

**Кривовяз Ю.А., Гурина Н.И., Литвинова С.В., Кравчук Н.И., Кравчук Н.А., Власенко М.В.**  
**НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ НЕФРОПАТИИ У БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ 1 ТИПА**

**Резюме.** С целью ранней диагностики диабетической нефропатии (ДН) изучались, оценивались и сравнивались показатели скорости клубочковой фильтрации (СКФ), рассчитанные по сывороточному креатинину и цистатину С у пациентов с сахарным диабетом (СД) 1 типа и нормоальбуминурией. Установлена большая точность расчета СКФ по цистатину С. Рекомендуется оптимальная формула для определения СКФ по цистатину С.

**Ключевые слова:** сахарный диабет, диабетическая нефропатия, креатинин, цистатин С.

**Kryvovyz Y.O., Gurina N.I., Litvinova S.V., Kravchuk N.I., Kravchuk N.A., Vlasenko M.V.**  
**NEW APPROACHES TO THE EARLY DIAGNOSIS OF DIABETIC NEPHROPATHY IN PATIENTS WITH TYPE 1 DIABETES MELLITUS**

**Summary.** For the purpose of early diagnosis of diabetic nephropathy (DN) the indices of the speed of glomerular filtration (SGF) were studied, evaluated and compared, which had been calculated using serum creatinine and cystatin C of the patients with diabetes mellitus (DM) type 1 and normal level of urinary albumin excretion. The high accuracy of the calculating SGF using cystatin C is established. The optimal formula for determining SGF by cystatin C is recommended.

**Key words:** diabetes mellitus, diabetic nephropathy, creatinine, cystatin C.

Стаття надійшла до редакції 09.11.2012р.

© Бойко А.А.

УДК: 616.00

**Бойко А.А.**

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

**ОСОБЛИВОСТІ КОМОРБІДНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ ШИЗОФРЕНІЄЮ**

**Резюме.** Обстежено 346 хворих на шизофренію, серед яких алкогольна адикція спостерігалась у 157 осіб (45,4% спостереження), нікотинізм - у 33 (9,6%), художньо-графоманічна адикція - у 125 (36,1%) та сексуальна адикція - у 31 особи (8,9% спостереження). Алкогольна адикція спостерігалась в початковому періоді та ремісії шизофренії, з появою психотичних порушень, вживання алкоголю припинялося. Наркотичні адикції у хворих на шизофренію зустрічалися в одиничних випадках. Нікотинова адикція спостерігалась при прогресуванні захворювання з посиленням тривоги. Сексуальна адикція у чоловіків виявлялась у формі мастурбації, у жінок - у формі "донжуанізму". Художньо-графоманічна адикція полягала в постійному написанні текстів пацієнтами і оцінювання їх як витворів мистецтва. Адикція виконує роль, насамперед, певної компенсації порушень інтрапсихічної та соціально-середовищної адаптації хворих на шизофренію. При вираженій адитивній поведінці, при надмірному зосередженні уваги й активності на предметі адикції відбувається посилення аутизму і дистанціювання хворих від вимог реального життя, що призводить до поглиблення їх соціальної дезадаптації.

**Ключові слова:** шизофренія, алкогольна адикція, нікотинізм, художньо-графоманічна адикція, сексуальна адикція.

**Вступ**

Адитивні розлади часто поєднуються з психічними формами патології, серед яких важливе місце займає шизофренія. Захворювання шизофренію викликає у хворих схильність до формування адитивної поведінки. Серед хворих шизофренією зустрічаються усі види адикцій, які спостерігаються в осіб без психічних захворювань, але найбільш поширеними є алкогольна, нікотинова, сексуальна і художньо-графоманічна форми адикцій. Коморбідні адитивні розлади набувають неоднозначного співвідношення та взаємовпливу з шизофренічними процесуальними порушеннями, що приносить атиповість у клінічні прояви цих поєднаних форм патології і ускладнює їх лікувально-реабілітаційну корекцію.

Для сучасної наркологічної клініки характерними є триваючі диференціація і патоморфоз клінічних форм, а також зростаюча частота коморбідної психічної патології. Дані літератури та клінічної практики дають підставу вважати, що приблизно кожен третій пацієнт нарколога має поєднану психіатричну патологію.

Шизофренія - одна з найбільш складних і актуальних проблем клінічної психіатрії за її широкою поширеністю, різноманіттям клінічних проявів, тяжкості соціально-медичних наслідків, недостатньою розробленістю етіопатогенетичних аспектів, що незмінно привертає увагу дослідників. Захворювання шизофренію, згідно з даними досліджень останнього часу, створює у хворих певну схильність до розвитку станів залежності, які стало прийнято відносити до адитивних розладів [Менделевич, 2007]. Ця схильність призводить до того, що поширеність адикцій серед хворих на шизофренію виявляється більше, ніж у загальній популяції населення.

Концепія адитивної поведінки перетворюється на область клінічної психіатрії, що швидко розвивається, в руслі якої описуються різні варіанти як хімічної (алкогольної, нікотинової, лікарської), так і нефармакологічних форм адикцій [Семке, 1999].

Що ж до адикцій у хворих на шизофренію, то більшість дослідників приділяє увагу вивченню впливу

зловживання алкоголем (традиційно розглядають з позицій симптоматичного алкоголізму), а також наркотичними речовинами на клінічні прояви і наслідки шизофренії. Виходячи з вище викладеного *метою* нашого дослідження було вивчення формування різних варіантів адикцій у хворих з різними клінічними формами шизофренії, типами її перебігу, взаємовпливу шизофренічного процесу і адиктивних розладів.

### Матеріали та методи

Обстежено 346 хворих на шизофренію з коморбідними адиктивними розладами, які перебували на стаціонарному та диспансерному психіатричному спостереженні протягом 5 років. В обстеження включали хворих з тривалістю перебігу захворювання понад трьох років, у яких виявлялися виразні ознаки адиктивної поведінки згідно МКБ-10. Серед обстежених пацієнтів чоловіків було 291, жінок - 55 осіб з переважаючим віковим інтервалом від 26 до 35 років (53,8%). У роботі використовувались клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний методи. Експериментальна програма включала методики: піктограми, тест Люшера, порівняння понять і предметне винятки, тест Роршаха.

### Результати. Обговорення

Із 346 обстежених у 116 чоловік (33,5%) була параноїдна форма шизофренії; у 72 чоловік (20,8%) - проста форма шизофренії; у 69 чоловік (20,0%) - резидуальна форма шизофренії; до групи "інші форми" віднесені хворі з недиференційованою шизофренією, а також поодинокі випадки кататонічної і гебефренічної форм шизофренії, які через нечисленність не могли скласти самостійну групу і були об'єднані нами в групу - інші форми шизофренії (89 чоловік, 25,7%). До недиференційованої шизофренії, відповідно до МКХ-10, були віднесені ті випадки, коли психопатологія відповідала загальним критеріям шизофренії, але не могла бути ідентифікована як специфічна для певної форми.

У обстежених нами хворих на шизофренію зустрічались практично всі різновиди адиктивної поведінки, властиві особам без психічних захворювань. Найбільш часто, за нашими даними виявлялись: алкогольна адикція - у 157 осіб (45,4% спостережень), нікотинова адикція (причому у дослідження обрані тільки ті випадки з більшої частоти курців, хворих на шизофренію, у яких інтенсивність і соціально-клінічні особливості куріння викликали необхідність його корекції) - у 33 (9,6%), художньо-графоманічна адикція - у 125 (36,1%), а також сексуальна адикція - у 31 особи (8,9% спостережень). Наркотичні адикції у хворих на шизофренію зустрічались лише в поодиноких випадках, що може пояснюватись тим, що для наркотизації потрібна більш складно організована соціально-рольова поведінка, ніж для алкоголізації.

Отримані в результаті цього дослідження дані сприяли виявленню тенденцій, мотиваційних установок, емоційного стану та інших особистісних особливостей,

що істотно доповнюють клінічні дані інформацією щодо формування концепції адиктивних розладів при шизофренії. У проведеному нами дослідженні найбільш представленою була алкогольна адикція поряд з ніотиною, художньо-графоманічною та сексуальною формами адиктивної поведінки.

Однак подібність з адикціями психічно здорових осіб у наших хворих була досить відносною і стосувалася зовнішніх форм її прояву. Співвідношення і взаємодія шизофренічних і адиктивних розладів носили складний, багатоаспектний і неоднозначно суперечливий характер. Зазвичай процесуальна шизофренічна психопатологія, що виявляється позитивними і негативними симптомами, а також особистісними порушеннями, настільки видозмінює виникаючі на цьому патологічному ґрунті адикції, що їх прояви нерідко залишаються нерозпізнаними і випадають з поля зору клініцистів. В інших випадках адиктивна поведінка виявляється, наприклад, фасадним розладом, за яким ховається власне ендогенний процесуальний психоз, внаслідок чого адикція виступала в якості клінічної маски шизофренії.

Як показав клінічний аналіз спостережень, кожна форма адикції має певні особливості своїх проявів та взаємовідносин з шизофренічним ґрунтом, на якому вона виникає.

При параноїдній формі шизофренії алкогольна адикція (76 хворих) розвивалася у тих випадках, коли у хворих за наявності параноїчної симптоматики не було вираженої дезорганізації психічної діяльності з порушенням пристосувальної поведінки. Типовим проявом алкогольної адикції був початок алкоголізації в ініціальному періоді, коли хворі вдавалися до прийому алкоголю для пом'якшення суб'єктивно тяжкого стану, обумовленого процесуальною психопатологією. Алкоголізація тривала на параноїдальному етапі безперервного перебігу шизофренії з різними варіантами адиктивної мотивації. По мірі розвитку вираженої важкості психотичних розладів на параноїдальному етапі шизофренії, здатність до переживань, що викликають мотиви алкоголізації, як би втрачались, алкогольна адикція припинялася. У хворих параноїдною формою шизофренії з нападодібно-прогредієнтним типом перебігу і складною депресивно-параноїдною структурою нападів спостерігався розвиток інтенсивної алкоголізації з атарактичною, переважно адиктивною мотивацією. Після закінчення нападу адикція припинялася і знову виникала при початку нового нападу або при загостренні поточного, який не був купіруваний внаслідок недостатнього за часом або неадекватного лікування. У періоді між нападами типовим було виникнення спонтанної ремісії в перебігу алкогольної адикції, тому що психічний стан в ремісії істотно відрізняється від періоду нападу, не було умов для збереження атарактичної адитивної мотивації.

При простій формі шизофренії алкогольна адикція розвивалася у хворих з помірною вираженістю *simplex*-синдрому і відносним збереженням соціально-рольо-

вої поведінки. Зміни особистості хворих легко викликали явища "дрейфу" з патологічною залежністю від навколишнього соціального середовища і утратою цілеспрямованості інтелектуальної активності і поведінки, що обумовлювало виникнення субмісивності адиктивної мотивації. Залежно від особливостей клінічних проявів процесуальної психопатології простої шизофренії провідною адиктивною алкогольною мотивацією може стати атарактична, або активація поведінки. Прогноз перебігу адикції у даних хворих неоднозначний. При збереженні прогресивності перебігу і наростанні вираженого апато-абулічного шизофренічного дефекту алкогольна адикція загасала, спостерігалось наче б то "балансування" шизофренічного і адитивного процесів.

Алкогольна адикція при недиференційованій шизофренії перебувала в складних співвідношеннях з шизофренічними розладами, що визначалося залежністю від таких факторів, як поліморфність структури нападів, їх важкість, гострота і тривалість, типу перебігу, якості ремісії, процесуальних змін особистості.

Узагальнюючи спостереження про вплив алкогольної адикції на клініку і перебіг шизофренії, можна відзначити, що алкоголізація привносить лише переважно фасадну симптоматику, яка може затушовувати і маскувати шизофренічні прояви, не чинячи істотно впливу на тенденції перебігу та прогноз шизофренії. Більш очевидним є вплив алкоголізації на соціальний статус і посилення соціальної дезадаптації у хворих на шизофренію. З іншого боку, алкогольна адикція у хворих на шизофренію в своєму виникненні, перебігу та прогнозі знаходиться у значній залежності від клініки та перебігу шизофренічного процесу. Це проявляється в атиповості проявів алкогольної адиктивної поведінки, незначної залежності алкоголізації та адиктивної мотивації від соціально-середовищних впливів, а також атиповості перебігу і результату фіналу алкогольної адикції порівняно з алкогольною адикцією осіб без психічної патології.

Паління як адиктивна поведінка у хворих на шизофренію істотно відрізнялась від куріння здорових осіб. Насамперед ця відмінність полягала в тому, що інтенсивність куріння знаходиться в залежності від клінічних проявів шизофренії. При загостреннях або погіршенні психічного стану з наростанням таких симптомів як тривога, неспокій, хворі значно збільшували частоту паління, отримуючи в ряді випадків виразний "терапевтичний" ефект. Коли ж прояви загострення редукувалися, то інтенсивність куріння різко знижувалася. Доза куріння також помітно підвищувалася при розвитку нейролептичного синдрому. В інших випадках куріння полегшувало хворим встановлювати міжособистісні контакти, служило темою розмов, зумовлювало стереотипні манірні спілкування курців, що особливо важливо при збідненні, скруті і перекрученні комунікацій у цих хворих. Куріння виступало в якості засобу, що активує і полегшує соціальну поведінку. Для більшості хворих на шизофренію курців була малохарактерна чисто ге-

доністична мотивація. Нікотинова адикція у хворих на шизофренію часто поєднувалася з алкогольною адиктивною поведінкою. Зазначені положення вказують на різноманітне значення нікотинової адикції в клініці шизофренії.

Серед обстежених хворих на шизофренію з сексуальною адикцією (31 особа) зустрічалися такі форми сексуальної адиктивної поведінки: донжуанізм, ексгібіціонізм і онанізм. Адиктивна сексуальна поведінка у формі онанізму переважала у чоловіків, а у жінок - "донжуанізм" в гротескній проміскуїтетній формі. У наших спостереженнях відхилення сексуальної поведінки адиктивного плану у вигляді гомосексуалізму та ексгібіціонізму зустрічалися в поодиноких випадках і тому не виділені в окрему групу.

Аналіз простежених випадків дозволяє зробити висновки про двоїсте значення сексуальної адикції у хворих на шизофренію. Зазвичай вона виникає як спроба компенсації утрудненого природного розвитку сексуальності, яка приносить певне полегшення даним хворим. З іншого боку, стабілізація адиктивних механізмів і формування стійкої адиктивної поведінки порушує психосексуальний розвиток хворих і блокує можливість становлення у них сексуально нормальних форм статевої поведінки. Вплив шизофренічного процесу позначається в полегшенні виникнення сексуальної адикції і обтяженні її перебігу, причому прояви адикції нерідко приймають гротескний і химерний характер. А вплив адикції на шизофренію виявляється в тому, що в адиктивному процесі виникають поведінкові й емоційно-особистісні зміни, що мають феноменологічну схожість з шизофренічними, що може погіршити порушення соціальної адаптації, властиву більшості хворим на шизофренію.

Отже, адиктивна сексуальна поведінка, що зустрічається у хворих на шизофренію, у зв'язку з потужним патопластичним впливом ендогенного процесу має принципові відмінності від подібних адикцій у психічно здорових осіб. Це проявляється, головним чином, в парадоксальності, складності і малій усвідомлюваності сексуальних адиктивних мотивацій, незвичайності "аутистичного забарвлення" адиктивної поведінки та тісній залежності її від клінічних особливостей та перебігу шизофренії.

Художню або графоманічну адикцію у хворих на шизофренію ми визначали в тих випадках, коли художня та вербальна творчість ставала неадекватно інтенсивною і набувала характеру вираженої залежності на шкоду іншим проявам життєвої активності, інтересам і потребам хворих. Наші спостереження охоплюють 125 хворих із виразною графоманічною або образотворчою активністю, яка характеризується ознаками поведінкової адикції. Графоманічна адикція полягала в тому, що хворі постійно що-небудь писали: тексти з претензією на художню прозу, вірші, щоденники, докладні роздуми про свою хворобу; описи своїх винаходів і відкриттів, нових глобальних концепцій у галузі науки,

техніки, математики, філософії та т.п.

До адиктивів з художньою спрямованістю були віднесені ті хворі, які прагнули малювати олівцями або фарбами, причому робили вони це незалежно від наявності спеціальної освіти та володіння образотворчою технікою.

Необхідно відзначити, що спостережувані випадки нерідко було важко однозначно віднести до графоманічної чи художньої адикції, бо хворі супроводжували свої малюнки розлогіми текстами коментарів і назв, а письмову продукцію ілюстрували великою кількістю схем і малюнків. Тому нам довелося виділити "змішану" форму художньо-графоманічної адикції. Тому 125 хворих були розподілені таким чином: чисто графоманічна адикція спостерігалась у 38,4%, художня - у 27,2% і змішана - у 34,4% пацієнтів. Причому для хворих чоловіків була характерною графоманія, а для жінок відзначалося відносно переважання художньої адикції. Виявлена певна залежність художньо-графоманічної адикції від віку: для художнього варіанту адикції характерним був більш ранній початок, ніж для графоманічного та змішаного.

При параноїдній шизофренії частіше зустрічалася графоманія, що може знайти пояснення в тому, що процесуальні зміни мислення і особистості спонукали вербальну адиктивну активність хворих. Художня адикція була більш характерною для хворих "іншими формами" шизофренії, оскільки для образної експресії необхідне велике збереження емоційної сфери. Змішаний варіант адикції частіше зустрічався у хворих резидуальною шизофренією.

Адиктивне залучення хворих у художньо-графоманічну активність пробуджується різними адиктивними мотиваціями. Переважаючими в подібній адиктивній поведінці були атарактична, гедоністична і активуюча поведінку адиктивні мотивації. При атарактичних мотиваціях хворі з допомогою письмової або образотворчої творчості здійснювали відреагування феноменів обтяжливих процесуальних психопатологічних розладів (тривоги, страху, пригніченості, невпевненості, безпорадності, депресії, розгубленості, безнадії), що призводило до суб'єктивного полегшення важкості переживань. У багатьох інших випадках хворі відчували позитивні емоції від процесу та продуктів своєї творчості, що розцінювалось нами як гедоністична мотивація. Хворі з втратою соціальних інтересів та ініціативності, зплещеністю і зміною емоційних реакцій, з соціально безцільним, на зовнішній погляд, існуванням могли прагнути заповнити своє життя письмовою або образотворчою активністю, що можна визначити як самостимуляцію і активізацію своєї поведінки. Різноманіття клінічних проявів шизофренії відображалось як у виникненні даної адикції, змісті і формі процесу і продуктів творчості хворих, так і на динаміці адиктивної поведінки. При безперервному перебігу шизофренії прогноз адикції визначався темпом прогресивності ендоген-

ного процесу і важкістю несформованого шизофренічного дефекту. У випадках нападopodobного перебігу шизофренії прояви адикції залежали від клінічної структури нападів і стану періоду ремісії. При цьому нерідко спостерігалась поява або різке посилення адикції під час нападів з афективною насиченістю психотичної симптоматики, з подальшою редукцією або значним зменшенням проявів адиктивної поведінки в період між нападами. Подібні "ремісії" в художньо-графічній адиктивній поведінці у хворих на шизофренію нагадують відомі спонтанні ремісії "симптоматичного алкоголізму" у хворих на шизофренію. Виявляється неоднозначний вплив адиктивної активності на прояви шизофренічного процесу. Адикція виконує роль, насамперед, певної компенсації порушень інтрапсихічної та соціально-середовищної адаптації у хворих на шизофренію. Однак у випадках вираженої адиктивної поведінки при надмірному зосередженні уваги і активності на предметі адикції відбувається посилення аутизму і дистанціювання хворих від вимог реального життя, що призводить до поглиблення їх соціальної дезадаптації.

Значущим розділом клініки адиктивних розладів у хворих на шизофренію є адиктивні мотивації. Мотиваційні характеристики були отримані при комплексному вивченні катамнестических відомостей, результатів клініко-психопатологічного та патопсихологічного дослідження, в тому числі, за допомогою тестів Люшера і Роршаха. Перш за все, отримані результати підтвердили відомі дані про глибокі зміни мотиваційної сфери хворих на шизофренію у вигляді спотворення і зниження рівня спонукань.

При вияві домінуючих адиктивних мотивацій у обстежених хворих на шизофренію було встановлено, що вони істотно відрізняються від таких у адиктивів без психічних захворювань. Ця відмінність полягала в тому, що "чистих" типів мотивацій майже не зустрічалось, тому визначення мотивації встановлювалось дещо умовно, на основі відносного домінування тієї чи іншої мотивації. Крім того, домінуючі адиктивні мотивації могли замінюватися у міру перебігу захворювання. Нами було виділено ряд типів адиктивних мотивацій. Атарактична мотивація полягала в прагненні хворих за допомогою предмета адикції пом'якшити або усунути явища емоційного дискомфорту, тривоги, страху, стану фрустрації, думок про самогубство, конфліктів з оточуючими, "відволіктися від турбот", "зняти нервову напругу". Субмісивна мотивація включала в свою структуру такі конкретні мотиви, як невміння відмовити друзям; "немає сили волі", випивки з метою "бути як усі", при чому за наявності цієї мотивації у хворих була виражена тенденція до підпорядкування, залежності від оточуючих. Проблема субмісивності мотивації стикувалась з проблемою люмпенізації певних верств суспільства, в які легко можуть залучатися адикти, хворі на шизофренію. Псевдокультуральна мотивація - при якій основне значення надавалось атрибутивним властивостям предмета

адикції з характерною демонстративністю і прагненням справити враження на оточуючих. Так, при алкогольній адикції хворі своє пияцтво пояснюють необхідністю "поміркувати про високі матерії", "про сенс життя", "пофілософствувати", "якщо не пити, то навіщо жити" та часто поєднують з іншими адиктивними мотиваціями. Гедоністична мотивація - вживання алкоголю або звернення до іншого предмету адикції відбувалось для підняття настрою і отримання задоволення. Хворі розповідали, що від випивки їм стає веселіше, "відбувається приємне пожвавлення думок і отримання кайфу". Мотивація активізації поведінки - прагнення за допомогою адиктивного предмету викликати стан збудження, активізувати себе, вийти зі стану нудьги, душевної ліні і бездіяльності, підвищити самооцінку і тонус, "відчути себе повноцінною людиною, чоловіком". Психотична мотивація має своїм джерелом психотичні феномени - галюцинації, маячні переживання, психотичну тривогу. Хворі вдаються, наприклад, до прийому алкоголю, щоб "заглушити голоси", особливо страхітливі або імперативні. Деякі хворі говорять, що не збираються припинити випивки, оскільки у стані сп'яніння їм легше переносити маячні переживання впливу, переслідування, болісні сенестопатії.

При алкогольній і нікотиновій адиктивній поведінці домінуючими адиктивними мотиваціями були атарактична (38,9%), гедоністична (18,4%), психотична (15,8%). Сексуальна адиктивна поведінка спонукалась гедоністичною мотивацією в 35,5%, субмісивною - у 29,0%, психотичною - в 16,1% випадків. У хворих на шизофренію з художньо-графічною адикцією гедоністична мотивація переважала в 39,2%, атарактична - в 33,0%, психотична - у 16,8% випадках.

Узагальнюючи дослідження особливостей адиктивних мотивацій у хворих на шизофренію, можна виділи-

ти деякі загальні закономірності. Для шизофренії є типовими дисоціативні розлади, що проявляються у сфері мотивів тим, що при загальному зниженні рівня мотивів зберігається мотиваційна напруженість тільки у вузьких рамках адиктивного змісту, але достатня для спонукання часом інтенсивної діяльності у формі адиктивної поведінки. Інша особливість полягає в порушенні критерію психологічної зрозумілості, відсутності зв'язку із зовнішніми соціальними факторами, в структурній складності виділених нами "психотичних" варіантів адиктивних мотивацій. Нерідко адиктивні мотивації виникають у хворих на шизофренію без зв'язку з преморбідними інтересами і життєвим досвідом хворих. Зазвичай адиктивні мотивації (як і форми їх реалізації в адиктивній поведінці) виявляються незрозумілими для оточуючих, парадоксальними, недостатньо усвідомлюваними і вербалізованими самими хворими, що простежується в їх виникненні, перебігу, зворотному розвитку і редукції.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Для хворих шизофренією характерні хімічні і нехімічні форми адикції, які проявляються у вигляді алкоголізму, нікотинізму, художньо-графоманічної та сексуальної адикції.

2. Важливими для формування клініки адиктивних розладів у хворих шизофренією являються адиктивні мотивації: атарактична, субмісивна, псевдокультуральна, гедоністична, мотивація активізації поведінки, психотична мотивація.

Той факт, що одним із основних синдромів психічної патології при шизофренії є аутизм, робить дане дослідження перспективним у плані вивчення його патопластичного впливу на коморбідну патологію.

### Список літератури

Руководство по аддиктологии; под ред. Речь, 2007. - 768 с. Семке В.Я. - Томск, 1999. - 403 с.  
проф В.Д. Менделевича. - СПб.: Семке В.Я. Превентивная психиатрия /

**Бойко А.А.**

#### ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

**Резюме.** *Обследовано 346 больных шизофренией, среди которых алкогольная аддикция наблюдалась в 157 лиц (45,4% наблюдений), никотиновая - в 33 лиц (9,6%), художественно-графоманическая аддикция - у 125 (36,1%), сексуальная аддикция - у 31 лица (8,9% наблюдений). Алкогольная аддикция наблюдалась в начальном периоде и ремиссии шизофрении, с появлением психотических нарушений, употребление алкоголя прекращалось. Наркотические аддикции у больных шизофренией встречались в единичных случаях. Никотиновая аддикция наблюдалась при прогрессировании болезни с усилением беспокойства. Сексуальная аддикция у мужчин проявлялась в форме мастурбации, у женщин - в форме "донжуанизма". Художественно-графоманическая аддикция состояла в постоянном написании текстов пациентами и оценивания их как произведений искусства. Аддикция выполняет роль, в первую очередь, определенной компенсации нарушений интрапсихической и социально-средовой адаптации больных шизофренией. При выраженном аддиктивном поведении, при чрезмерном сосредоточении внимания и активности на предмете аддикции происходит усиление автоматизма и дистанцирование больных от условий реальной жизни, что приводит к углублению их социальной дезадаптации.*

**Ключевые слова:** шизофрения, алкогольная аддикция, никотинизм, художественно-графоманическая аддикция, сексуальная аддикция.

**Boiko A.A.**

#### FEATURES THE COMORBIDITY OF FRUSTRATION AT PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

**Summary.** *346 patients with schizophrenia who showed behavior of addiction are surveyed. The addictions manifested in the form of alcoholism (45,4%), nicotineism (9,6%), graphomania (36,1%), sexual addiction (8,9%). Alcohol addiction observed in the initial period of remission of schizophrenia, with the emergence of psychotic disorders, alcohol use ceased. Narcotic addiction at patients*

with schizophrenia met in isolated cases. Nicotinism was observed in the exacerbation of the illness with the progression anxiety. Sexual addiction in men manifested in the form of masturbation, women- "Don Juanism". Graphomania consisted in the fact that patients were constantly writing texts and evaluated it as a work of art. Addiction carries out a role, first of all, certain compensation of violations of intrapsychotic and social-environmental adaptation of patients by schizophrenia. At the expressed addictive behavior, at excessive concentration of attention and activity on a subject of an addiction there is a strengthening of automatism and discharge of patients from conditions of real life that leads to deepening of their social disadaptation.

**Key words:** schizophrenia, alcohol addiction, nicotinism, graphomania, sexual addiction.

Стаття надійшла до редакції 15.11.2012р.

© Перебендюк Т.В.

УДК: 618.177:616.981.21

**Перебендюк Т.В.**

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

## СТРЕПТОКОКИ ГРУПИ В ЯК ОДНА ІЗ ПРИЧИН РОЗВИТКУ НЕПЛІДНОСТІ

**Резюме.** Виявлена сукупність клініко-анамнестичних факторів як складових особливостей репродуктивного, акушерсько-гінекологічного та соматичного анамнезу вагітних з відновленою фертильністю шляхом ЕКЗ на фоні забруднення уrogenітального та ректального шляхів стрептококами групи В. До прогностично-інформаційних критеріїв інфертильності жінок з СГВ-позитивним статусом віднесені відхилення у репродуктивній функції: пізній початок менархе, подовжена тривалість менструації, наявність альгодисменореї, гіперполіменореї і гіпоменореї, нерегулярних менструацій; наявність екстрагенітальних вогнищ інфекції: хронічні запальні захворювання сечовидільної системи (цистит, хронічний пієлонефрит, сечокам'яна хвороба), хронічний тонзиліт, а також хронічні захворювання органів шлунково-кишкового тракту та ендокринна патологія; наявність акушерських ускладнень в анамнезі: штучні аборти, ранні та пізні самовільні викидні, завмерла вагітність й обтяженість гінекологічного анамнезу: запальні захворювання органів малого тазу (хронічний аднексит, кольпіт, ерозія шийки матки, ендометрит), операції на придатках або матці, позаматкова вагітність, фіброміома матки, полікістоз яєчників, мастопатія.

**Ключові слова:** вагітні, екстракорпоральне запліднення, стрептококи групи В, репродуктивна функція, акушерсько-гінекологічний анамнез, соматичний анамнез.

### Вступ

Частота пологів після застосування ДРТ залишається незмінно низькою - 12,0-16,8% на ПЕ в програмі ЕКЗ та 16,1% у програмі ІКСІ [Антонецька, 2008], що свідчить про високий рівень репродуктивних втрат у програмах ДРТ, серед яких - раннє переривання та невиношування вагітностей [Савельєва і др., 2007]. В Україні репродуктивні втрати в циклах ДРТ складають 17,9%, при цьому 12,1% випадків припадає на раннє переривання вагітності, 5,8% - після 12 тижнів [Бойчук та ін., 2005]. Високим залишається рівень перинатальних втрат і захворюваності новонароджених [Мукашева, 1995].

Вище наведені факти свідчать про багатогранність та надзвичайну актуальність проблеми підвищення ефективності ДРТ, що є вкрай необхідним і важливим як для здоров'я довгоочікуваної дитини, так і з огляду на певний ризик, які ДРТ складають для здоров'я пацієнтки.

Одним із шляхів підвищення ефективності ДРТ та профілактики можливих ускладнень є розробка та впровадження нових діагностично-лікувальних заходів, використання високо інформативних методик на етапі обстеження пацієнток перед реалізацією програми ДРТ з метою діагностики патології, яка може мати вплив на фертильність жінок, а також викликати різноманітні акушерсько-гінекологічні, інтра- та перинатальні ускладнення [Баженова і др., 2007; Langer et al., 2006; Koumans et al., 2007].

У пацієнток, вагітність яких наступила з використанням різноманітних методів лікування безпліддя (включаючи ЕКЗ), виявляють один або декілька факторів, які

впливають на прогноз результату вагітності [Schendel et al., 2006]. Існуючі захворювання та стани, які призвели до безпліддя, необхідно враховувати в процесі підготовки до вагітності. При хронічних запальних захворюваннях і рецидивуючих інфекціях статевих шляхів у процесі підготовки до вагітності необхідні контроль та проведення протизапального лікування [Мержвинский і др., 1997]. Подібна терапія створює умови для настання вагітності та нормального її перебігу, оскільки частою причиною переривання є загострення запального процесу.

**Мета** дослідження - вивчити сукупність клініко-анамнестичних факторів репродуктивного, акушерсько-гінекологічного та соматичного анамнезу вагітних з відновленою фертильністю шляхом ЕКЗ на фоні забруднення уrogenітального та ректального шляхів стрептококами групи В.

### Матеріали та методи

Обстежено 184 пацієнтки пізнього репродуктивного віку (35-39 років) на наявність соматичної та акушерсько-гінекологічної патології в анамнезі. З них 132 жінки, що склали дослідну групу, з непліддям в анамнезі, вагітність у котрих наступила завдяки застосуванню методів екстракорпорального запліднення (ЕКЗ) у Київському міському центрі репродуктивної і перинатальної медицини (КМЦРПМ) та 52 жінки, що склали контрольну групу: фертильні, вагітність у котрих наступила природним шляхом. Обстежувані знаходились у I та II триместрах вагітності.