

А.Є. Ніколенко

## ДІАГНОСТИКА ГРАНИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ РЕВМАТОЇДНОМУ АРТРИТІ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

allanikosha@gmail.com

**Вступ.** Ревматоїдний артрит (РА) – системне запальне захворювання сполучних тканин із переважним ураженням суглобів. Часте виявлення при РА психологічних особливостей дозволило віднести це захворювання до числа психосоматичних. Обтяження його клінічних проявів призводить до розвитку психічних порушень, які впливають на динаміку хвороби, знижують ефективність терапії та реабілітації хворих.

**Мета дослідження** – виявлення психічних розладів, які виникають у хворих на ревматоїдний артрит.

**Матеріали і методи дослідження.** Було обстежено 80 жінок, хворих на ревматоїдний артрит (діагноз РА встановлено за критеріями Американської ревматологічної асоціації). Середній вік хворих складав  $42,35 \pm 1,18$  років, тривалість хвороби – від 1 до 30 років, в середньому  $8,36 \pm 0,79$  років. Діагноз РА було встановлено відповідно до критеріїв Американської ревматологічної асоціації. Клініко-психопатологічні та клініко-катамнестичні обстеження включали динамічне спостереження хворих, аналіз історій хвороби. Експериментально-психологічні дослідження проводили за методиками рівня тривожності Тейлора, типу відношення до хвороби (Особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (ООБІ)).

**Результати дослідження.** У всіх пацієнтів спостерігали психічні порушення. Були виділені провідні синдроми: тривожно-депресивний, астенодепресивний та іпохондричний. Астенодепресивний синдром (39,47% хворих) проявлявся зниженням загального фону настрою, переживаннями через свою неповноцінність внаслідок хвороби, втрачене назавжди здоров'я, неможливість

вилікуватись та непередбачуваність майбутнього. При тривожно-депресивному синдромі (46,15% хворих) у клінічній картині психічних розладів домінували тривожне ставлення до хвороби і тривожні переживання. Типовими були побоювання за здоров'я, страх ускладнень, що спотворюють, страх втратити працездатність. Ці думки супроводжувались дратівливістю, втомленістю, слабкістю, поганим сном, поганим настроєм і тривогою, плаксивістю, внутрішнім напруженням, нападами жаху. У хворих з іпохондричним синдромом (14,11%) домінували іпохондричне ставлення до хвороби (63,6% від кількості хворих з іпохондричною реакцією), тривожні переживання, паранояльні явища, астено-фобічні реагування. Іпохондричні пацієнти були заклопотані своїм здоров'ям, шукали в собі нові хвороби, з підозрою ставились до лікування, ліків та лікарів, що їх приводило до вигаданої небезпеки і нетерплячості.

За тестом ООБІ зафіксовано, що у хворих з порушенням функції суглобів (ПФС) 2 і 3 ступенів ( $p < 0,01$ ) домінували тривожний, неврастенічний та іпохондричний типи, у хворих з ПФС 1 переважали ейфоричний, ергопатичний і паранояльний типи ставлення до хвороби ( $p < 0,01$ ).

**Висновки.** Психічні порушення у хворих на РА представлені у вигляді основних провідних синдромів: тривожно-депресивного, астенодепресивного та іпохондричного.

У хворих на РА частіше виявляються тривожний (37,5%), неврастенічний (32,5%) і паранояльний (16,3%) типи ставлення до хвороби, які негативно впливають на якість лікування та життя хворих.

К.В. Дубовик

СПІВВІДНОШЕННЯ МІЖ РОЗЛАДАМИ МОВЛЕННЕВОГО РОЗВИТКУ  
ТА РУХОВИМИ ФУНКЦІЯМИ У ДІТЕЙ ІЗ ЗАТРИМКОЮ ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ  
ТА РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ

Український науково-дослідний інститут соціальної, судової психіатрії та наркології

МОЗ України, м. Київ

konstantindubovuk@gmail.com

Більшість дітей з затримкою психічного розвитку та дітей з розладами спектра аутизму (РСА) мають труднощі з розвитком дрібної та / або крупної моторики, але етіологія виникнення цих порушень залишається невивченою. У ряді досліджень було встановлено, що діти з РСА та розумовою відсталістю зазнають значних труднощів з розвитком дрібної і крупної моторики, мають значні труднощі з формуванням навичок спілкування. РСА характеризуються порушеннями комунікації та розвитку рухових функцій.

**Мета дослідження** – вивчити особливості формування порушень рухової сфери у дітей з РСА, які мали проблеми при спілкуванні, порушення розвитку моторних навичок,

труднощі з розумінням зверненої мови, недорозвиток експресивної мови та когнітивну недостатність.

**Використані методи.** У дослідженні брали участь дві незалежні групи дітей віком 5–7 років. Було рандомізовано 19 дітей з РСА (середній вік 5,8 року). Контрольну групу склали 17 дітей без порушень розвитку (середній вік 5,7 року). Діагноз РСА встановлювали відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10, на основі напівструктурованого інтерв'ю з батьками (Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)) і структурованої оцінки фактичної поведінки (Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS)). Розвиток дитини за окремими сферами оцінювали за допомогою

психоосвітнього профілю (PEP), що складався із субтестів: експресивної мови, розуміння зверненої мови, дрібної моторики, крупної моторики, зорово-моторної імітації, оцінки пізнавальної діяльності. Формування соціальних навичок оцінювали за поведінковою шкалою Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Vineland-II), що складається з субтестів: розмовна мова, сприйняття мови, навички читання та письма, особисті щоденні навички, домашні навички, громадські навички, міжособистісні стосунки, вміння організувати гру та дозвілля, навички подолання труднощів, дрібна та крупна моторика. Когнітивне функціонування оцінювали за допомогою тесту інтелекту Векслера для дітей (WISC).

**Узагальнення результатів.** У дітей з РСА та низькими показниками інтелекту найпоширенішими є порушення дрібної моторики. Для дітей з РСА без розумової відста-

лості більш характерні порушення регулювання пози тіла та порушення зорово-моторної координації. Діти з менш тяжкими порушеннями загального розвитку, що були виявлені при оцінці за допомогою ADI-R і ADOS, продемонстрували вищий рівень розвитку моторики ( $p < 0,05$ ) і мовних навичок ( $p < 0,001$ ). Діти без розумової відсталості майже не мали істотних проблем з дрібною та крупною моторикою, мали суттєві відмінності в розвитку мови. Діти з розладами аутистичного спектра показали значно гірші результати в розвитку мови, ніж у контрольній групі.

**Висновки.** Розлади моторики, їх типологія корелюють з тяжкістю порушень мовлення та рівнем когнітивної недостатності. Діти з розладами аутистичного спектра мають ризик клінічно значущого моторного дефіциту; діти, хворі на аутизм, частіше мають труднощі у сфері зорово-моторної координації.

**В.С. Підкоритов, О.В. Скринник, С.О. Український, О.С. Серікова, М.М. Марченко**  
**ОСОБЛИВОСТІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЇ**  
**ТА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ**  
 ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків  
 olskrynnik@yahoo.com

Проблема соматичних захворювань у хворих на шизофренію, незважаючи на значну кількість досліджень, залишається актуальною і недостатньо вивченою. Багато дослідників вказують на високий ризик розвитку різної патології, у тому числі і захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) (Семке А.В., 2009). Значний вплив на формування гастроентерологічних симптомів у хворих на шизофренію мають куріння та зловживання алкоголем, незбалансоване харчування, недотримання норм гігієни, несприятливі матеріальні умови (Kurzban S., 2010).

Незважаючи на велику кількість досліджень питань гастроентерологічної патології у пацієнтів з шизофренією, особливостям взаємозв'язку психофармакотерапії та патології ШКТ приділялося мало уваги.

**Мета дослідження** – вивчити особливості взаємозв'язку психофармакотерапії та патології ШКТ у хворих на параноїдну шизофренію.

Для розв'язання завдання проекту був використаний клініко-анамнестичний метод дослідження з аналітичним вивченням медичної документації.

Ми проаналізували 30 історій хвороби пацієнтів, які перебували на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» в 2011–2015 рр. з діагнозом шизофренія, параноїдна форма, безперервний перебіг (F20.00 за МКХ-10), яка була ускладнена захворюваннями ШКТ. Серед них було 53,3% жінок ( $n=16$ ) і 46,7% чоловіків ( $n=14$ ); середній їх вік становив  $(38,00 \pm 13,00)$  років. Більш ніж половина пацієнтів не перебували у шлюбі та проживали з батьками (18 хворих, 60,0%). На момент обстеження тільки 36,7% пацієнтів (11 випадків) працювали. По 30,0% випадків (по 9 пацієнтів) були безробітними або мали інвалідність у зв'язку з психічним розладом. Наведені дані підтверджують низький рівень зайнятості серед пацієнтів, що свідчить про значні порушення адаптації

та зниження матеріального благополуччя й рівня професійної діяльності.

У обстежених хворих найчастіше виявляли медикаментозну гепатопатію (11 спостережень, 36,7%). Другою за частотою була гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (7 пацієнтів, 23,3%). Декілька гастроентерологічних захворювань одночасно спостерігали у 5 пацієнтів (16,7%). Функціональні розлади травлення (гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба, синдром подразненого шлунка, дискінезія товстої кишки) та хронічний гастрит починалися у молодому віці, до того моменту, як пацієнт захворів на шизофренію. Медикаментозна гепатопатія, хронічний панкреатит та холецистит виявлені у хворих, у яких тривалість шизофренії була більшою за 10–15 років, та могли бути результатом тривалої антипсихотичної терапії.

Тривалість психічного розладу варіювала від 1 до 40 років, в середньому склала  $(16,0 \pm 10,0)$  років. Середній вік початку захворювання – 22,3 року, стандартне відхилення – 8,3 року. В середньому пацієнти були 7,8 разів госпіталізовані до психіатричного стаціонару.

Найпоширенішим провідним психопатологічним синдромом був галюцинаторно-параноїдний (15 пацієнтів, 50,0%). Друге місце посідав галюцинаторний синдром (12 хворих, 40,0%). Параноїдний синдром спостерігали у 3 випадках. 16 пацієнтів (53,3%) не мали клінічного дефекту, 12 пацієнтів (40,0%) мали апатико-абулічний дефект, а 2 хворих – параноїдний.

Усі пацієнти отримували лікування згідно з Наказом МОЗ України № 59 від 05.02.2007 року. За даними кореляційного аналізу був виявлений значний зв'язок між кількістю психотропних засобів, що застосовувалися у одного пацієнта, та наявністю медикаментозної гепатопатії ( $r_s = +0,76$ ,  $\alpha < 0,05$ ). Також спостерігали позитивну кореляцію між тривалістю психофармакотерапії та кількістю гастроентерологічних захворювань ( $r_s = +0,35$ ).