

Нами було обстежено 119 больних параноїдною формою шизофренії. Пациенти були розділені на 3 групи в залежності від виду нейролептичної терапії. Контрольну групу склали 19 больних, не приймавших нейролептичної терапії в течение 6 місяців. Исследование підтверджує, що прийом атипичних нейролептиків в течение довгого періоду сприяє порушенню ліпидного обміну, збільшенню атерогенних ліпідів і ризику розвитку атеросклероза. Поэтому комплексна оцінка показателів ліпидного спектра крові і визначення об'єму талії, індексу маси тіла і коефіцієнта атерогенності являються інформативними для прогнозування ризику дисбалансу ліпидного обміну у больних параноїдною шизофренією, приймавших нейролептики.

**Ключевые слова:** ліпидний обмін, параноїдна шизофренія, атипичні нейролептики.

Рецензент - д.мед.н., проф. Скрипник Н.В.

Стаття надійшла до редакції 1.06.2016 р.

Ромаш Іван Романович - асистент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Івано-Франківського національного медичного університету; Sefatovic@ukr.net

© Масік О.І., Піпа Л.В., Лисиця Ю.М.

УДК: 616.89:159.923

**Масік О.І., Піпа Л.В., Лисиця Ю.М.**

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, кафедра психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО (вул. Пирогова, 56. м. Вінниця, Україна 21018)

## ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ПСИХОСОМАТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ

**Резюме.** Стаття присвячена визначенню клінічної особливості психосоматичних розладів у підлітків. За допомогою клініко-психопатологічного та патопсихологічного обстеження досліджено клінічні прояви тривожних та депресивних розладів у структурі психосоматичних порушень у підлітків: встановлено особливості клінічної картини функціональних порушень у вигляді синдромально-завершених депресивних, тривожно-фобічних і конверсійних синдромів.

**Ключові слова:** психосоматичні розлади, підлітки, тривожність, депресивні розлади, алекситимія.

### Вступ

Психосоматичні симптоми формуються у дітей і підлітків зазвичай через неспроможність виражати свої емоції та почуття при спілкуванні, тобто алекситимію. У зв'язку з цим відбувається формування таких захворювань, які розвиваються на основі функціональних розладів для цілого ряду хвороб, де немає чітко визначеної обумовленої причини [4]. Рання діагностика та адекватна терапія психосоматичних розладів стає однією з найважливіших проблем сучасної медицини та набуває все більш важливого значення в медичній практиці. Однією з причин діагностичних помилок, що ускладнює процес лікування є різноманітність клінічних ознак психосоматичних розладів [5, 8]. При дослідженні психосоматичних розладів виявляються афективні, тривожно-фобічні, obsesивно-компульсивні, астеничні та інші психопатологічні прояви [2]. Зміна емоцій, особливо в негативну сторону, є підґрунтям до формування цілого ряду тілесних (соматичних) порушень [7, 8]. Ще Н.У. Wittchen et al. [1998] звернули увагу, що часто дитячі і підліткові депресії залишаються нерозпізнаними. Депресивні і тривожні розлади є не тільки показниками емоційної дезадаптації, але й лежать в основі розвитку різних видів деструктивної поведінки [5]. Сучасна наукова і практична робота у сфері психічного здоров'я проводиться, як правило, на основі біопсихосоціальної моделі, що передбачає індивідуальний підхід до кожного окремого випадку та надання комплексних заходів допомоги, яку часто назива-

ють медико-соціальною [1]. Це можливо лише за умови спільної роботи команди фахівців, а за потреби - співпраці з іншими медичними закладами, освітянами, психологами шкіл, соціальними чи опікунськими службами.

**Мета** роботи - виявлення тривожно-депресивних порушень у підлітків з психосоматичною патологією.

### Матеріали та методи

Обстежено 72 учні із загальноосвітніх шкіл м. Хмельницького, які були розподілені на 2 групи спостереження. Першу (I) групу склали 31 особа? сироти та напірсироти, другу (II) ? 41 підліток, що виховувались у повній сім'ї. Середній вік обстежених становив  $14,0 \pm 2,0$  років. Підлітки розподілялись за віком на групи: молодшого підліткового віку (10-14 років), середнього шкільного віку (15-16 років) і старшого підліткового або юнацького віку (17-18 років).

Соматичні скарги, наявність стресору, оцінку соматичного та психоемоційного стану визначали за допомогою клініко-психопатологічного методу, згідно з яким була проведена комплексна оцінка психічного стану підлітка. З метою оцінки вираженості психопатологічних характеристик, які лежать в основі розладів психіки та поведінки у підлітків з психосоматичними розладами, використовували такі методи: методики діагностики рівня шкільної тривожності Філіпса та рівня депресії за шкалою CDI (Children Depression's Inventory)

(м. Kovacs), "Карта спостережень Д. Стотта".

Статистичну обробку отриманих результатів дослідження здійснювали на основі комп'ютерної програми Statistica 5.5.

### Результати. Обговорення

Клініка соматизованих розладів представлена розмаїттям симптомів, на основі яких формуються такі синдроми: соматизований конверсивно-дисоціативний синдром, тривожно-фобічний синдром, депресивний синдром, синдром моторних і сенсорних еквівалентів тривоги, синдром антеро-невротичний [2]. Разом з тим, Чабан і співав. [6] підкреслюють синдроми: тривожно-депресивний, астено-депресивний, дисфоричний, психосоматичний. В тому разі, коли має місце коморбідна симптоматика, діагностичне значення мають: синдромально-завершений депресивний синдром, тривожно-фобічний синдром, синдром поведінкових і конверсійних порушень [3].

При загально клінічному обстеженні підлітків виявлено наступні скарги: загальна слабкість, зниження працездатності, головний біль, астенія, агрипнія, зниження настрою, емоційна лабільність, плаксивість, сенситивність, дратівливість, агресивна поведінка, тремор рук і ніг, зниження уваги - у 28,57 % обстежених підлітків-сиріт і у 16,28 % підлітків з повної сім'ї. У групі підлітків-сиріт додатково виявляли симптоми нервового перенапруження, тривоги, дезадаптацію, неадекватну оцінку свого стану - все те, що сприяє розвитку психосоматичних розладів [7, 8].

До конверсивно-дисоціативного синдрому відносили такі симптоми, як: відчуття "грудки" при ковтанні, "істеричний клубок", "невротичний шолом" з елементами "умовної бажаності", різноманітні больові відчуття ("як ніж застромлять", пекучий біль, "як розпечений метал"). Ознаки даного синдрому найчастіше виявляли у осіб старшого підліткового віку (7,41 %), з повної сім'ї (10,0 %) та підлітків-сиріт (16,8 %) з достовірною різницею для усіх випадків ( $p < 0,05$ ).

Тривожно-фобічні симптоми супроводжувався наявністю скарг на порушення дихання, серцевої діяльності, різні неприємні відчуття, зокрема в животі, які супроводжують тривогу, страх. Їх відрізняє "кондиціо-нальність" - виникнення у специфічній ситуації. Вказані симптоми мали місце у 33,33 % дітей середнього підліткового віку та по 31,48 % осіб старшого підліткового віку і підлітків з неповної сім'ї.

Тривожно-депресивний синдром встановлювали при наявності тяжкості на серці, в тілі, за грудничного болю, вегетативних порушень, відчуття внутрішнього тремтіння, вегетативної активації (серцебиття, перебоїв в роботі серця, утруднення дихання, та ін.), почуття тиску, печіння. Вказані симптоми мали зв'язок з коливанням афекту у вигляді циркадного ритму. Тривожно-депресивний синдром діагностовано у 17,71% середнього підліткового віку, у 22,22 % старшого підліткового віку,

37,04 % підлітків з неповної сім'ї та 16,0 % сиріт. Моторні і сенсорні еквіваленти тривоги проявлялись непосидючістю, відчуттям та найчастіше мали місце у школярів середнього підліткового віку (17,71 %), старшого підліткового віку (20,37 %) та підлітків з неповної сім'ї (31,48 %). Різниця достовірною для усіх груп порівняння ( $p < 0,05$ ).

Астено-невротичний синдром проявлявся лабільністю артеріального тиску і пульсу, порушенням секреторної і моторної функції шлунково-кишкового тракту, тривалим субфебрилітетом, загальною слабкістю, зниженням працездатності, головним болем, астенією, психогенною лихоманкою у осіб середнього підліткового віку (32,29 %), старшого підліткового віку (29,63 %) та підлітків з неповної сім'ї (55,56 %).

Проведений аналіз частоти психопатологічних розладів в залежності від віку підлітків та їх соціального статусу встановив, що достовірно частіше мають місце вказані синдроми у групах середнього і старшого підліткового віку, а також підлітків з неповної сім'ї.

Дослідження частоти дезадаптації в залежності від психопатологічних розладів встановило найбільшу кількість дезадапованих підлітків при соматизованому тривожно-фобічному синдромі, тоді як коефіцієнт дезадапованості понад 25 балів частіше мав місце у групі підлітків з конверсивно-дисоціативним і тривожно-депресивним синдромами.

За результатами дослідження карти Д. Стотта, всі обстежені, що мали скарги, виявляли ознаки дезадаптації (8 і більше балів). Причому, у 68,5 % здорових респондентів також виявлялись ознаки психологічної дезадаптації. У групі підлітків-сиріт виявлені нерівномірна самооцінка та емоційна нестійкість; вищими за середнє значення є загальний показник депресії, ангедонії та міжособистісних проблем. Діти з неповних сімей більше відчувають себе неефективними, некомпетентними і мають негативну самооцінку та більше цим переймаються.

Звертала на себе увага значення балу дезадаптації, згідно якого групи розташувались за ступенем вираженості: Тривожно-депресивний синдром (бал - 20,64 з найбільш вираженою недовірою до людей та тривожністю до дорослих, 40 % - з повної сім'ї, 35 % - сироти, 25 % - напівсироти); Конверсивно-дисоціативний (бал 17,63 - 47 % сиріт, 35,2 % - осіб з повної сім'ї, 27,8 % - напівсиріт); Астено-невротичний (бал 16,9 - 38 % осіб з повної сім'ї, 32 % - напівсиріт, 30 % - сиріт); Тривожно-фобічний (бал 12,11 сформований напівсиротами 88,8 %).

За показниками психоемоційної напруженості та вираження схильності до стресу всі учні мають високий і дуже високий рівні тривожності, що є підставою віднесення до групи ризику. Дослідження рівня шкільної тривожності Філіпса показало, що у групі сиріт показник загальної тривожності в школі у 25,81 % дітей був підвищеним і у 3,23 % - високим. В той же час у групі дітей

з повної сім'ї підвищену тривожність мали 24,39 % осіб. У 35,48 % дітей-сиріт і 9,76 % дітей з повної сім'ї характерно підвищення показника переживання соціального стресу, а у 6,45 % сиріт - значення його було високим.

При визначенні рівня депресії у 29,03 % сиріт і 21,95 % підлітків з повної сім'ї наявна фрустрована потреба в досягненні успіху. У 25,81 % і 21,95 % підлітків I і II груп має місце страх самовираження, причому у 16,13 % і 17,07 % осіб відповідно цей показник був високим.

Страх ситуації перевірки знань характерний для 32,26 % і 26,83 % осіб I і II груп, причому 16,13 % і 12,19 % осіб відповідно перебувають в стані вираженої тривоги. У 32,26 % підлітків-сиріт та у 34,15 % дітей з повної сім'ї спостерігається підвищений рівень страху не відповідати очікуванням оточуючих. Високий рівень тривожності в ситуації невідповідності очікувань характерний для 25,81 % і 7,32 % відповідно.

По 3,23 % підлітків I групи мають низьку і дуже низьку фізіологічну опірність стресу. У 12,19 % підлітків II групи встановлена низька фізіологічна опірність стресу, а 7,32 % має місце дуже низький показник. Така розбіжність може бути зумовлена тим, що діти-сироти частіше перебувають у ситуаціях вимушеного пристосування до умов життя у соціумі, колективі. Ще одним фактором, який сприяє низькій фізіологічній опірності стресу, є бажання дорослих повної покірності та слухняності з боку дитини, тим саме пригнічуючи самостійність та зменшуючи впевненість підлітка у собі і своїх можливостях.

Аналіз проблем і страхів у відносинах з вчителями показав наступне: спостерігається підвищений рівень тривожності у 35,48 % і 43,90 % учнів I і II груп, причому у 9,68 % і 12,19 % - її рівень дуже високим.

Порівняння рівня депресії в обох групах школярів показало, що діти, які виховуються поза родиною, мають більше порушень. Так, загальний показник депресії (54,77), ангедонії (54,32) й міжособистісних проблем (56,22) у сиріт є вищим за середнє значення. Разом з тим, підлітки обох груп відмічали завищену активність та бажання працювати. Показник загальної тривожності в школі у сиріт був підвищений та високим у 29 %, тоді як у дітей з повних сімей підвищену тривожність мали 24,39 %. Також, у дітей-сиріт був у 4 рази частіше підвищений показник переживання.

Появу симптомів та розвиток захворювання підлітки пов'язували зі стресовими чинниками, такими як конфлікти в сім'ї та школі, розлученням та переїздом батьків, зміною класу, тривалою хворобою, операцією чи смертю родичів та хвилюваннями щодо свого здо-

ров'я. Враховуючи негативні наслідки дезадаптації, зокрема виникнення порушень поведінки, стійких видів соціально-психологічної дезадаптації, стає очевидною актуальність вивчення причин її розвитку у підлітків із урахуванням біологічних, психологічних і соціальних чинників та акцентуація уваги на важливості психотерапії, яка спрямована на корекцію тривожності, неадекватного емоційного реагування дітей та підлітків, зняття прихованого емоційного напруження. Застосування аутогенного тренування з подальшим катарсисом потенціює дію на вегетативний гомеостаз.

### Висновки та перспективи подальших розробок

1. Клініка психосоматичних розладів у підлітків характеризується тривожно-депресивним, тривожно-фобічним та астено-невротичним синдромами.

2. У всіх групах поліморбідною з тривогою була висока активність, що маскує прояви, формуючи прихований перебіг депресії. Найбільш виражену депресивність виявляли підлітки з повних сімей (17 балів загального балу - рівень субдепресії, 2,7 з 4 балів по вираженості депресивних ознак).

3. До чинників, які мають найбільший вплив на формування тривожності у школярів, можна віднести страх ситуації перевірки знань, проблеми і страхи у відносинах з вчителями, страх самовираження і страх не відповідати очікуванням.

4. Висока тривожність у всіх досліджених групах вказує на дезадаптуючі впливи та формування психосоматичних розладів. Так, тривожно-депресивний синдром виявлено у 40 % підлітків з повної сім'ї, 35 % - сиріт, 25 % - напівсиріт; конверсивно-дисоціативний - у 47 % сиріт, 35,2 % осіб з повної сім'ї, 27,8 % - напівсиріт; астено-невротичний (у 38 % осіб з повної сім'ї, 32 % - напівсиріт, 30 % - сиріт).

Запропоноване дослідження дає можливість розробити алгоритм взаємодії, за яким психологічне дослідження в школі, опитування батьків та вчителів об'єктивно формує групи дезадаптованих осіб та визначає форми психологічної та медичної профілактики ще на етапі доклінічних проявів захворювання.

Опитувальник дитячої депресії (Children's Depression Inventory (CDI) M. Kovacs) разом з методикою діагностики рівня шкільної тривожності Філіпса та "Карта спостережень Д. Стотта" показали себе здатними виявляти дітей з емоційними розладами і можуть бути використані для комплексного дослідження та для встановлення групи ризику щодо розвитку емоційної дезадаптації.

### Список літератури

1. Коростий В. И. Непсихотические психические расстройства и психологические факторы, влияющие на физическое состояние, у пациентов молодого возраста с психосоматической патологией [Текст] / В. И. Коростий // Международный медицинский журнал (Харьков). - 2011. - Т. 17, № 3. - С. 13-17.
2. Любан-Плоцца Б. Психосоматические расстройства в общей медицинской практике: монография / Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. - СПб: Санкт-Петербургский Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2000. - 287 с.
3. Марценковский И.А. Клинико-динамические особенности соматоформных расстройств у подростков с функциональными нарушениями сердечно-сосудистой системы [Текст] /

- И.А. Марценковский, Я.Б. Бикшаева // Архив психиатрии. - 2004. - № 4 (39). - С. 62-69.
4. Собенников В.С. Соматизация и психосоматические расстройства: монография / В.С. Собенников, Ф.И. Беялов. - Иркутск: РИО ИГИУВа, 2010. - 230 с.
5. Чабан О.С. Психосоматичні розлади [Текст] / О. С. Чабан, І. І. Кутько О. Хаустова // Сімейна медицина. - 2009. - № 1. - С. 15-18.
6. Чабан О.С. Ситуаційна соціокультурна тривога: сучасні провокації та їх психосоматичні розв'язання [Текст] / О.С. Чабан, О.О. Хаустова, О.Ю. Жабенко // Нейро News. - 2010. - № 4. - С. 10-15.
7. Римша С.В. Психовегетативні складові тривожності у дітей із психосоматичними розладами та сімейною деривацією / С.В. Римша, С.В. Теклюк, І. Л. Лук'янович // Український вісник психоневрології. - 2012. - Т. 20, Вип. 4 (73). - С. 71-73.
8. Римша С.В. Клініко-фізіологічні основи психосоматичних співвідношень в дитячому віці [Текст] / С.В. Римша, Н.М. Смолко, Д.Г. Смолко // Biomedical and Biosocial Anthropology. - 2010. - № 15. - С. 104-108.

**Масик О.І., Пипа Л.В., Лисиця Ю.Н.**

### ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОДРОСТКОВ

**Резюме.** Стаття посвящена определению клинической особенности психосоматических расстройств у подростков. С помощью клинико-психопатологического и патопсихологического обследования исследовано клинические проявления тревожных и депрессивных расстройств в структуре психосоматических нарушений у подростков: установлены особенности клинической картины функциональных нарушений в виде синдромально-завершенных депрессивных, тревожно-фобических и конверсионных синдромах.

**Ключевые слова:** психосоматические расстройства, подростки, тревожность, депрессивные расстройства, алекситимия.

**Masik O.I., Pypa L.V., Lysytsia Yu.M.**

### CLINICAL FEATURES OF PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN ADOLESCENTS

**Summary.** The article argues the problem of early diagnosis of psychosomatic disorders in adolescents. Using clinical psychopathological and pathopsychological methods, the phenomenology of clinical manifestations of anxiety and depressive disorders in adolescents with psychosomatic disorders is investigated. Features of the clinical picture with such functional impairment as completed depressive disorders, anxious-phobic and conversion disorders are established.

**Key words:** psychosomatic disorders, adolescents, anxiety, depressive disorders, alexithymia.

**Рецензент - д.мед.н., проф. Римша С.В.**

Стаття надійшла до редакції 14.06.2016р.

*Масик Олег Ігорович* - аспірант кафедри психіатрії, наркології та психотерапії з курсом ПО Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; doctor20000@yandex.ru

*Пипа Лариса Володимирівна* - д. мед. н., проф., зав. кафедри педіатрії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; pira\_l\_y@ukr.net

*Лисиця Юлія Миколаївна* - асистент кафедри педіатрії факультету післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова; 777uliya@gmail.com

© Булавенко О.В., Льовкіна О.Л.

УДК: 577.175.6:618.177

**Булавенко О.В., Льовкіна О.Л.**

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра акушерства і гінекології №2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

## АНАЛІЗ ВМІСТУ ПРОГЕСТЕРОНУ В КРОВІ ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПЕРВИННЕ СТРЕС-ІНДУКОВАНЕ НЕПЛІДДЯ

**Резюме.** Актуальною проблемою медицини сучасного суспільства є проблема стресу, як причини частих порушень фізичного та психічного здоров'я людей розвинутого техногенного суспільства. У контексті проблеми первинного стрес-індукованого непліддя, що виникає на фоні наявності гострих та хронічних стресів, найбільший науковий інтерес становлять дослідження балансу статевих гормонів. У даній статті висвітлюється вміст рівня прогестерону у жінок зі значними стресовими навантаженнями, що, в поєднанні з іншими провокуючими факторами, призводить до розвитку стрес-індукованого непліддя.

**Ключові слова:** прогестерон, стрес-індуковане непліддя, репродуктивний вік.

### Вступ

Стрес є рушійною силою для розвитку порушень нормального ритму секреції гіпоталамічних, гіпофізарних, наднирникових та яєчникових гормонів, які й лежать в основі патогенезу стрес-індукованого непліддя [4]. Доведений негативний вплив стресу на рівні ЦНС в генезі порушень регуляції менструального циклу і, відповідно, в індукції ряду патологічних станів репродуктивної системи [2, 5].

Морфологічним субстратом утворення та прояву емоцій є лімбічна система [3, 4]. Найбільш виражені міцні зв'язки лімбічної системи і гіпоталамуса, через який при прояві емоцій підключається вегетативна нервова система і гормональні механізми. Лімбічна система відповідальна за формування емоцій, об'єднує в замкнуту нервову сітку мигдалевидне тіло, гіпокамп, неокортекс, середній мозок і гіпоталамус [7]. Відповід-