психологічного моніторингу студентів. Вісник проблем медицини та біології. 2010, 4: 131–137.
12. Сердюк О.І., Михайлов Б.В., Шкляр С.П. Пат. 63777 А, Україна, МКІ 7 А61В10/00. Спосіб прогнозування непсихотичних розладів психіки. (UA). №2003065826; Заявл. 24.06.2003; Опубл.15.01.2004, Бюл. №1.
13. Сердюк О.І., Михайлов Б.В., Шкляр С.П. Пат. 65317 А, Україна, МКІ 7 А61В10/00. Спосіб діагностики реакцій психічної дезадаптації. (UA). №2003076348; Заявл.08.07.2003; Опубл.15.03.2004, Бюл. №3.
14. Пшук Н.Г., Черній О.М. Типологія внутрішньої картини хвороби при гіпофункції щитовидної залози. Укр. вісник психоневрології. 2002, 10 (1).
15. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М.: Медицина. 1987.
16. Федоренко О.Є. Динаміка зміни рівнів реактивної стривоженості при різних типах психологічного реагування на соматичну патологію. Архів психіатрії. 2000, 1-2: 41–43.
17. Ханін Ю.Л. Исследование тревоги в спорте. Вопросы психологии. 1978, 5: 94–106.
18. Eysenck H.J. Neurosen-Ursachen und Heilmethoden. Berlin: Deutsch. Verlag Wissen-schaften. 1968.

Л.В. Черкашина, М.Н. Дорошенко, Н.С. Панченко,
С.П. Шкляр, И.Г. Дорошенко

Особенности течения соматоформных расстройств в молодом возрасте

Харьковский национальный университет им.В.Н.Каразина,
Украинская военво-медицинская академия,
Харьковская медицинская академия последиplomного образования,
Центральная районная поликлиника Деснянского района г. Киева

Вступление. Выяснение наличия особенностей течения соматизированных вегетативных соматоформных расстройств и их донозологическая диагностика у лиц молодого возраста еще требует разработки диагностических критериев и отнесения к группам динамического наблюдения.

Цель. Изучение особенностей «внутренней картины» страданий, их гносеологической и эмоциональной компоненты, уровня социального функционирования.

Методы. Используются клинический метод и психометрические методики: Осгуда-СДФ Spielberger (адаптированную Ханиным), Eysenck, Krepelin (в модификации Schulte), ЛОБИ, восприятия болезни и влияние ее на социальное функционирование.

Результаты. По результатам исследования определены частота и характер клинических проявлений при «изолированных» и нозологически очерченных вегетативных соматоформных расстройствах, их течение. Выяснено, что при изолированных вегетативных соматоформных расстройствах (ВСФР) функциональное состояние характеризуется ухудшением самочувствия и настроения, реактивной тревожности, при менее выраженном снижении уровня активности; повышенным уровнем сенситивности, ипохондричности, дисгармоничностью взаимоотношений, что способствует вторичному влиянию на соматизацию.

Выводы. При соматизированных ВСФР более выраженным является снижение настроения, самочувствия, активности и уровня эйфоричности, социального функционирования, а также ограничение силы и энергии при росте уровня нейротизма, obsessivity. Кроме того, выявлено увеличение тревожности, лабильности вегетативной нервной системы и ее возбудимости.

Ключевые слова: вегетативные соматоформные расстройства, клинико-психологические особенности, медико-психологический мониторинг.

L.V. Cherkashyna, M. M. Doroshenko, M. S. Panchenko,
S. P. Shkliar, I. H. Doroshenko

Peculiarities of the clinical course of the somatoform disorders in young adults

V. N. Karazin Kharkiv National University,
Ukrainian Military-Medical Academy ,
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education,
Central Regional Polyclinic of Desnianskyi district, Kyiv

Introduction. Determining the peculiarities of the clinical course of somatised autonomic somatoform disorders and their pre-nosological diagnosis in young adults still requires the

development of the diagnostic criteria; and the young adults are to be referred to the groups of dynamic observation.

Aim. Study the features of the "inner picture" of suffering, their epistemological and emotional components, as well as the level of social functioning.

Methods. There were used such clinical approach and psychometric methods as Osgood' semantic differential, methods of Spielberger (adapted by Khanin), Eysenck, Krepelin (modified by Schulte), the personal questionnaire of Bekhterev Institute, person's perception of the disease and its impact on social functioning.

Results. According to the results of the study there are determined the frequency and nature of the clinical presentations at "isolated" and nosologically outlined autonomic somatoform disorders (ASFD), as well as their course,. It was found that in case of isolated ASFD the functional state was characterized by the worsened general state and mood, the developed reactive anxiety with the less evidently decreased level of the activity. Besides, there was observed the increased level of sensitivity, hypochondriasis, disharmony of the relations, that led to the secondary effect on somatization.

Conclusion. At the same time, in case of somatized ASFD there were more evident the worsened mood, general state, activity and the level of euphoria, social functioning, as well as the deficiency in physical force and energy caused by the increased level of neuroticism, obsession. Furthermore, there was detected the increased anxiety, lability of the autonomic nervous system and its excitability.

Key words: somatoform autonomic disorders, clinical and psychological characteristics, medical and psychological monitoring.

© О. П. ШКЛЯЄВА, 2013

О. П. Шкляєва

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ АРТЕРІАЛЬНОЇ ГІПЕР-ТЕНЗІЇ В ГОСТРОМУ ПЕРІОДІ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ У ХВОРИХ З ФІБРИЛЯЦІЄЮ ПЕРЕДСЕРДЬ

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика

Мета. Виявлені особливості перебігу артеріальної гіпертензії в гострому періоді ішемічного інсульту у хворих з фібриляцією передсердь.

Матеріали і методи. В дослідження включено 90 хворих з гострим ішемічним інсультом віком від 36 до 83 років. Усім хворим проведено загальноклінічне обстеження, оцінку ступеня порушення свідомості за шкалою Глазго, оцінку ступеня важкості ішемічного інсульту за шкалою NIHSS, функціонального статусу за шкалою Barthel, добове моніторування артеріального тиску.

Результати. Артеріальна гіпертензія в представленому дослідженні в гострий період ішемічного інсульту була виявлена у 91,0% хворих при клінічному вимірюванні артеріального тиску. Пацієнти з фібриляцією передсердь в гострий період ішемічного інсульту мали тенденцію до частих епізодів артеріальної гіпотензії (84,4%), порушення добового ритму артеріального тиску за рахунок його недостатнього нічного зниження. У всіх хворих в гострий період ішемічного інсульту відмічена підвищена варіабельність артеріального тиску. Летальність серед хворих з гострим ішемічним інсультом та фібриляцією передсердь була вищою за рахунок порушення центральної гемодинаміки.