

Zaporozhchenko M. B.

STATE OF SYSTEM OF TURNING OF BLOOD AT WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE WITH LEYOMYOMA A UTERUS PROLIFERATIV TYPE

Summary. *Indexes of vascular-trombocitic and plasma-coagulative links of the system of hemostasis are characterised of the signs of hypocoagulation at women with leyomyoma a uterus proliferativ type that proves to be true decrease in quantity of thrombocytes in 1,5 time, fibrinogen level in 1,9 times, agregatation activity of thrombocytes in 2,0 times, strengthening of molecular markers thrombophylia in 1,01 times and are displayed clinically by parent bleedings, infringement monthlies functions in 52,9 % and 11,8 % cases. Components coagulation blood systems can be considered as laboratory markers of proliferativ process at leyomyoma a uterus. Definition of expressiveness systemic vascular and coagulative infringements at leyomyoma a uterus proliferativ type is the establishment for individual preventive actions.*

Key words: hemostasis system, leyomyoma a uterus, proliferativ type.

Стаття надійшла до редакції 18.02.2014 р.

Запороженко Марина Борисівна - к.мед. н., докторант кафедри акушерства та гінекології №1 ОНМедУ, завідувачка гінекологічним відділенням Одеського медичного центру; +38 067 749-67-58

© Марункевич Я.Ю.

УДК: 616.895.87

Марункевич Я.Ю.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра психіатрії та наркології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ОСОБЛИВОСТІ ФУНКЦІОНАЛЬНОГО ДІАГНОЗУ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З СУПУТНЬОЮ СОМАТИЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Резюме. *При дослідженні функціональних діагнозів 325 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію з різними варіантами соматичної коморбідності, були виявлені значущі відмінності. У структурі внутрішньої картини хвороби у пацієнтів без коморбідної соматичної патології частіше виявлялися анозогностичний та індіферентний типи (62,9% і 14,3%), а у хворих з наявністю супутніх соматичних захворювань - іпохондричний і тривожний типи ВКХ (50,9% і 23,6%, та 50,9% і 20,9% відповідно). У структурі типів пристосувальної поведінки для хворих без коморбідної патології характерним є переважання регресивного, конфліктного і дезадаптивного типів (58,1%, 7,6% і 14,3%), а для хворих з соматичною коморбідністю - дезорганізованого та аграваційно-рентного типів (25,5% і 7,3%, та 24,5% і 10,9% відповідно). Коморбідна соматична патологія дещо знижує рівень адаптивних ресурсів особистості і збільшує питому вагу інверсного їх рівня, однак цей вплив не є визначальним і повинен розглядатися у контексті загального впливу психічної та соматичної патології на психічний стан індивіда.*

Ключові слова: шизофренія, функціональний діагноз, коморбідна соматична патологія

Вступ

Функціональний діагноз шизофренії як показник стану індивідуальної системної інтеграції біопсихосоціальних особливостей пацієнта має важливе теоретичне і практичне значення для оцінки особливостей перебігу шизофренічного процесу в контексті патодинамічного, психологічного та соціального компонентів [Вайзе, Воловик, 1980; Точилів, 2009; Гнатишин, Белов, 2012]. Функціональний діагноз дає можливість з високою точністю визначити ступінь адаптованості хворого в мікросоціальному середовищі, а також визначити перспективи його соціальної та трудової реабілітації. В даний час запропоновано ряд методик різного ступеня складності для визначення функціонального діагнозу при психічних розладах, які передбачають дослідження різних аспектів адаптаційно-компенсаторних можливостей індивіда [Мелехов, 1963; Вид, 1993; Коцюбинский і др., 2011]. Вони відіграють важливу роль в оцінці клінічного прогнозу захворювання, визначенні ступеню втрати працездатності та реабілітаційного потенціалу.

Метою нашого дослідження було вивчення окремих складових функціонального діагнозу, що мають принципове значення для соціальної та професійної адап-

тації індивіда, а саме внутрішньої картини хвороби (ВКХ), типу пристосувальної поведінки та рівня адаптивних ресурсів особистості, у хворих на шизофренію з різними варіантами соматичної коморбідності.

Матеріали та методи

Нами було проведено клінічне дослідження 325 чоловіків, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу шизофренії у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні протягом 2011-2014 років. Всім обстеженим був виставлений діагноз "параноїдна шизофренія" відповідно до критеріїв МКХ-10. З урахуванням клінічних даних і дослідження анамнезу всі хворі були розділені на три групи: без коморбідної соматичної патології (чисельністю 105 чоловік), з коморбідною соматичною патологією, що виникла до дебюту шизофренії (110 чоловік) і з коморбідною соматичною патологією, що виникла після дебюту шизофренії (110 осіб). Середній вік хворих склав 37,9±9,5 років, середній стаж захворювання - 14,4±8,5 років. Групи були спільномірними за стажем захворювання. Функціональний діагноз формулювався відповідно до методичних рекомен-

дацій, запропонованими В.А. Абрамовим, С.А. Пуцаєм і І.І. Кутько [1990] при виписці хворого зі стаціонару, і враховував особливості перебігу шизофренії у даного хворого за весь період захворювання.

Статистична обробка отриманих даних проводилася за допомогою непараметричного тесту хі-квадрат Пірсона.

Результати. Обговорення

Структура типів ВКХ у хворих на шизофренію з різними варіантами соматичної коморбідності представлена на рис. 1.

Аналіз структури типів ВКХ дозволяє говорити як про наявність загальних особливостей, так і певних відмінностей, пов'язаних з наявністю соматичної коморбідності. Спільні риси полягають насамперед у домінуванні анозогностичного типу ВКХ у всіх обстежених групах.

Анозогностичний тип ВКХ рідше зустрічається при дебютних формах шизофренії [Мухаметшина, 2009], проте по мірі хронізації захворювання його питома вага зростає. Цей тип передбачає заперечення хвороби і проявляється у вигляді двох варіантів - диссимулятивного, якому притаманне прагнення приховати хворобу при усвідомленні її, і власне анозогностичного, що проявляється неможливістю критичної оцінки свого стану, і, як наслідок, відсутністю усвідомлення хвороби. Для досліджених хворих типовим є останній тип, пов'язаний з глибокими порушеннями діяльності процесорних систем мозку і нездатністю внаслідок цього до адекватної самооцінки хворобливих змін психіки.

Поширеність іпохондричного типу ВКХ серед хворих з різними варіантами соматичної коморбідності виявилася істотно більшою, ніж серед хворих без супутньої патології, що узгоджується з даними ряду авторів [Бурлаков, 2006; Смасна, 2012; Подвигин і др., 2013], які відзначали зростання іпохондричних тенденцій у пацієнтів, які страждали на шизофренію з різними супутніми соматичними захворюваннями. У той же час слід зауважити, що поширеність цього типу ВКХ у хворих з різними варіантами супутньої соматичної патології неоднакова. Найбільша питома вага іпохондрич-

ного типу ВКХ виявлена серед хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії. Цей результат видається закономірним, оскільки соматичні захворювання у хворих цієї групи характеризуються в цілому більш тривалим і важким перебігом. Дещо меншою є поширеність іпохондричного типу ВКХ серед хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії. У цих хворих соматична патологія має меншу тривалість і, як правило, легше піддається лікуванню; крім того, в силу наявності хворобливих змін психіки на момент розвитку соматичного захворювання пацієнти цієї групи менш уважні до власного соматичного здоров'я у порівнянні з пацієнтами, у яких соматична патологія виникла до дебюту шизофренії. Істотно менша питома вага іпохондричного типу ВКХ була виявлена у хворих без коморбідної соматичної патології. У останніх іпохондричні прояви стосуються психічного стану, або, у разі наявності соматичних фіксацій, мають маячний характер і не підкріплені об'єктивно наявною соматичною патологією. Слід зазначити, що у нашому дослідженні хворі з іпохондричним типом ВКХ становили гетерогенну групу, в якій були представлені як іпохондричні тенденції з соматичними фіксаціями, так і патологічна фіксація на іпохондричних переживаннях у психічній сфері. До цього типу ВКХ ми відносили і хворих, у яких іпохондричні тенденції стосувалися основного захворювання, і тих, у кого іпохондричні прояви поширювалися на супутню патологію. Важливо і те, що частина пацієнтів другої групи була схильна до маячної інтерпретації неприємних соматичних відчуттів, викликаних соматичною патологією, і до інтеграції їх у маячні побудови фабул впливу і переслідування. Загальним об'єднуючим фактором у цих хворих було домінування іпохондричних установок і тенденцій в мотиваційній та ціннісній сферах, зосередження на хворобливих відчуттях, прийняття ролі хворого, драматизація свого стану, переоцінка важкості хвороби. Ці тенденції супроводжувалися ригідністю механізмів психологічної компенсації, домінантною самоідентифікацією за схемою "я важко хворий", "я інвалід", а також вираженою дезадаптацією у більшості сфер функціонування особистості. Ціннісно-мотиваційна сторуна психічної діяльності у цих хворих характеризується орієнтацією на інвалідність, уникнення роботи і активних форм діяльності, прагненням до пасивності і спокою. Важливим елементом загальної психологічної картини у хворих з іпохондричним типом ВКХ було пасивне прийняття хвороби, відмова від боротьби з нею, небажання перебудови мотиваційно-змістовних установок.

Вельми поширеним серед дослідженого контингенту хворих виявився тривожний тип ВКХ, який проявляється безперервним занепокоєнням і підозрлістю, зосередженням на уявних небезпеках і ускладненнях, побоюваннями і переживаннями невдач у різних сферах діяльності, використанням в якості ме-

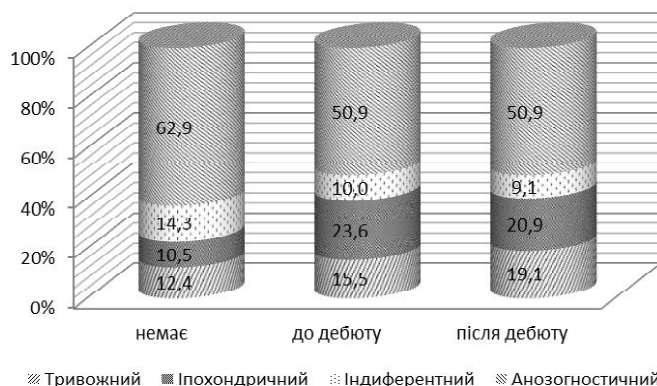


Рис. 1. Структура типів ВКХ (у %) у хворих на шизофренію з різними варіантами соматичної коморбідності.

ханізмів психологічного захисту прикмет та ритуалів. Тривожний тип ВКХ був тісно асоційований з певними стійкими фабулами маячні (переслідування, впливу, відносин) і відмежовувався нами від транзиторних проявів страху, тривожності і занепокоєння, що не мали хронічного характеру.

Індиферентний тип ВКХ, який передбачає поблажливе ставлення до свого стану, відсутність стурбованості у зв'язку з ідеаторною переробкою болючою проблематики, байдужість до важкості і прогнозу захворювання, обумовлені домінуванням апатичних проявів внаслідок стійкого зниження рівня особистості, недооцінку або ігнорування важкості захворювання у зв'язку з певними особистісними установками, частіше виявлявся у хворих без коморбідної соматичної патології, дещо рідше у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії, і найрідше - у хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії. На нашу думку, при поясненні цих відмінностей слід враховувати, що значна частина пацієнтів з коморбідною соматичною патологією у цих групах "мігрувала" до іпохондричного типу ВКХ. Хоча в цілому хворим з супутньою патологією властива значна виразність негативної симптоматики, асоційованої з індиферентним типом ВКХ, на перше місце у них все ж виходять соматичні фіксації та пов'язані з цим іпохондричні тенденції.

Важливо зазначити, що у обстеженого контингенту гармонійний тип ВКХ не виявлявся. Гармонійний тип є найбільш сприятливим і відображує найбільшу узгодженість емоційних та інтелектуальних компонентів особистості. Йому притаманні адекватні уявлення про важкість і причини захворювання, відсутність істотних відхилень у системі взаємодій і ціннісних установок особистості, орієнтація на протидію хворобі та сприйняття її як істотної перешкоди для нормального життя, використання конструктивних відносин і прийомів раціональної переробки ситуації, яка склалася внаслідок хвороби, активний пошук і прийняття допомоги. Обстежений контингент представлений пацієнтами з тривалим перебігом шизофренії, з глибокими патологічними змінами особистості, вираженим шизофренічним дефектом, різко зниженою критикою до свого стану, тому відсутність у наших пацієнтів гармонійного типу ВКХ є цілком закономірною. Навіть у тих випадках, коли у обстежених хворих зберігалася критика до свого стану і прагнення до лікування, в клінічній картині захворювання були присутні стійкі маячні ідеї, виражена негативна симптоматика, когнітивний дефіцит, соціальна дезадаптація, апато-абулічні і тривожно-депресивні розлади, які унеможлилювали реалізацію гармонійного типу ВКХ.

Закономірними представляються відмінності, виявлені при статистичному аналізі структури ВКХ в групах пацієнтів з різними варіантами соматичної коморбідності. Виявлені розбіжності у співвідношенні типів ВКХ між хворими без коморбідної соматичної патології та

хворими, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії, а також між хворими без коморбідної соматичної патології та хворими, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії, є статистично значущими ($p < 0,05$), а між хворими, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії та хворими, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії - статистично не значущими ($p > 0,05$). Група пацієнтів без коморбідної соматичної патології у цьому сенсі стоїть відокремлено, і характеризується значущими відмінностями структури ВКХ у порівнянні з обома групами з супутніми соматичними захворюваннями.

Надзвичайно важливим елементом функціонального діагнозу шизофренії є тип пристосувальної поведінки. Остання розглядається в якості базисної характеристики соціального компоненту функціонального діагнозу і є індикатором способу взаємодії хворого з мікросоціальним середовищем, з урахуванням особливостей, що накладаються хворобою [Абрамов и др., 1990; Коцюбинский и др., 2006; Коцюбинский и др., 2011].

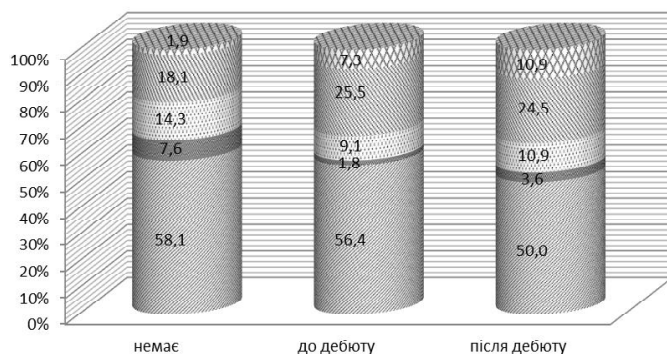
Структура типів пристосувального поведінки у хворих на шизофренію з різними варіантами соматичної коморбідності представлена на рис. 2.

Серед загальних тенденцій пристосувальної поведінки у дослідженого контингенту хворих є домінування серед них регресивного типу і висока поширеність дезорганізованого типу пристосувальної поведінки.

Регресивна пристосувальна поведінка характеризується аутистичною спрямованістю, запереченням реальності, індиферентним ставленням до соціального оточення, залежною життєвою позицією і низьким рівнем власної продуктивної активності. Цікаво, що, на відміну від інших характеристик, більш суттєві відмінності у поширеності цього типу пристосувальної поведінки виявлені між двома групами з коморбідною соматичною патологією (6,4%), тоді як між пацієнтами без супутньої патології та пацієнтами, у яких вона виникла до дебюту шизофренії, відмінності суттєво менш виражені (1,7%). При цьому слід враховувати, що регресивна поведінка тісно асоційована з анозогностичним типом ВКХ, і в цілому є найбільш типовою для хворих на шизофренію [Мухаметшина, 2009].

Дезорганізований тип пристосувальної поведінки, якому притаманні втрата мотивовідповідності, цільової орієнтації, ситуативної детермінованості, розхлябаність, а домінуюче місце у визначенні способу взаємодії з реальністю належить актуальним психічним переживанням або виразності психічного дефекту, виявився також вельми поширеним, і більш характерним для хворих з супутньою соматичною патологією. Закономірності розподілу його типів: показники для обох груп з соматичною коморбідністю близькі, тоді як у групі без коморбідної патології істотно відрізняються.

Третім за поширеністю типом пристосувальної поведінки у обстежених хворих є дезадаптивний; він істот-



Регресивний ■ Конфліктний ☼ Деадаптивний ▨ Дезорганізований ✦ Аграваційно-рентний

Рис. 2. Структура типів пристосувальної поведінки (у %) у хворих на шизофренію з різними варіантами соматичної коморбідності.

но частіше зустрічається у хворих без коморбідної соматичної патології. Деадаптивна (асоціальна) пристосувальна поведінка проявляється дромоманією, схильністю до алкоголізації і наркотизації, безладності у сексуальних стосунках, схильністю до асоціальної поведінки. Конкретні форми деадаптивної поведінки визначаються змістом психічних переживань і ступенем дефекту особистості. Очевидно, що реалізація цього типу поведінки у групах хворих з супутньою соматичною патологією утруднена (особливо це стосується пацієнтів, у яких соматичне захворювання виникло до дебюту шизофренії і має тривалий хронічний перебіг), що знаходить закономірне відображення у показниках структури типів пристосувальної поведінки.

Аграваційно-рентний тип пристосувальної поведінки суттєво більш поширений серед хворих з соматичною коморбідністю, причому найбільш типовий він для пацієнтів з соматичною патологією, яка виникла після дебюту шизофренії. Аграваційно-рентний тип характеризується використанням власної хвороби як засобу отримання моральної чи матеріальної "вигоди" (наприклад, підвищеної уваги і турботи, якихось пільг чи преференцій з боку оточення, матеріальних виплат у зв'язку з інвалідністю тощо). Логічно припустити, що у пацієнтів другої та третьої груп наявна соматична патологія надає додатковий привід для формування цього типу поведінки; дещо більша поширеність його серед хворих з пізньою коморбідністю, ймовірно, пов'язана з тим, що у них соматична патологія виникла відносно недавно, і, отже, і сам хворий, і оточуючі його люди реагують на неї більш гостро.

Конфліктний тип пристосувальної поведінки, для якого характерна орієнтація на міжособистісні конфлікти через усвідомлення хворим неможливості реалізації у важливих для нього сферах через хворобу і фрустраційні переживання, частіше виявлявся у хворих без коморбідної соматичної патології, і найменш характерний для хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії. Хоча у хворих з супутньою соматичною патологією можливості самореалізації зни-

жені у порівнянні з пацієнтами без такої патології, і, відповідно, вище фрустрованість, слід враховувати, що загальна важкість стану у дослідженого контингенту визначається насамперед важкістю основного захворювання. У хворих з супутньою соматичною патологією нами була виявлена значна виразність негативної психопатологічної симптоматики, в тому числі апато-абулічних проявів, що, закономірно проявляється в особливостях структури типів пристосувальної поведінки. При цьому особливості поведінки хворих з конфліктним типом визначалися переважно експлозивними і тривожно-депресивними формами реагування. В цілому для хворих обстеженого контингенту конфліктний тип пристосувального поведінки був не характерним.

Важливою особливістю дослідженого контингенту є відсутність конструктивного типу пристосувальної поведінки, який є найбільш сприятливим. Останній зазвичай поєднується з гармонійним типом ВКХ, який у дослідженого контингенту хворих не виявлявся, і характеризується переважно соціоцентричною спрямованістю, реалістичним ставленням до дійсності і продуктивними формами адаптації, спрямованими на утримання та розвиток наявних соціальних позицій. Наявні у обстежених хворих виражені продуктивні і негативні симптоми важкого психічного розладу робили неможливою для них реалізацію високої активності у подоланні хвороби, відсутність конфліктності в системі відносин, пошук і прийняття соціальної допомоги, які є типовими для даного типу пристосувального поведінки.

Відмінності у структурі типів пристосувальної поведінки між групами хворих без коморбідної соматичної патології та хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії, а також між групами хворих без коморбідної соматичної патології та хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії, є статистично значущими ($p < 0,05$), а між групами хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії та хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії - статистично не значущими ($p > 0,05$).

Ще однією важливою складовою функціонального діагнозу є оцінка стану адаптивних ресурсів особистості. Рівень адаптивних ресурсів особистості визначає об'єктивні можливості для відновлення основних особистісних характеристик і соціального статусу хворого, і визначає клінічний і соціально-трудова прогноз захворювання. При цьому рівень адаптивних ресурсів особистості, хоча напряму і залежить від ступеню дефекту особистості, визначається насамперед механізмами індивідуально-психологічної компенсації. Тому в одних випадках, незважаючи на наявність психопатологічних розладів, реалізується задовільна соціальна реабілітація, а в інших реабілітація серйозно утруднюється, навіть за умови відносно сприятливого перебігу захворюван-

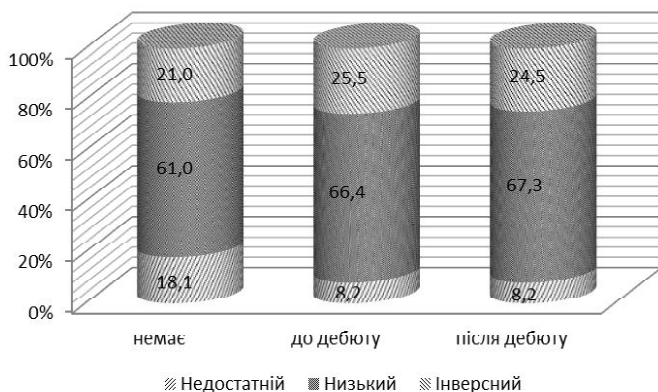


Рис. 3. Структура адаптивних ресурсів особистості (у%) у хворих на шизофренію з різними варіантами соматичної коморбідності.

ня [Коцюбинский и др., 2006]. Тому при оцінці рівня адаптивних ресурсів особистості враховується не лише поточний стан психіки хворого, а й аналізується весь хід перебігу захворювання, його динаміка, терапевтичний потенціал, ступінь декомпенсації, особливості системи міжособистісних відносин, емоційна адекватність і стабільність, рівень тривожності, ригідності і деменції.

Результати дослідження рівнів адаптивних ресурсів особистості наведені на рис. 3.

В цілому обстеженим хворим притаманні патологічні рівні адаптивних ресурсів особистості. У більшості хворих визначається низький рівень адаптивних ресурсів особистості, який передбачає конфліктність у пріоритетних сферах відносин особистості, високий рівень нейротизму, високі показники тривожності, ригідності, невротизації і психопатизації. Недостатній (дисгармонійний) рівень, який передбачає конфліктність у трьох-чотирьох сферах відносин особистості, помірний рівень емоційної стабільності і помірно виражені показники тривожності, ригідності, рівня невротизації і психопатизації, менш поширений серед обстежених хворих. Співвідношення між більш сприятливим недостатнім і менш сприятливим низьким рівнями адаптивних ресурсів особистості визначається важкістю перебігу захворювання та глибиною шизофренічного дефекту особистості. Обстежений контингент представлений хворими з тривалим (понад 10 років) перебігом захворювання і глибокими змінами психіки, тому переважання у ньому пацієнтів

Список літератури

- Абрамов В.А. Функциональная диагностика психических заболеваний / В.А. Абрамов, С.А. Пуцай, И.И. Кутко // Методические рекомендации. - Донецк, 1990. - 16 с.
- Бурлаков А.В. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра, коморбидные сердечно-сосудистой патологии (клиника, психосоматические соотношения, терапия): дис... канд. мед. наук: 14.01.16 / Алексей Вячеславович Бурлаков. - М., 2006. - 213 с.
- Вайзе К. Функциональный диагноз как клиническая основа восстановительного лечения и реабилитации психических больных / К. Вайзе, В.М. Воловик // Клинические и организационные основы реабилитации психических больных. - М.: Медицина, 1980. - С. 152-206.
- Вид В.Д. Психоаналитическая терапия при шизофрении / В.Д. Вид. - СПб, 1993. - 236 с.
- Гнатишин М.С. Шизофрения: современный взгляд / М.С. Гнатишин, О.О. Белов - Винница, 2012. - С. 199-205.
- Мелехов Д.Е. Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении / Д.Е. Мелехов. - М.: Медицина, 1963. - 198 с.
- Методики психологической диагностики больных с эндогенными психическими заболеваниями: усовершенствованная медицинская технология / Коцюбинский А.П., Аристова Т.А., Дитятковский М.А. [и др.] - СПб., 2006. - 35 с.
- Мухаметшина З.Ф. Социальное функци-

з низким рівнем адаптивних ресурсів особистості видається закономірним. Водночас, у значній частині хворих виявлений інверсний рівень адаптивних ресурсів особистості, який характеризує різні форми спотворення фактичної соціальної пристосованості і адаптивних можливостей особистості.

Статистико-математичний аналіз виявив певні розбіжності в структурі рівнів адаптивних ресурсів особистості у хворих без коморбідної соматичної патології та хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії ($p < 0,1$), а також у хворих без коморбідної соматичної патології і хворих, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії ($p < 0,1$). Розбіжності між хворими, у яких коморбідна соматична патологія виникла до дебюту шизофренії, і хворими, у яких коморбідна соматична патологія виникла після дебюту шизофренії, є статистично не значущими ($p > 0,05$).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. При аналізі функціонального діагнозу у хворих на шизофренію з різними варіантами соматичної коморбідності було виявлено ряд відмінностей.

2. У структурі ВКХ у хворих з відсутністю коморбідної соматичної патології виявлено значуще більшу питому вагу анозогностичного і індіферентного типів, а у хворих з наявністю супутніх соматичних захворювань - іпохондричного і тривожного типів ВКХ.

3. У структурі типів пристосувальної поведінки у хворих з відсутністю коморбідної соматичної патології встановлено переважання регресивного, конфліктного і дезадаптивного типів у порівнянні з хворими з соматичною коморбідністю, у яких частіше зустрічалися дезорганізований і аграваційно-рентний типи.

4. Коморбідна соматична патологія справляє певний вплив на рівень адаптивних ресурсів особистості, однак цей вплив не є визначальним і повинен розглядатися у контексті загального впливу психічної та соматичної патології на психічний стан індивіда.

Виявлені особливості повинні враховуватися при розробці лікувальних та реабілітаційних заходів при шизофренії.

онирование и качество жизни больных шизофренией (клинико-социальные и психологические аспекты) : автореф. дис. на соискание научной степени канд. мед. наук: 14.00.18 / Мухаметшина Зульфия Фарвазовна. - Уфа, 2009. - С. 13.
Смашна О.Е. Синдромогенез параноидной шизофрении, коморбидної з соматичною патологією: автореф. дис. на

здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: 14.01.16 / Смашна Олена Євгенівна. - К., 2012. - 20 с.

Точилов В.А. Классификация психических расстройств / В.А. Точилов // Психиатрия. Национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - С. 291-305.

Функциональный диагноз при эндогенных психических заболеваниях /

[Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Аристова Т.А. и др.]. - СПб, 2011. - 38 с.

Шизофрения, коморбидная с артериальной гипертензией: современное состояние проблемы / Подвигин С.Н., Ширяев О.Ю., Алехина О.Д., Шаповалов Д.Л. // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. - 2013. - № 35. - С. 1-6.

Марункевич Я.Ю.

ОСОБЕННОСТИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДИАГНОЗА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Резюме. При изучении функциональных диагнозов 325 мужчин, больных параноидной шизофренией с разными вариантами соматической коморбидности были выявлены значимые различия. В структуре внутренней картины болезни у пациентов без коморбидной соматической патологии чаще выявлялись анозогностический и индифферентный типы (62,9% и 14,3%), а у больных с наличием сопутствующих соматических заболеваний - ипохондрический и тревожный типы ВКБ (50,9% и 23,6%, и 50,9% и 20,9% соответственно). В структуре типов приспособительного поведения для больных без коморбидной патологии характерным оказалось преобладание регрессивного, конфликтного и дезадаптивного типов (58,1%, 7,6% и 14,3%), а для больных с соматической коморбидностью - дезорганизованного и аггравационно-рентного типов (25,5% и 7,3%, и 24,5% и 10,9% соответственно). Коморбидная соматическая патология несколько снижает уровень адаптивных ресурсов личности и увеличивает удельный вес инверсного их уровня, однако это влияние не является определяющим и должно рассматриваться в контексте общего воздействия психической и соматической патологии на психическое состояние индивида.

Ключевые слова: шизофрения, функциональный диагноз, коморбидная соматическая патология

Marunkevych Ya.Yu.

FEATURES OF FUNCTIONAL DIAGNOSIS IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH CONCOMITANT SOMATIC PATHOLOGY

Summary. In the study of functional diagnoses 325 male with paranoid schizophrenia with different types of comorbid somatic disorders were significant differences. In the structure of the internal picture of disease in patients without comorbid somatic disorders were more prevalent anosognosical and indifferent types (62,9 % and 14,3 %), and in patients with comorbid somatic disorders - hypochondriac and anxious types of the internal picture of disease (50,9% and 23,6%, and 50,9% and 20,9% respectively). In the structure of types of adaptive behavior in patients without comorbid pathology characterized by the predominance of regressive, conflict and maladaptive types (58,1%, 7,6% and 14,3%), and in patients with somatic comorbidity - disorganized and aggravation type (25,5% and 7,3%, and 24,5% and 10,9% respectively). Comorbid somatic pathology lightly reduces the level of adaptive resources of individual and increases the proportion of inverse level of resources, but this effect is not significant and should be considered in the context of the overall impact of mental and somatic pathology on the mental state of the individual.

Key words: schizophrenia, functional diagnosis, comorbid somatic disorders.

Стаття надійшла до редакції 24.04. 2014 р.

Марункевич Ярослава Юріївна - асистент кафедри психіатрії та наркології Вінницького медичного університету ім. М. І. Пирогова; +38 097 219-05-42; slavunchik87@mail.ru

© Шаламай М.О., Сторожук І.В.

УДК: 616.988-053.2

Шаламай М.О., Сторожук І.В.

Кафедра педіатрії № 2 Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ОСОБЛИВОСТИ РОТАВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ВІКУ

Резюме. В роботі представлені результати обстеження 120 дітей молодшого віку з ротавірусною інфекцією, які знаходились на стаціонарному лікуванні в інфекційному боксованому діагностичному відділенні Вінницької обласної дитячої клінічної лікарні. Ідентифікацію вірусу проводили за допомогою високочутливого, специфічного, швидкого (10 хвилин) та простого у використанні cito-тесту імунохроматографічного аналізу. Ротавірусна інфекція у дітей молодшого віку переважно мала важкий перебіг. Провідний симптомокомплекс хвороби складався з інтоксикації, гемодинамічних розладів, гастроінтестинальних порушень, катаральних явищ, дегідратації різного ступеня важкості.

Ключові слова: діти, ротавірусна інфекція, клініка, діагностика.

Вступ

Вірусні інфекції з кишковим синдромом залишаються однією з актуальних проблем у дітей раннього віку. Серед них - ротавірусна інфекція (РВІ), яка з високою ча-

стотою зустрічається в усіх країнах, і, є найбільш частим збудником важкої діареї зі зневодненням у дітей до 3 років. Даний збудник є причиною ≈30-50% гастроенте-