

prosthodontist for self-development in medical institutions when performing a certain kind of prosthodontic intervention.

Conclusions. Being trained on thematic advanced training courses at the Department of Dental Orthopaedics of the Institute of Dentistry of NMAPE prosthodontists obtain the latest information, acquire optimal practical skills for providing qualified and specialized care. Studying modern methods of diagnosis, treatment and prevention of dental diseases by prosthodontists will make it possible to improve the quality of dental care when preparing, modeling and designing constructional dental prostheses with the use of current methods.

Key words: dentistry, prosthodontist, advanced training.

Відомості про авторів:

Омельяненко Ольга Анатоліївна - к. мед. н., доцент кафедри ортопедичної стоматології Інституту стоматології імені П.Л. Шупика. Адреса: Київ, вул. М. Пимоненка, 10а, тел.: (044) 353-02-12.

УДК 378- 616.89

© Г.Я. ПИЛЯГІНА, О.В. ЗУБАТЮК, 2015

Г.Я. Пилягіна, О.В. Зубатюк

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ВИКЛАДАННІ ПСИХІАТРІЇ НА ПРИКЛАДІ АНАЛІЗУ КЛІНІЧНОГО ВИПАДКУ

**Національна медична академія післядипломної освіти
імені П.Л.Шупика**

Вступ. Реалії клінічної практики в психіатрії в цей час вимагають якісної підготовки клініцистів в роботі з коморбідними станами та атиповим перебігом психічних розладів.

Мета. У статті наголошується важливість застосування диференційно-діагностичного аналізу конкретних клінічних випадків у викладанні психіатрії в безперервній післядипломній підготовці лікарів-психіатрів.

Основна частина. У статті на основі сучасних принципів викладання психіатрії розглянутий приклад диференційно-діагностичного аналізу конкретного клінічного випадку в підлітка.

Висновки. Ефективна підготовка майбутніх лікарів-психіатрів та їх перепідготовка в системі безперервного післядипломного утворення в обов'язковому порядку повинна включати вивчення конкретних клінічних випадків з їх диференційно-діагностичним аналізом. Такий підхід у викладанні психіатрії дозволять поліпшити професійний рівень знань лікаря-психіатра та забезпечити ефективне лікування пацієнтів.

Ключові слова: психіатрія, диференційна діагностика психічних розладів.

Вступ. Сучасні вимоги щодо професіоналів в області human sciences, зокрема до психіатрів, істотно змінилися в останні роки. Це безпосередньо викликає потребу в зміні підходів до викладання психіатрії фахівцям на кафедрах підвищення кваліфікації лікарів. Зміна в розумінні статусу лікаря, ефективного застосування його знань та практичних навичок, насамперед, обумовлене поширенням в клінічній практиці принципів доказової медицини та ефективної ресоціалізації пацієнтів, коли кінцевими цілями терапії психічних і поведінкових розладів є не стільки купування провідної

36. наук. праць співробіт. НМАПО імені П.Л.Шупика 24 (1)/2015 649

психопатологічної симптоматики, скільки збереження або відновлення якості життя хворого і його соціальної компетентності. Отже, викладання психіатрії на сучасному етапі її розвитку враховує необхідність якісної діагностики важких психічних захворювань, бо саме це дає можливість своєчасно призначити хворому ефективну психофармакотерапію, зменшити термін його лікування, насамперед, у стаціонарі, а також сприяти його найскорішій психо-соціалній реабілітації. Тому диференційна діагностика окремих станів та розладів в процесі формування психічної патології у практиці лікаря-психіатра є основною ланкою діагностичного процесу.

Мета - наголосити на важливості застосування диференційно-діагностичного аналізу конкретних клінічних випадків у викладанні психіатрії в безперервній післядипломній підготовці лікарів-психіатрів.

Основна частина. У даній статті ми хочемо викласти приклад диференційно-діагностичного аналізу конкретного клінічного випадку, котрий демонструє необхідність уважного ставлення лікаря-психіатра до особливостей патогенетичного формування та клінічних проявів афективної патології у підлітковому віці. До стаціонару Територіального медичного об'єднання «Психіатрія» у місті Києві поступила пацієнтка М., 16 років.

Спадковість пацієнтки відносно обтяжена по лінії матері: двоюрідна тітка з пубертатного періоду спостерігається в психіатрів зі схожою симптоматикою, однак діагност невідомий, однократно проходила стаціонарне лікування, одержувала зипрексу, респолепт. З інформації, що надали батьки за характером пацієнтка з дитинства була примхливою та егоїстичною. Відрізнялася високим інтелектом, при цьому була досить відособленою у стосунках з однолітками, емоційно холодною особливо до брата й батька. Водночас окрім цих рис мала місце невпевненість в собі. З початком пубертатного періоду стала більше замкнутою.

Анамнез захворювання: на думку батьків, психічні розлади з'явилися у 15 років, коли дівчина стала вкрай перейматися своїм зовнішнім виглядом, обмежувати себе в їжі та активно займатися спортом з метою схуднення. За декілька тижнів вона втратила у вазі 12 кг (20%), розвилася аменорея. Ще через три місяці батьки дівчини почали відмічати зміну її психічного стану: порушився сон (спала 2-3 години на добу), бо ночами вона займалася спортом, а вдень з'явилися стани тривалістю від декількох хвилин до годин у вигляді загальмованості, ридань. У такому стані у пацієнтки проявлявся похмуро-дратівливий настрій, вона повідомляла «я нікого не хочу бачити, ні з ким не хочу спілкуватися». Порушення харчової поведінки мали тісний зв'язок зі зміною афекту – на тлі підйому настрою дівчина обмежувала себе в їжі, застосовувала фізичні перенавантаження, а на тлі зниженого афекту – починала переїдати. Батьки почали контролювати прийом їжі, що сприяло поступовим (на протязі трьох місяців) позитивним змінам: нормалізації ваги, налагодженню сну, відновленню менструації, підвищенню успішності в навчанні. Однак ще через півроку психічний стан пацієнтки знову змінився: порушився сон (спала лише 2-3 години на добу), з'явився пригнічений настрій з плаксивістю, періоди переїдання перемежалися з періодами відмови від їжі, набрала біля 25-ти кг ваги, виникли запори й тахікардія. Пацієнтка знову замкнулася в собі, перестала відвідувати заняття у школі та спілкуватися з подругами, виявляла невдоволення собою й оточуючими.

Була вперше оглянута психіатром, котрий призначив ципралекс і гідазепам, які приймала біля двох тижнів, але без ефекту. За два тижні до госпіталізації в пацієнтки з'явилися суїцидальні думки на тлі чого була вперше госпіталізована в психіатричний стаціонар у порядку невідкладної допомоги з діагнозом: депресивний синдром. У зв'язку з тим, що у хворої спостерігалися тривога й страх психотичного рівня у лікуванні окрім антидепресантів (клофраніл, м'ансерин) і гідазепаму в середньотерапевтичних дозах був призначений солерон. Через 10 днів з'явилися періоди підйому, у яких превалювало рухове розгальмування, протягом доби депресивний стан пацієнтки змінювався змішаним, ранні пробудження супроводжувалися підйомом настрою з гіперактивністю, руховим розгальмуванням. У лікуванні були скасовані антидепресанти та солерон і призначені вальпроком і сероквель. Відмічались афективні симптомокомплекси змішаних станів, котрі проявлялися або симультанно (синхронно), або послідовно в рамках «короткого циклу» - при швидкій зміні полярних афективних фаз протягом доби. На підставі клінічної картини було виставлено діагноз: біполярний афективний розлад, змішаний епізод (F31.6); депресивний синдром з переходом у змішаний стан. Після стаціонарного лікування на протязі шести тижнів пацієнтка виписана з поліпшенням.

Вдома дівчина приймала карбалекс, вальпроком, сероквель. Одержала атестат, поступила до університету і добре встигала в навчання, придбала нове коло спілкування. Однак через місяць після початку семестру на тлі підтримуючої терапії (сероквель, карбалекс) афективні коливання посилилися, порушився сон. На заняттях без видимих причин була замкнутою, перестала спілкуватися, могла почати ридати. Такий стан міг тривати декілька годин і змінювався руховим розгальмуванням на тлі пригніченого настрою, внутрішнього напруження, дратівливості, невдоволення собою. Матір хворої відзначала часту інверсію добових коливань настрою у доньки, зокрема напередодні госпіталізації пацієнтка була розгальмувана, весела, але на очах у матері психічний стан різко змінився – вона стала агресивно бити кулаками в диван, по тілу, ридала у розпачі, забилася в кут, кричала. У порядку невідкладної допомоги повторно госпіталізована в психіатричний стаціонар.

Впсихічному статусі на момент госпіталізації відмічався малопродуктивний мовний контакт: була плаксивою, подавленою, розмовляла тихим голосом, монотонно. Домінували скарги на знижений настрій з тривогою, дратівливістю, внутрішнім напруженням, невдоволенням навколишніми та собою. Про свій стан говорила наступне: «Я не можу ходити в інститут, мене все дратує... усередині постійна напруга і, коли вона наростає, хочеться все трощити... я намагаюся терпіти, але чим довше терплю, тим гірше потім розрядка». Дівчина відмічала, що мала періоди рухового розгальмування у останній час: «мені треба було рухатися, щось робити, бігти кудись...», під час яких зберігався подавлений афект: «а на душі, все рівно, важко...». Власне під час бесіди зросли явища ажитації – почала ридати, кричати: «я не можу жити, мені все противно...». Настрій суттєво знижений з проявами дисфорії. Марення, обманів сприйняття не виявляє. Критичного ставлення до хвороби не має. Було виставлено попередній діагноз: синдром дисфоричної депресії, у лікуванні призначений амітриптилін, літосан, сібазон, зелдокс.

Через 10 днів з'явилися ранні пробудження з гіперактивністю. Було відмінено амітриптилін та продовжено терапію литосаном і зелдоксом. У

процесі лікування в психічному стані пацієнтки проявлялися раптові прориви веселощів під час меланхолійного стану і, навпаки, глибокий смуток у стані афективного підйому. Також відзначалися прояви демонстративності: безпідставно та раптово «погіршувався» стан під час лікарських обходів – досить вільно контактуючи до обходу, на обході пацієнтка замовкала, не відповідала на питання, сиділа, опустивши голову, а потім пояснювала свій стан «роздратуванням і напругою від великої кількості людей». Крайні прояви афективних коливань вочевидь проявлялися таким чином: з ранку на обході могла посміхатися, відзначаючи поліпшення стану, через дві-три години заходила у кабінет зі словами «у мене підйом», а вже через декілька хвилин раптово замовкала, не реагувала на оточуючих і те що відбувається, напружено сиділа на стільці і, низько опустивши голову, плакала. Надалі пояснила «я зрозуміла, що міняється мій стан, відчула підйом і пішла до вас (лікаря), але зараз настрої різко погіршився, усередині напруга і роздратування». У момент афективного підйому переважало рухове розгальмування. В афекті суттєво домінували прояви пустотливості та манірності, ніж ейфорія.

Диференціально-діагностичний аналіз. Початок захворювання характеризувався клінічною картиною нервової анорексії. На тлі якої з'явилися, а з часом ставали все більше явними прояви афективної патології з явними коливаннями настрою. При подальшому розвитку психічних порушень афективний розлад вийшов на передній план та саме він став впливати на зміни у режимі харчування. Такий патогенетичний шлях розладів психіки дозволяє стверджувати, що симптоми анорексії були фасадними і лише маскували на початку формування афективного розладу.

Два важливі фактори, що стали підґрунтям такої клінічної картини є преморбід особисті і вік початку захворювання. Пацієнтка мала мозаїчну особистісну акцентуацію з проявами шизоїдності (інтровертованості), котрі поєднувалися з істероїдними рисами. Такий преморбід особистості пояснює поєднання демонстративності і негативізму в поведінці дівчини. Початок захворювання в пубертатному віці обумовив особливості клініки афективного розладу: стислість фаз, слабку виразність добових коливань у депресивній фазі, безремісійний перебіг. Окрім цього початок у підлітковому віці міг зумовити важкість перебігу афективного розладу зі схильністю здобути злоякісну форму без світлих проміжків.

Саме молодий вік формування афективного розладу з біполярним чередуванням маніакально-депресивних фаз визначив необхідність проведення обов'язкової диференціальної діагностики із шизоафективним розладом. І чим коротше та більш атипово минають маніакальні і депресивні фази в юнацькому віці, тим більше є клінічних підстав для діагностики саме шизоафективного розладу. В клінічній картині порушень у пацієнтки присутні прояви, які змушують підозрювати наявність шизоафективного розладу. Найбільш важливим в цьому сенсі є характеристики афекту: манія з елементами пустотливості і безглуздості, відсутність яскраво вираженої ейфорії або гнівливості, депресія із домінуванням дратівливості, внутрішнього напруження, елементами негативізму, дисфорії аж до аутоагресії і без класичного тужливо-пригніченого настрою. Також є певна нерівномірність маніакальної тріади: превалює рухове розгальмування.

Однак на період стаціонарного лікування у пацієнтки відсутні необхідні діагностичні критерії шизоафективного розладу, згідно критеріїв МКХ-10, незважаючи на окремі симптоми, що можуть бути його ознаками. Це дозволяє виключити такий діагноз на даному етапі розвитку хвороби.

В даному випадку у пацієнтки суттєво більше діагностичних критеріїв, що відповідають біполярному афективному розладу: насамперед, чіткі зміни афекту, не зважаючи на його часте чередування або змішаність стану, важкість депресивної симптоматики та її суб'єктивної оцінки дівчиною. З нашого погляду причинами атипівості проявів афективного розладу в даному випадку є особливості преморбїду пацієнтки та підлітковий вік початку захворювання. Таким чином, на етапі стаціонарного лікування цій пацієнтці було встановлено клінічний діагноз: біполярний афективний розлад, безремісійний перебіг, депресивний синдром з переходом у змішаний стан (F31.6). Але наявність лише двох періодів вираженої декомпенсації розладу, атипівість, поліморфність клінічної симптоматики, динамічність патогенетичного становлення біполярного афективного розладу у поєднанні з нервовою анорексією на початку захворювання та мозаїчною акцентуацією особистості у його преморбїді зумовлює необхідність динамічного спостереження стану дівчини з можливим уточненням клінічного або зміною діагнозу, а також своєчасним корегуванням терапевтичного втручання.

Висновки. Цей випадок демонструє, що патогенетичний розвиток психічних розладів у підлітковому віці має досить суттєвий тягар коморбідності та атипівості, котра потребує уважливого ставлення лікаря до якісної діагностики психічних порушень, саме тому, що реалії клінічної практики в психіатрії вимагають якісної підготовки клініцистів у роботі з коморбідними станами та атипівим перебігом психічних розладів. Безумовно, ефективна підготовка майбутніх лікарів-психіатрів та їхня перепідготовка в системі безперервної післядипломної освіти в обов'язковому порядку повинна базуватися на вдосконаленні теоретичних знань та практичних навичок, що будуть застосовуватися фахівцями у діагностиці та лікуванні психопатологічних розладів. Одним із засобів такого навчання є диференційно-діагностичний аналіз конкретних клінічних випадків, який дозволяє визначити принципи адекватного й ефективного лікування хворих. Постійне вдосконалення практичних навичок лікаря-психіатра, а саме – якісної діагностики психічних розладів, наведеному у даній статті прикладі демонструє, як їх аналіз з інтернами або слухачами передатестаційних циклів чи циклів тематичного удосконалення дає можливість поліпшити якість надання спеціалізованої медичної допомоги психічним хворим. Окрім того, диференційно-діагностичний аналіз конкретних клінічних випадків може бути застосований і при проведенні дистанційної форми післядипломного навчання. Таким чином, ефективність підготовки лікарів-психіатрів безпосередньо пов'язана з постійним вдосконаленням клінічного мислення та навичок диференційної діагностики у системі їх безперервної післядипломної освіти.

Г.Я. Пилягина, О.В. Зубатюк

Дифференциальная диагностика психических расстройств в преподавании психиатрии на примере анализа клинического случая

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика

Введение. Реалии клинической практики в психиатрии в настоящее время требуют качественной подготовки клиницистов в работе с коморбидными состояниями и атипичным течением психических расстройств.

Цель. В статье акцентируется значимость использования дифференциально-диагностического анализа конкретных клинических случаев в преподавании психиатрии в непрерывной последипломной подготовке врачей-психиатров.

Основная часть. В статье на основе современных принципов преподавания психиатрии рассмотрен пример дифференциально-диагностического анализа конкретного клинического случая у подростка.

Выводы. Эффективная подготовка будущих врачей-психиатров и их переподготовка в системе непрерывного последипломного образования в обязательном порядке должна включать изучение конкретных клинических случаев и их дифференциально-диагностический анализ. Такой подход в преподавании психиатрии позволяет улучшить профессиональный уровень знаний врача-психиатра и обеспечить эффективное лечение пациентов.

Ключевые слова: психиатрия, дифференциальная диагностика психических расстройств

G. Ya. Pilyagina, O.V. Zubatyuk

Differential diagnosis of mental disorders in teaching of psychiatry evidence from the case study

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Introduction. Nowadays clinical mental health practice realities warrant the psychiatrists' qualified training in dealing with comorbid conditions and atypical course of mental disorders.

Aim. The paper focuses on importance of applying a differential diagnostic analysis for clinical cases in postgraduate teaching of psychiatry.

Main points. The paper deals with a differential diagnostic analysis for the clinical case in one adolescent by reference of the modern principles of psychiatry training.

Conclusions. To be effective the future psychiatry doctors' postgraduate training and retraining are to include studying clinical cases and their differential diagnostic analysis. The approach can improve psychiatry doctors' professional knowledge as well as to provide patients with effective treatment.

Key words: psychiatry, differential diagnostics of mental disorders.

Відомості про авторів:

Пилягіна Галина Яківна - доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Фрунзе, 103, тел.: (044) 468-38-45.

Зубатюк Оксана Вікторівна - старший лаборант кафедри психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Фрунзе, 103, тел.: (044) 468-38-45.