

стаціонарному лікуванню 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 больних параноїдною формою шизофренії з першими психотичними епізодами необхідно учити індивідуальний адаптаційно-компенсаторний потенціал пацієнтів, що дозволить більш обґрунтовано вибрати мішені для психотерапевтичної корекції і підвищити адаптивні можливості больних.

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 покращання 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, соннапакс). При призначенні трициклічних антидепресантів є ризик підсилення продуктивної психопатологічної симптоматики.

Альтернативним підходом до лікування депресії та негативних симптомів при шизофренії є монотерапія атипичними антипсихотичними препаратами. Рisperид більш ефективний при афективно-маячних та афективно-галюцинаторних розладах, а також при переважній апатичної та анергічної симптоматики (у малих дозах має стимулюючий ефект), зіпразидон, оланзапін та соліан (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.

Водночас у рамках проекту «Міжнародне співробітництво щодо стандартів у сфері заходів підтримки прийняття рішень пацієнтами (IPDAS)» ведеться збір та аналіз даних щодо полегшення процедури вибору методу терапії для хворого, у тому числі з депресивними розладами.

У зв'язку з великою розповсюдженістю депресивних розладів, доцільно оцінити якість допомоги при них з позицій задоволеності споживачів, та стандартизувати принципи лікування депресивних розладів за процедурою Міжнародної організації стандартизації (International Organization for Standardization — ISO).

Депресивні розлади є одними з найбільш поширених розладів як здоров'я взагалі, так і, зокрема, серед психічних розладів. Водночас вони є одними із найбільш курабельних у своїй масі. Ці дві обставини дозволяють обрати саме депресивні розлади як модель для розробки стандартів та нормативів лікування в психіатрії.

УДК 616.895-079.4-08-084-037

КЛІНІЧНІ ПРЕДИКТОРИ НЕСПРИЯТЛИВОГО ПЕРЕБІГУ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ І ТИПУ

О. І. Серікова

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»

Ключові слова: предиктори, перебіг, біполярний розлад

У проблемі біполярного афективного розладу I типу існує низка нерозв'язаних питань, зокрема: немає загально-визнаної типології варіантів перебігу захворювання, не вирішена проблема персистуючих та резидуальних симптомів у структурі ремісії.

Дослідження було проведено на підставі вивчення 430 історій хвороб 293 пацієнтів з діагнозами маніакально-депресивного психозу 296.0, 296.1 за МКХ-9, біполярного афективного розладу (F 31 за МКХ-10) та циклотимії (296.81 за МКХ-9 та F 34.0 за МКХ-10), що перебували на лікуванні в 1 п/о ДУ «ІНПН АМН України» за період з 1983 по 2010 рік. В дослідження не були включені ті історії хвороби, в яких не вистачало необхідних даних про перебіг захворювання, або якщо строк спостереження за хворими був менший за 5 років. Остаточно до дослідження увійшли 137 пацієнтів (78 жінок та 59 чоловіків — співвідношення 1,32 : 1). Вік маніфестації захворювання був $(25,5 \pm 1,5)$ років, а тривалість хвороби — $(15,9 \pm 2,1)$ років. В середньому ці хворі перенесли по $(5,50 \pm 0,84)$ афективні фази. Депресивні епізоди, порівняно з маніакальними, в середньому мали більшу тривалість $(7,38 \pm 0,92$ та $5,07 \pm 0,44$ місяців відповідно, $p < 0,05$), та коротшу ремісію після себе $(3,30 \pm 0,81$ та $11,28 \pm 1,09$ місяців відповідно, $p < 0,05$). У хворих з сприятливим перебігом на його віддалених етапах структура депресивних фаз трансформується від меланхолійної до змішаної, а кількість і структура маніакальних фаз майже не змінюється. Клінічними предикторами несприятливого перебігу біполярного афективного розладу є виникнення атипичних та змішаних фаз та порушення регулярності сезонного ритму, а на віддалених етапах збільшується питома вага маніакальних та змішаних фаз, структура фаз спрощується.

УДК 616.89-036.12

ПОГЛЯДИ НА СОЦІАЛЬНЕ СТАНОВИЩЕ ДУШЕВНОХВОРИХ У СТУДЕНТІВ-МЕДИКІВ

О. С. Серікова

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

Ключові слова: соціальний стан, душевнохворі, ставлення, студент-медик

Стереотипи сприйняття «безумності» виробляються в дитинстві і поступово закріплюються, у процесі звичайних соціальних взаємодій. Засоби масової інформації відіграють головну роль у створенні стереотипів, оскільки люди невірно інформуються уже протягом десятиліть.

Метою роботи стало вивчення чинників, які формують ставлення у студентів-медиків, які пройшли курс психіатрії, до проблеми взаємовідносин з душевнохворими людьми.

Для досягнення поставленої мети були визначені такі задачі дослідження: 1) з'ясування ставлення до душевнохворих людей студентів-медиків; 2) виявлення наявності стигматизації психічнохворих серед студентів.

Проведено за спеціальною анонімною анкету-опитувальником (для дослідження громадської думки стосовно проблеми душевнохворих людей) вивчення ставлення 70 студентів медичного факультету Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна до різноманітних аспектів проблеми взаємовідносин з душевнохворими людьми. Серед них було 55 жінок і 15 чоловіків. Середній вік опитуваних складав $(22,0 \pm 2)$ роки. Встановлено, що серед студентів-медиків є достатньо обґрунтоване, але не завжди доброзичливе ставлення до колишніх і нинішніх пацієнтів психіатричних закладів. Переважна більшість студентів вважають недостатнім освітлення в газетах, теле- і радіопередачах стану психічного здоров'я населення.

УДК 616.895.8-008.9-08

КОРЕКЦІЯ ПРОЯВІВ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

В. М. Сінайко¹, О. В. Земляніцина²

¹ Харківський національний медичний університет МОЗ України, м. Харків; ² ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В. Я. Данилевського АМН України», м. Харків

Ключові слова: шизофренія, метаболічний синдром, лікування

Уявлення про якість надання медичної допомоги хворим на шизофренію традиційно асоціюється із тривалістю та якістю ремісій, можливістю відновлення соціальних зв'язків та рівня працездатності пацієнтів. В той же час значно менше уваги лікарі-психіатри приділяють виявленню та лікуванню соматичних захворювань, виникнення яких пов'язано із основним психічним захворюванням. В останні десятиріччя дослідники приділяють увагу таким проявам метаболічного синдрому як цукровий діабет 2 типу, підвищення маси тіла та ожиріння. Встановлено, що ці розлади значно частіше, ніж у загальній популяції, спостерігаються у пацієнтів із психічними захворюваннями, що може свідчити про їх патогенетичну поєднаність. Насамперед слід думати про негативний вплив на метаболічні процеси психотропних препаратів (типових та атипичних нейролептиків), проте не слід відкидати й можливість виникнення змін у головному мозку при деяких психічних захворюваннях, які самі по собі можуть призводити до формування порушень обміну вуглеводів, незалежно від стереотипу харчування, фізичної активності та прийому антипсихотиків.

Результати наших досліджень показали підвищений ризик виникнення у хворих на шизофренію абдомінального ожиріння, дисліпідемії, а нерідко й дисфункції β -клітин підшлункової залози, що властиві метаболічному синдрому та цукровому діабету 2 типу.

Таким чином, дія психотропних препаратів на вуглеводний та ліпідний метаболізм неоднозначна, що свідчить про необхідність та доцільність визначення взаємозв'язку між метаболічними порушеннями та психічними розладами, вивчення впливу психотропних препаратів на метаболічні показники, а також розробки профілактичних та лікувальних заходів у хворих на шизофренію.

Корекція метаболічних порушень у хворих на шизофренію повинна включати дієтотерапію, оптимальну рухову активність, спрямовані на зниження маси тіла та перерозподіл жирової тканини, при неефективності цих заходів призначають препарати, спрямовані на зниження інсулінорезистентності.

Важливим компонентом лікування є терапевтичне навчання пацієнтів, спрямоване на формування свідомої мотивації на тривале лікування та самоконтроль, поступовий перехід на правильне харчування, збільшення фізичної активності у сполученні зі зміною образу життя.