

5. Зозуля, Ю. А. Результаты хирургического лечения аномалий развития сосудов головного мозга у детей / Ю. А. Зозуля, М. Ю. Орлов // Укр. нейрохірургічний журнал. – 2010. – № 2. – С. 39–44.
6. Краснова, М. А. Принципы лечения артериовенозных мальформаций головного мозга супратенториальной локализации у детей / М. А. Краснова, С. Б. Яковлев, А. В. Бочаров и др. // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2011. – Т. 111, № 4. – С. 22–30.
7. Цимбалюк, В. І. Радіохірургічне лікування артеріовенозних мальформацій головного мозку на установі гамма-ніж / В. І. Цимбалюк, О. А. Цімейко, В. В. Мороз та ін. // Укр. мед. часопис. – 2011. – № 6 (68). – С. 112–117.
8. Яковенко, Л. М. Хірургічне лікування артеріовенозних мальформацій вертебробазиллярного басейну / Л. М. Яковенко, С. О. Литвак-Шевкопяс, В. А. Яцик, В. В. Мороз // Укр. нейрохірургічний журнал. – 2005. – № 2. – С. 20–25.
9. Al-Shahi R., Fang J., Lewis S., Warlow C. Prevalence of adults with brain arteriovenous malformations: a community based study in Scotland using capture-recapture analysis // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. – 2002. – Vol. 73 (5). – P. 547–551.
10. Al-Shahi R., Warlow C. A systematic review of the frequency and prognosis of arteriovenous malformations of the brain in adults // Brain. – 2001. – Vol. 124 (Pt 10). – P. 1900–1926.
11. Beltramello A., Ricciardi G.K., Piovani E. et al. Operative Classification of Brain Arteriovenous Malformation // Interv. Neuroradiol. – 2009. – Vol. 15 (3). – P. 266–274.
12. Berman M.F., Sciacca R.R., Pile-Spellman J. et al. The epidemiology of brain arteriovenous malformations // Neurosurgery. – 2000. – Vol. 47 (2). – P. 389–396; discussion 397.
13. Brown R.D. Jr, Wiebers D.O., Torner J.C., O'Fallon W.M. Frequency of intracranial hemorrhage as a presenting symptom and subtype analysis: a population-based study of intracranial vascular malformations in Olmsted County, Minnesota // J. Neurosurg. – 1996. – Vol. 85. – P. 29–32.
14. Duncan J.S. Imaging and epilepsy [Review] // Brain. – 1997. – Vol. 120. – P. 339–377.
15. Forsgren L. Prospective incidence study and clinical characterization of seizures in newly-referred adults // Epilepsia. – 1990. – Vol. 31. – P. 292–301.
16. Grant I., Adams K. Neuropsychological Assessment of Neuropsychiatric and Neuromedical Disorders. – NY: Oxford University Press, 2009. – 800 p.
17. Hofmeister C., Stapf C., Hartmann A. et al. Demographic, morphological, and clinical characteristics of 1289 patients with brain arteriovenous malformation // Stroke. – 2000. – Vol. 31 (6). – P. 1307–1310.
18. Lazar R.M., Connaire K., Marshall R.S. et al. Developmental deficits in adult patients with arteriovenous malformations // Arch. Neurol. – 1999. – Vol. 56. – P. 103–106.
19. Mahalick D.M., Ruff R.M. Neuropsychological sequelae of arteriovenous malformations // Neurosurgery. – 1991. – Vol. 29. – P. 351–357.
20. Osipov A., Koennecke H.-C., Hartmann A. et al. Seizures in cerebral arteriovenous malformations: type, clinical course, and medical management // Interv. Neuroradiol. – 1997. – Vol. 3. – P. 37–41.
21. Ponce F.A., Spetzler R.F. Arteriovenous Malformations: Classification to Cure // Clin. Neurosurg. – 2011. – Vol. 58. – P. 10–12.
22. Sen S., Webb S.W., Selph J. et al. Arteriovenous Malformations Treatment & Management [Electronic resource] // Medscape. – Feb 21, 2013. – Режим доступу: <http://emedicine.medscape.com/article/1160167-treatment>.
23. Waltimo O., Putkonen A.R. Intellectual performance of patients with intracranial arteriovenous malformations // Brain. – 1974. – Vol. 97. – P. 511–520.

Автори заявляють про те, що вони отримали згоду від пацієнта та його родичів на публікацію цього клінічного випадку.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ МАЛЬФОРМАЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ТОРПИДНЫМ ТЕЧЕНИЕМ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

П.В. Золоторев, С.В. Корж

Для пациентов с артериовенозными мальформациями головного мозга наиболее характерными являются признаки психоорганического синдрома с когнитивными нарушениями. В статье представлен клинический случай пациента с большой артериовенозной мальформацией, у которого на первый план в структуре психопатологических нарушений выступали психопатоподобные расстройства без значительного снижения когнитивного функционирования.

Ключевые слова: артериовенозная мальформация.

CEREBRAL ARTERIOVENOUS MALFORMATION WITH TORPID COURSE IN PSYCHIATRIC PRACTICE: CLINICAL CASE REPORT

P. Zolotaryov, S. Korzh

Signs of psychoorganic syndrome with cognitive disorders are the most typical for patients with of cerebral arteriovenous malformations. Clinical case report presents patient suffering from large arteriovenous malformations whom prevailed psychopathy-like symptoms without considerable cognitive decline.

Key words: arteriovenous malformations.

УДК 616.89–008.442: 008.454–055.2

Л.А. Герасименко

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ НАРУШЕНИЙ СЕМЕЙНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ЖЕНЩИН С НЕВРАСТЕНИЕЙ И СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

Высшее государственное учебное заведение Украины «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Ключевые слова:

неврастения, супружеская дезадаптация, сексуальная дисфункция, качество жизни.

Определена роль негативных психологических, социальных, социально-психологических факторов в нарушении супружеской адаптации, ухудшении качества жизни при неврастении у женщин. Возникающая при неврастеническом расстройстве вторичная сексуальная дисфункция и супружеская дезадаптация значительно снижает уровень супружеской адаптации, супружеского счастья и качество жизни.

Разработка и внедрение в клиническую практику эффективных методов диагностики и коррекции супружеской дезадаптации пары представляет собой сложную проблему сексологии [1–3, 6, 7]. Сложность ее связа-

на с многообразием причин нарушения супружеской адаптации, полиморфностью ее проявлений и, главное, с тем, что в генезе супружеской дезадаптации едва ли не определяющее значение имеют особенности личности

каждого из супругов и их сочетание в супружеской паре [2, 4]. А то обстоятельство, что супружеская дезадаптация у супругов, ухудшение качества жизни являются одной из самых частых причин распада семьи, придает этой проблеме и социальное звучание [2, 5].

Целью исследования стало изучение механизмов развития нарушений семейного функционирования, супружеской дезадаптации, ухудшения качества жизни при неврастении и соматоформной вегетативной дисфункции у женщин.

Материалы и методы исследования

Под нашим наблюдением находились 77 супружеских пар, в которых женщины страдали неврастением, и 45 супружеских пар, у женщин которых присутствовала соматоформная вегетативная дисфункция (СВД) сердечно-сосудистой системы. Из числа обследованных у 65 (84,4%) супружеских пар у женщин с неврастением имела место супружеская дезадаптация, у остальных 12 (15,6%) дезадаптация не наблюдалась, несмотря на наличие неврастения у женщин. Эти супруги были обследованы в качестве контрольной группы. Все супружеские пары с СВД сердечно-сосудистой системы в результате проведенных исследований были признаны дезадаптивными.

Находившиеся под нашим наблюдением женщины были подвергнуты всестороннему комплексному обследованию, которое включало клинично-психопатологические, психодиагностические, психологические, социологические исследования.

В клиническое обследование женщин входило изучение анамнеза жизни, исследование соматического (в том числе неврологического) состояния, преморбидных особенностей и психического состояния.

Состояние сексуального здоровья исследовали методом системно-структурного анализа по В.В. Кришталю [2]. Системный анализ сексуального здоровья предусматривает, в зависимости от уровня взаимодействия супругов, выделение следующих компонентов: социального, психологического, социально-психологического, анатомо-физиологического. При оценке состояния социального компонента выделяли социокультурную и информационно-оценочную составляющие. Анатомо-физиологический компонент включал психическую, нейрогуморальную, нейрорегуляторную и генитальную составляющие.

Сексологическое обследование проводили с помощью методики обследования сексологических больных

[2], позволяющей всесторонне охарактеризовать сомато- и психосексуальное развитие, состояние сексуального здоровья женщины. Указанный метод сексологического обследования супружеской пары дает возможность получить целый ряд характеристик общесоматического, психического и психологического состояния каждого из супругов.

Тип половой конституции определяли у женщин по методике И.Л. Ботневой [6].

Супружеская адаптация во многом зависит от направленности личности каждого из супругов, таких ее психологических характеристик, как доминирующая мотивация, ценностные ориентации, желания в проведении досуга, мотивов вступления в брак, соответствия или несоответствия психосексуальных типов мужчины и женщины в супружеской паре.

При психодиагностическом обследовании женщин изучали направленность личности, особенности воспитания и мотивы вступления в брак. Исследовали удовлетворенность супругов своими сексуальными отношениями и супружеской коммуникацией [4].

Результаты и их обсуждение

При наличии невротического расстройства у женщин было установлено, что у (43±5)% из них отмечалась первичная сексуальная дисфункция, у (18±4)% – вторичная, и у (39±5)% супругов имела место первичная сексуальная дезадаптация. Первичная дезадаптация проявлялась в коммуникативной, сексуально-эротической и конституциональной формах, вторичная дисфункция – в паторефлекторной и абстинентной.

При сравнительной оценке качества жизни и социального, семейного функционирования у женщин с неврастением и СВД сердечно-сосудистой системы было установлено, что при конституциональной форме дезадаптации отмечались более высокие уровни по шкалам социоэмоциональная поддержка, межличностное взаимодействие, духовная реализация, по сравнению с сексуально-эротической формой дезадаптации (табл. 1, 2).

Обнаруживалось определенное соответствие между показателями качества жизни, социального, семейного функционирования при конституциональной и коммуникативной формах дезадаптивных взаимоотношений.

Сравнительная оценка качества жизни, социального, семейного функционирования в результате проведенного медикаментозного лечения показала наличие

Таблица 1. Сравнительная самооценка качества жизни пациенток с неврастением и взаимосвязь с типом дезадаптации

Показатель	Конституциональная	Сексуально-эротическая	Коммуникативная
Физическое благополучие	4,0±0,3	3,1±0,3	4,4±0,3
Психологическое (эмоциональное) благополучие	4,4±0,3	3,2±0,3	3,8±0,2
Самообслуживание и независимость действий	5,1±0,3	4,5±0,4	6,1±0,3
Работоспособность	4,9±0,3	3,9±0,4	5,1±0,3
Межличностное взаимодействие	5,9±0,3	4,9±0,4	5,3±0,3
Социоэмоциональная поддержка	6,1±0,3	5,1±0,4	6,0±0,3
Общественная и служебная поддержка	5,3±0,3	5,2±0,4	5,2±0,3
Личностная реализация	4,6±0,5	4,2±0,4	5,5±0,3
Духовная реализация	6,0±0,5	4,2±0,3	5,5±0,3
Общее восприятие качества жизни	4,2±0,5	4,3±0,4	4,3±0,3

Таблица 2. Сравнительная самооценка качества жизни пациенток с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы и взаимосвязь с типом дезадаптации

Показатель	Конституциональная	Сексуально-эротическая	Коммуникативная
Физическое благополучие	4,0±0,3	3,1±0,3	4,4±0,3
Психологическое (эмоциональное) благополучие	4,4±0,3	3,2±0,3	3,8±0,2
Самообслуживание и независимость действий	5,1±0,3	4,5±0,4	6,1±0,3
Работоспособность	4,6±0,3	3,9±0,4	5,1±0,3
Межличностное взаимодействие	5,6±0,3	4,9±0,4	5,3±0,3
Социоэмоциональная поддержка	6,1±0,3	5,1±0,4	6,0±0,3
Общественная и служебная поддержка	5,3±0,3	5,2±0,4	5,2±0,3
Личностная реализация	4,6±0,5	4,2±0,4	5,5±0,3
Духовная реализация	5,7±0,5	4,2±0,3	5,5±0,3
Качество жизни (восприятие)	4,2±0,5	4,3±0,4	4,3±0,3

положительной динамики в оценке пациентами с конституциональной и сексуально-эротической формами дезадаптации (табл. 3).

Практически по всем изучаемым показателям и в общей оценке качества жизни женщинами с изучаемыми формами психических расстройств была обнаружена положительная динамика.

Выводы

В результате проведенных нами всесторонних комплексных исследований было установлено, что наблюдающиеся у женщин с неврастенией нарушения семейного функционирования возникают при наличии у них явных акцентуаций характера и могут быть первичными, проявляющимися в сексуальной дезадаптации и сексуальной дисфункции, и вторичными, проявляющимися в сексуальной дисфункции. Первичные сексуальные нарушения, значительно более многочисленные и разнообразные по форме, служат психотравмой, которая приводит к развитию невротической депрессии. Вторичная сексуальная дисфункция является следствием этих расстройств, развившихся в результате несексуальной психотравмы, и зависит от тяжести и длительности их течения. При всех обстоятельствах развитие сексуальных нарушений во многом определяется сексуальным поведением женщины.

Первичная сексуальная дезадаптация при нарушении семейного функционирования в нашем исследовании проявлялась в трех клинических формах – коммуникативной,

сексуально-эротической, конституциональной, каждая из которых имеет свои причины и механизмы развития.

Первичная сексуальная дисфункция проявляется в двух ее формах: паторефлекторной и абстинентной. Механизм развития паторефлекторной формы дисфункции заключается в выработке патологического условного рефлекса, абстинентной формы – в детренированности и угасании сексуальных рефлексов.

Механизмы развития вторичной сексуальной дисфункции заключаются в связанных с невротической депрессией астении, вегетативных нарушениях, актуализации сексуальной сферы и дизритмии половой жизни.

Существует зависимость между развитием первичной сексуальной дезадаптации и уровнем общей и сексуальной культуры, культуры общения, сексуального опыта супругов, качеством жизни. Вторичная сексуальная дисфункция характеризуется дезактуализацией сексуальной сферы и снижением сексуальных проявлений – либидо, сексуальных ощущений.

Результаты всесторонних, в том числе и психодиагностических исследований свидетельствуют о том, что показатели супружеской адаптации и супружеского счастья при сексуально-эротической и конституциональной формах дезадаптации выше, чем при коммуникативной форме, в большей мере приводящих к актуализации внутриличностного конфликта у женщин. Возникающая при невротическом расстройстве вторичная сексуальная дисфункция значительно сни-

Таблица 3. Сравнительная самооценка качества жизни пациенток с соматоформной вегетативной дисфункцией сердечно-сосудистой системы после проведенного лечения и взаимосвязь с типом дезадаптации

Показатель	Конституциональная	Сексуально-эротическая	Коммуникативная
Физическое благополучие	4,3±0,3	3,7±0,3	4,4±0,3
Психологическое (эмоциональное) благополучие	4,8±0,3	3,5±0,3	3,8±0,2
Самообслуживание и независимость действий	5,3±0,3	4,7±0,4	6,1±0,3
Работоспособность	4,8±0,3	4,1±0,4	5,1±0,3
Межличностное взаимодействие	5,8±0,3	5,3±0,4	5,3±0,3
Социоэмоциональная поддержка	6,5±0,3	5,2±0,4	6,0±0,3
Общественная и служебная поддержка	5,6±0,3	5,3±0,4	5,2±0,3
Личностная реализация	4,9±0,5	4,5±0,4	5,5±0,3
Духовная реализация	5,9±0,5	4,6±0,3	5,5±0,3
Общее восприятие качества жизни	4,9±0,5	4,7±0,4	4,3±0,3

жаєть рівень подружескої адаптації, подружеского щастя і якість життя.

Список использованной литературы

1. Келли Гари Ф. Основы современной сексологии / Ф. Келли Гари. – СПб.: Питер, 2000. – 896 с.
2. Кришталь В. В. Сексология / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян. – М.: Per Se, 2002. – 879 с.
3. Кузьменко В. З. Нарушение сексуального здоровья при неврозах и психопатиях / В. З. Кузьменко. – Сочи: [б.и.], 1988. – 129 с.
4. Либих С. С. Руководство по сексологии / С. С. Либих. – СПб.: Питер, 2001. – 480 с.
5. Психосоматическая медицина / О. Г. Сыропятов [и др.]. – К.: Наук. світ, 2008. – 276 с.
6. Райгородский В. В. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / В. В. Райгородский. – Самара: БАХРАХ-М, 2002. – 672 с.
7. Скрипников А. Н. Нарушение здоровья семьи при расстройстве личности у мужчин / А. Н. Скрипников. – М.: Медицина, 1999. – 272 с.

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ТА МЕХАНІЗМИ РОЗВИТКУ ПОРУШЕНЬ СІМЕЙНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ЖІНОК З НЕВРАСТЕНІЄЮ ТА СОМАТОФОРМНОЮ ВЕГЕТАТИВНОЮ ДИСФУНКЦІЄЮ

Л. А. Герасименко

Вивчено взаємозв'язок поміж якістю життя та перебігом неврастенії, соматоформної вегетативної дисфункції. Визначені механізми розвитку подружньої дезадаптації у поєднанні з якістю життя за неврастенії та соматоформної вегетативної дисфункції у жінок. Виділені форми подружньої дезадаптації і варіанти сексуальної дисфункції при досліджуваній патології у жінок. Визначено роль негативних психологічних, соціальних, соціально-психологічних факторів у порушенні подружньої дезадаптації, погіршенні якості життя за визначеної патології у жінок.

Ключові слова: неврастенія, подружня дезадаптація, якість життя, сексуальна дисфункція.

COMPARATIVE EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE AND THE MECHANISMS OF DEVELOPMENT OF VIOLATIONS OF FAMILY FUNCTIONING IN WOMEN WITH NEUROTIC AND SOMATOFORM VEGETATIVE DYSFUNCTION

L. Gerasimenko

The relationship between quality of life and progress neurasthenia, somatoform autonomic dysfunction was examined. Mechanisms for the development of marital maladjustment in combination with quality of life in neurasthenia and somatoform autonomic dysfunction in women was defined. Forms of marital maladjustment and options for sexual dysfunction in the studied diseases in women were selected. The role of negative psychological, social, socio-psychological factors in the breaking of marital maladjustment, poor quality of life at a certain pathology in women were defined.

Key words: neurasthenia, marital maladjustment, quality of life, sexual dysfunction.

УДК 616.33–002.44+616.12–008.333.2

Л. Р. Нікогосян

ВИВЧЕННЯ ОСОБИСТІСНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖІНОК ІЗ ЗАГРОЗОЮ ПЕРЕРИВАННЯ ВАГІТНОСТІ

Одеський національний медичний університет, Україна, м. Одеса

Метою нашої роботи стало визначення психологічних особливостей жінок із загрозою переривання вагітності, порівняно з жінками, вагітність яких перебігає нормально. У дослідженні взяли участь 147 вагітних жінок, які відвідують жіночу консультацію № 2 м. Одеса. Першу (основну) групу склали 87 вагітних жінок із загрозою переривання вагітності. До другої (контрольної) групи увійшли 60 жінок, вагітність, яких перебігає нормально. За результатами проведеного серед вагітних жінок дослідження виявлено, що для жінок із загрозою переривання вагітності характерний високий рівень опірності стресу, порівняно з жінками, вагітність яких перебігає нормально. Визначення рівня тривожності також показало, що майже дві третини вагітних жінок з основної групи на момент дослідження перебували у досить рівноважному стані.

Ключові слова:

вагітність, загроза переривання вагітності, тривожність, стресостійкість.

Актуальність теми. Сучасні дослідження в галузі охорони здоров'я та психології раннього розвитку свідчать про те, що одним із найважливіших факторів, які впливають на майбутнє здоров'я дитини, є перебіг вагітності матері та її готовність забезпечити необхідні умови розвитку дитини після народження. У світлі цього проблема збереження здоров'я і психологічного благополуччя вагітної жінки та майбутньої дитини є однією із фундаментальних проблем сучасного суспільства. Вплив фізичного і психічного здоров'я та психологічного благополуччя матері на здоров'я і успішність розвитку дитини стало підставою виділення вивчення материнства в самостійний психологічний напрям [1].

Мета роботи. Визначення психологічних особливостей жінок з загрозою переривання вагітності, порівняно з жінками, вагітність яких перебігає нормально.

Матеріали та методи дослідження

У нашому дослідженні взяло участь 147 вагітних жінок, які відвідують жіночу консультацію № 2 м. Одеса. Обстежувані були поділені на дві групи. Першу (основну) групу склали 87 вагітних жінок із загрозою переривання вагітності. До другої (контрольної) групи увійшли 60 вагітних жінок, вагітність яких перебігає нормально. У ході дослідження застосовували шкалу тривожності Спілбергера–Ханіна для виявлення ситуаційної та реактивної тривожності у вагітних жінок, а також проводили