

ТЕЗИ

Ю.Н. Шевченко

СОЦИАЛЬНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, БОЛЕЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепропетровск

Проблема социального функционирования у пациентов с соматической патологией является одной из наиболее актуальных на современном этапе. От 40 до 60% больных, поступающих в гастроэнтерологические стационары, страдают непсихотическими психическими расстройствами в форме депрессивных и тревожных расстройств. Все большее внимание уделяется комплексному подходу к диагностике и лечению пациентов. Панкреатит является достаточно распространенным заболеванием среди населения. С клинических и социальных позиций необходимо учитывать прогрессивный характер данной патологии, ее крайне негативное влияние на качество жизни больных.

Нами было обследовано 30 пациентов с диагнозом хронический панкреатит (согласно МКБ-10 диагноз K86.1) по Опроснику SF-36. Данный опросник содержит 8 шкал, которые объединены в два суммарных измерения – физический компонент здоровья (физическое функционирование; ролевое (физическое) функционирование; боль; общее здоровье) и психический компонент (жизнеспособность; социальное функционирование; эмоциональное функционирование; психологическое здоровье). В данном обследовании показан корреляционный анализ психического компонента, который отражает социальное функционирование

пациентов с учетом степени выраженности физического и эмоционального состояния, ограничивающего социальную активность пациентов. Низкие баллы (до 4,0 баллов) свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния. Высокие баллы (более 4,0 баллов) свидетельствуют о высоком уровне социальной адаптации.

В ходе исследования было выявлено, что у 70% пациентов наблюдаются низкие баллы ($2,5 \pm 0,9$ балла), которые свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением эмоционального состояния. У 30% участников был обнаружен средний балл ($3,0 \pm 1,0$ балл), что свидетельствует о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического состояния.

Проведенный корреляционный анализ частоты рецидивов хронического панкреатита у пациентов с непсихотическими психическими расстройствами с уровнем социального функционирования свидетельствует о том, что пациенты с низким социальным статусом более подвержены рецидивам хронического панкреатита, чем пациенты с более высоким уровнем социального функционирования.

О.О. Усков

ЩОДО АКТУАЛЬНОСТІ РОЗВИТКУ ПСИХОДЕРМАТОЛОГІЇ ЯК НАПРЯМУ КЛІНІЧНОЇ МЕДИЦИНИ

Харківська медична академія післядипломної освіти освіти, м. Харків

Психодерматологія є одним із найбільш актуальних та молододосліджених напрямів сучасної медицини. Численні дослідження в галузі психопатологічних розладів у пацієнтів із захворюваннями шкіри та розробка методів їх корекції дозволили виділити новий напрям у дерматології, який отримав назву психосоматичної дерматології. За відсутності явної психопатологічної симптоматики пацієнти з дерматовенерологічними захворюваннями не потрапляють у поле зору психіатра або психотерапевта, якщо тільки самі вони не вимагають відповідної консультації. Особлива роль патогенних емоційних реакцій в генезі шкірних проявів послужила основою для виділення з психодерматологічної патології так званих психосоматичних захворювань шкіри. Психічні розлади, що відрізняються поліморфізмом клінічних проявів, спостерігаються у третини пацієнтів дерматологічних клінік. На думку авторитетних німецьких дерматологів, приблизно у 20% пацієнтів з хронічними

дерматологічними захворюваннями виявляють ті чи інші психопатологічні порушення. В середньому, епідеміологічні значення поєднання дерматологічної та психічної патології становлять близько 30–40%.

В даний час напрям психодерматології активно розвивається зарубіжними дослідниками, що працюють в Німеччині, Італії, Великобританії, США, Канаді, Росії, в якій проблеми співвідношення психічних розладів і шкірних захворювань розробляються в кількох напрямках.

На початку минулого сторіччя майже всі неінфекційні шкірні хвороби розглядалися як у світлі теорії нервізму І.М. Сеченова, так і психофізіологічного вчення І.П. Павлова. У подальшому, з відкриттям нових механізмів розвитку шкірної патології (генетичних, імунологічних, обмінних) подібний підхід у поясненні патогенезу ряду дерматозів відступив на другий план.

Згідно з даними останніх досліджень структура психосоматичних співвідношень може бути представлена у

вигляді континууму, на одному з полюсів якого превалюють розлади, зумовлені переважно психічною, а на іншому – соматичною шкірною патологією.

Шкіра відрізняється високою чутливістю до психогенних і ситуаційних впливів. При систематичі психічних розладів у дерматологічній клініці виділяють:

1) психічні розлади з переважною проекцією симптомів у сферу шкірного покриву:

а) дерматозойне (зоопатичне) марення;

б) іпохондрії з аутодеструктивними тенденціями (патомімія, невротичні екскоріації, екскоріюване акне, трихотиломанія, оніхофагія, хейлофагія);

в) дисморфофобія (домінування ідеї уявної фізичної вади, пов'язаної зі шкірним покривом);

2) психічні розлади, спровоковані дерматологічною патологією.

Виділяється також особлива група дерматозів – хронічні психосоматичні захворювання (атопічний дерматит, псоріаз, справжня екзема тощо), перебіг яких – маніфестація і подальше рецидивування – опосередкований психічною травматизацією. Однак поряд із вразливістю до стресу та іншими проявами реактивної лабільності, що виражається у формі дерматозів, спостерігаються і зворотні співвідношення. Дерматологічні захворювання з хронічним рецидивуючим перебігом, торпідним до терапії, що супроводжуються вираженим свербінням і висипаннями, що локалізуються на відкритих ділянках шкіри, можуть самі по собі стати тяжким стресом і провокувати психогенні розлади.

Отже, складність коморбідних зв'язків психічних і дерматологічних розладів на теперішній час розвитку клінічної медицини видається очевидною.

Н.Г. Масловська

ДЕЯКІ АСПЕКТИ ОРГАНІЗАЦІЇ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ УЧАСНИКАМ БОЙОВИХ ДІЙ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль

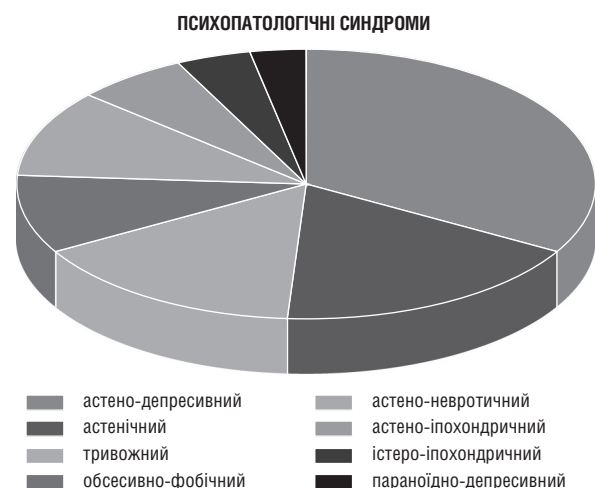
Інтенсивний вплив війни; загроза для життя і тяжкі втрати; проживання в районі або громаді, звичний уклад життя якої був ущент зруйнований; сильний вторинний стрес, незалежно, гострої чи хронічної природи; фізичні травми – всі ці фактори знижують адаптивні механізми організму та сприяють виникненню психічних порушень, що потребують спеціалізованої допомоги фахівців.

Мета дослідження – визначити аспекти організації спеціалізованої психіатричної допомоги, виділити найпоширеніші синдроми, що з'являються у осіб, які перебували під впливом значних стресових чинників, опрацювати шляхи розподілення постраждалих для подальшого надання їм спеціалізованої психіатричної допомоги.

Матеріали та методи. Було обстежено 46 пацієнтів – учасників бойових дій, 21 з них перебував у відділенні неврозів та соматоформних розладів, 4 – у гострих закритих відділеннях лікарні, 14 було обстежено на кафедрі неврології, психіатрії, наркології та медичної психології ТОККПНЛ та 7 у центрі психологічної служби м. Тернополя. Використані наступні методи дослідження: анамнестичні та клінічні дані, клініко-психопатологічний, експериментально-психологічний, а також опитувальник по зовнішніх тригерах ERS, шкали MMPI, Монтгомері–Асберга, опитувальник Спілбергера–Ханіна [1]. Усіх постраждалих було поділено на категорії залежно від виділених патопсихологічних синдромів, тяжкості захворювання та особистісних характеристик [3].

Результати. У процесі дослідження постраждалих, які звертались за психіатричною допомогою, було виділено психопатологічні синдроми, а саме: істеро-іпохондричний (4%), астено-іпохондричний (6%), obsесивно-фобічний (9%), астено-депресивний (32%), астено-невротичний (10%), параноїдно-депресивний

(3%), астенічний (17%), тривожний (15%) [2]. Також було виділено окрему категорію постраждалих (4%), у яких спостерігали окремі симптоми (замкненість в собі, прояви агресії, поява страхів, нічні жахиття, апатія, дратівливість та інші, цей розподіл наведено на діаграмі.



Постраждали, у яких було виявлено істеро-іпохондричний, астено-іпохондричний, obsесивно-фобічний, астено-депресивний, астено-невротичний, тривожний, астенічний синдроми, потребували лікування у відділеннях неврозів та соматоформних розладів. Їм проводили лікування такими групами препаратів: седативні, транквілізатори, антидепресанти, ноотропи, снодійні, а також індивідуальну та групову психотерапію. Пацієнти із параноїдно-депресивним синдромом потребували лікування у гострих психотичних відділеннях лікарні, де використовували антипсихотичні препарати, анти-