

області, що складає 3 % населення краю і корелює зі світовими показниками серед чоловічого населення за даними ВООЗ. Показник неспсихотичних психічних розладів органічно зумовлених серед досліджуваних юнаків відображає тенденцію зростання неспсихотичних психічних розладів у загальній популяції.

Таким чином, створення спеціалізованої ЛКК по обстеженню юнаків допризовного і призовного віку покращило надання психіатричної допомоги, сприяло зменшенню завданженості лікарняного ліжка у відділенні, зменшенню витрат бюджетних коштів. Наведені нами дані свідчать про високу питому вагу психічних розладів різного ґенезу у найбільш уразливому біологічному віці, коли організм схильний до нейрогуморальної, нейроендокринної і психологічної перебудови і, саме в цей період є найбільший ризик декомпенсації резидуально-органічної патології. У цих вікових групах емоційна депривація і фрустрація основних потреб призводить до формування різних за глибиною і за структурою психічних станів.

Отже, отримані дані свідчать про необхідність удосконалення системи психопрофілактики впродовж дитячого, підліткового і юнацького віку та організації психореабілітаційних заходів, що значно покращить психічне здоров'я підростаючого покоління українців.

УДК 616.895.8

ДО ПИТАННЯ ОПТИМІЗАЦІЇ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

С. М. Русіна, С. О. Деревенко, Р. А. Русіна
Буковинський державний медичний університет;
Чернівецька обласна психіатрична лікарня

Ключові слова: шизофренія, денний стаціонар, якість життя

На виконання п. 2. Постанови Кабінету Міністрів України від 12.05.07 р. № 716 «Про затвердження державної програми розвитку системи реабілітації та трудової зайнятості осіб з обмеженими фізичними можливостями, психічними захворюваннями та розумовою відсталістю на період до 2011 р.» на базі денного стаціонару Чернівецької обласної психіатричної лікарні створений та функціонує Центр реабілітації та соціальної адаптації психічнохворих осіб з розумовою відсталістю.

Досліджувані хворі на шизофренію (50 осіб) склали 60 % контингенту пацієнтів денного стаціонару. Розподіл за нозологічною формою шизофренії, з урахуванням МКХ-10: параноїдна форма — 43 особи (10 жінок і 37 чоловіків); проста форма — 1 особа чоловічої статі; гебефренічна форма — 2 особи чоловічої статі. Серед хворих чоловіків було 80 %, жінок — 20 %. За віком хворі розподілились таким чином: I група (20—30 років) — 24 %; II група (31—40 років) — 46 %; III група (41—50 років) — 20 %; IV група — (51—60 років) — 10 %. За сімейним станом: одружених було 10 %, неодружених, які проживають з батьками — 78 % і самотніх — 12 % осіб. Серед досліджуваних пацієнтів непрацюючі інваліди II групи склали 54 %; інваліди III групи — 26 %, серед яких 2 особи працюють; 3 чоловіки працюють епізодично і 8 осіб не працюють. Без групи інвалідності у денному стаціонарі лікувалися 10 осіб, серед яких працюючих було 2 особи, 5 — працювали епізодично та 3 особи не працювали впродовж тривалого часу.

У денний стаціонар хворі надходили після виписки з психіатричних відділень ЧОПЛ у кількості 66 % осіб (2 жін. і 31 чол.) з рекомендаціями продовження лікування. Через амбулаторну ланку надійшли 34 % осіб (8 жін. і 9 чол.) у співвідношенні між виписаними і направленими через диспансер як 1,9:1. Лікування даних хворих проводилося відповідно до протоколів надання психіатричної допомоги у повному обсязі у 18 чоловік та 32 особи перебували на підтримуючому лікуванні після виписки із застосуванням пролонгованих нейрореплетиків.

З пацієнтами денного стаціонару проводив роботу медичний психолог. Залучалися до психотерапевтичної корекції постійно 22 % осіб (6 жін. і 5 чол.); нетривало, епізодично відвідували психолога 16 % осіб (3 жін. і 5 чол.) та відмовлялися від психологічної допомоги 62 % осіб (1 жін. і 30 чол.).

До трудової реабілітації добровільно залучалися 42 % (8 жін. і 13 чол.); примусово включалися у трудові процеси 52 % пацієнтів (2 жін. і 24 чол.) і категорично відмовлялися від праці 3 чоловіки з простою та гебефренічною формою шизофренії.

Нами оцінювалася тривалість перебування хворих в денному стаціонарі, яка склала: 2 місяці — 60 % (1 жін. і 29 чол.); 1 місяць — 16 % (7 жін. і 1 чол.); 14 днів — 14 % (1 жін. і 6 чол.) та 10 днів — 10 % (1 жін. і 4 чол.).

Отже, якість життя хворих на шизофренію до лікування оцінювалася як хороша у 0 %, після лікування — у 18 % осіб; задовільна — до лікування у 22 %, а після лікування — у 70 % осіб; незадовільна якість життя до лікування спостерігалася у 78 %, після лікування — у 12 % осіб.

Таким чином, якість життя хворих на шизофренію покращилася як хороша в 9 раз, задовільна — в 3,1 рази, а незадовільна зменшилася в 6,5 разів завдяки постійному спостереженню та лікуванню, що покращило комунікативні навички та ресоціалізацію пацієнтів.

УДК 616.895.8-08-039.76

РАННЯ ПСИХОСОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Т. Л. Ряполова

*Донецкий национальный медицинский университет
им. М. Горького, г. Донецк*

Ключевые слова: манифестный приступ шизофрении, психосоциальная реабилитация

Развитие форм помощи, основанных на психосоциальных вмешательствах, входит в число приоритетов Европейской декларации и Европейского Плана действий по охране психического здоровья. В докладе ВОЗ «О состоянии здравоохранения в мире. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда» (2001) указывалось, что психосоциальная реабилитация становится не просто методом, а всеобъемлющим процессом.

Разработанная нами интегративная модель психосоциальной реабилитации больных с манифестным эпизодом шизофрении предусматривала создание в отделениях медико-социальной реабилитации терапевтической среды, организацию бригадного (полипрофессионального) обслуживания пациентов, использование интегративного подхода к использованию индивидуальных и групповых методов, включая психообразование, тренинг социальных навыков и навыков совладания, когнитивную терапию, комплайнс терапию, терапию занятости, превенцию и коррекцию стигматизации и аутостигматизации, семейную терапию. Основным критерием отбора реабилитационных методов являлись объективно зафиксированные в виде функционального реабилитационного диагноза индивидуальные уровни функционального дефицита, реабилитационных ресурсов и семейной поддержки пациента. При этом направленность раннего реабилитационного вмешательства предполагала не столько восстановление, сколько сохранение и развитие функциональных психосоциальных возможностей больных.

УДК 616.89

ОСОБЕННОСТИ АДАПТАЦИОННО-КОМПЕНСАТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОЙДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ С ПЕРВЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ ЭПИЗОДАМИ

А. А. Савин, Л. Н. Гуменюк

*КРУ «Психиатрическая больница № 5»;
ГУ «Крымский государственный медицинский университет
имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь»*

Ключевые слова: адаптация, шизофрения, первый эпизод

Цель исследования: изучить особенности адаптационно-компенсаторных механизмов у больных параноидной шизофренией с первыми психотическими эпизодами.

Обследовано 45 человек, страдающих параноидной шизофренией, в возрасте от 18 до 50 лет, находившихся на

стаціонарному ліченню в КРУ ПБ № 5. Критеріями включення пацієнтів в дослідження були: відповідність виявленої у них клінічної картини параноїдної шизофренії, тривалість захворювання не більше 5 років, кількість приступів (епізодів) не більше трьох. Для оцінки частоти використання і вираженості копинг-механізмів застосовували методику «Копинг-тест (R. Lazarus, S. Folkman, 1984); для діагностики механізмів психологічної захисту — методику «Індекс життєвого стилю» (Вассерман Л. І., Ерышев О. Ф., Клубова Е. Б., 1999).

Середній вік досліджуваних становив $32,3 \pm 2,4$ років. Дебют захворювання набувся в $26,7 \pm 1,2$ років. Длительність хвороби $3,6 \pm 1,5$ років. В клінічній картині у пацієнтів переобладали параноїдні ($34,5 \pm 4,7$ %) і галюцинаторно-параноїдні ($56,7 \pm 4,5$ %) синдроми. Домінуючими видами копинг-стратегій у досліджуваних були: планування (76,79 %), самоконтроль (74,18 %), прийняття (73,3 %), позитивна переоцінка (72,8 %), дистанціювання (70,99 %), пошук соціальної підтримки (67,41 %), конфронтація (53,9 %), бегство (53,89 %). Переобладаючими механізмами соціальної захисту являлись: отрицання (61,48 %), інтелектуалізація (55,37 %), проєкція (51,28 %), раціоналізація (45,33 %), регресія (43,33 %).

Аналіз частоти використання і вираженості копинг-стратегій і механізмів психологічної захисту дозволив виділити наступні їх дезадаптивні комбінації, характерні для досліджуваного контингенту: пошук соціальної підтримки — проєкція; бегство — уникнення; прийняття відповідальності — інтелектуалізація; планування, пошук соціальної підтримки — отрицання; прийняття відповідальності, самоконтроль — регресія.

При розробці реабілітаційних програм для пацієнтів параноїдної форми шизофренії з першими психотичними епізодами необхідно враховувати індивідуальний адаптаційно-компенсаторний потенціал пацієнтів, що дозволить більш обґрунтовано вибрати мішені для психотерапевтичної корекції і підвищити адаптивні можливості хворих.

УДК 616.895.8:616.89-008.454-085

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ДЕПРЕСІЇ ПРИ ШИЗОФРЕНІЇ ТА АСПЕКТИ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

С. Д. Савка

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: шизофренія, депресія, діагностика, лікування

Афективні розлади займають вагоме місце в клінічній картині шизофренії. Розповсюдженість депресивних розладів серед всіх пацієнтів, що страждають на шизофренію, складає за даними різних авторів від 30 до 70 % у психотичному періоді, після редуції психозу — біля 25 % і в стані між нападами — від 15 до 33 %. Важливим є вчасне виявлення симптомів депресії при шизофренії у зв'язку з тим, що вони не тільки посилюють страждання, але й погіршують психосоціальне функціонування і передують суїцидальним спробам.

Афективні розлади розпізнаються вчасно далеко не завжди. Це пов'язано з тим, що на перший план у клінічній картині виходять порушення мислення, галюцинаторно-маячні та негативні симптоми, а сама депресія має атиповий перебіг. Депресія при шизофренії може мати певні особливості: відсутність добового коливання настрою, переважання апатоабулічних проявів, відсутність суттєвої рухової загальмованості, символізм і безглуздість у змісті депресивних ідей, відсутність міміко-пантомімічних та інтонаційних проявів депресивного афекту, амбівалентність, деяка неадекватність емоційних реакцій.

З метою покращення діагностики депресії при шизофренії рекомендовано проводити пацієнтам експериментально-психологічні дослідження з використанням шкали Гамільтона (HDRS), шкали оцінки позитивних та негативних синдромів (PANS).

Депресія може виникати на різних етапах перебігу шизофренічного процесу. Афективні симптоми, що представлені

депресивним настроєм, відносять до числа найбільш характерних проявів продрому шизофренії (у вигляді невротичної або соматизованої депресії), а також можуть виступати як дебют шизофренії. Депресії, що розвиваються на протязі захворювання, визначають клінічну картину психогенно прокованих приступів. На післяприступних етапах перебігу шизофренії можна виділити два варіанти депресії: постпсихотичну (нейролептичну) і постшизофренічну.

Важливе значення для своєчасної і адекватної корекції комплексного лікування хворого має правильне визначення і клінічна оцінка симптомів депресії. Для переривання депресивних приступів ендогенного типу застосовують психотропні засоби, хоча раніше надавали перевагу інсулінокоматозній, електросудомній та симптоматичній терапії. На теперішній час з цією метою використовують нейролептики в поєднанні з циклічними антидепресантами (меліпрамін, амітриптилін) та селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну, а також нейролептики з антидепресивним ефектом (хлорпротиксен, френолон, сонпакс). При призначенні трициклічних антидепресантів є ризик підсилення продуктивної психопатологічної симптоматики.

Альтернативним підходом до лікування депресії та негативних симптомів при шизофренії є монотерапія атиповими антипсихотичними препаратами. Рisperidone більш ефективний при афективно-маячних та афективно-галюцинаторних розладах, а також при переважній апатичній та анергічній симптоматикі (у малих дозах має стимулюючий ефект), ziprasidone, olanzapine та solian (амісульприд) зменшують відчуття безпорадності, депресію та схильність до самогубств.

У поєднанні із призначенням психотропних препаратів важливе значення має проведення фізіотерапії, психотерапії (когнітивної, сімейної та арт-терапії), трудової та забезпечення соціальної підтримки хворих.

Отже, раннє виявлення ознак депресії при шизофренії дозволяє вчасно провести комплексне лікування із застосуванням сучасних психотропних препаратів, що покращує перебіг захворювання, скорочує тривалість лікування та полегшує соціальну адаптацію пацієнтів.

УДК 616.89-008.454

ЗАСОБИ ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ТА ДОПОМОГИ ХВОРИМ У ВИБОРІ ТЕРАПЕВТИЧНИХ ПІДХОДІВ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ

С. О. Сазонов

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

Ключові слова: лікування, допомога, хворі, депресія

Актуальність вивчення проблеми депресивних розладів важко недооцінити. Так, без лікування депресивні розлади призводять до передчасної смертності від соматичних хвороб, суїцидів. Непрацездатність, а також скорочення внаслідок депресії років активного життя є також надзвичайно значущими. Згідно з прогнозом ВООЗ на 2020 рік уніполярна депресія опанує друге місце серед захворювань, що спричиняють непрацездатність у Європі та Північній Америці (Н. Сарторіус, 2009 р.). Можна стверджувати, що такі тенденції в Україні, зважаючи на організаційні особливості, згодом вплинуть і на демографічну ситуацію.

Існуючі, зокрема на пострадянському просторі рекомендації щодо лікування депресивних розладів (Мосолов С. Н., 1995; Смулевич А. Б., 2001, 2003; Краснов В. Н., Корнетов Н. А., 2009) традиційно недостатньо враховують, що лікування депресії є послугою обслуговування, а психічнохворий на депресивні розлади пацієнт є споживачем медичних послуг.

Тести та шкали для верифікації депресії та оцінки ступеня її важкості, що традиційно застосовуються в клініці (HDRS, Hamilton, 1967; HADS, Zigmond A. S., Snaith R. P., 1983; MADRS, Montgomery S. A., Asberg M., 1979, та інші), навіть ті, що призначені для самооцінки симптоматики (Zung W. K., Durham N. C., 1965, та інші) орієнтовані переважно на отримання даних для лікаря, фахівця, а не пацієнта — споживача послуг.