

про певний негативний вплив супутньої неврологічної патології на перебіг основного захворювання з ранньою інвалідизацією таких хворих.

Синдромальна структура загострень параноїдної шизофренії в обох досліджених групах мала ідентичний характер і була представлена галюцинаторно-маячним, параноїдним, депресивно-параноїдним та галюцинаторним синдромами.

Найпоширенішим провідним клінічним синдромом в основній групі був галюцинаторно-маячний синдром (9 пацієнтів – 32,14%). Друге місце посідали депресивно-параноїдний та галюцинаторний синдроми. Кожен з них зустрічався відповідно у 8 хворих (28,57% спостережень). Параноїдний синдром спостерігався у 3 пацієнтів (10,71% спостережень).

Порівняння з контрольною групою виявило наступні особливості синдромологічної структури: в клінічній картині загострень параноїдної шизофренії у пацієнтів із супутньою неврологічною патологією частіше зустрічалися галюцинаторний та депресивно-параноїдний

синдроми (по 8 пацієнтів, 28,57% в кожному випадку), ніж у пацієнтів з параноїдною шизофренією без супутніх неврологічних розладів (5 пацієнтів, 16,67% і 1 пацієнт, 3,33% відповідно, $p < 0,05$). Вірогідно рідше у пацієнтів основної групи спостерігався параноїдний синдром в порівнянні з контрольною групою (3 пацієнти, 10,71% та 14 пацієнтів, 46,67% відповідно). Галюцинаторно-маячний синдром зустрічався в обох групах майже з однаковою частотою – у 9 (32,14%) та 10 (33,33%) спостереженнях відповідно ($p > 0,05$).

Висновок. Результати нашого дослідження показали, що наявність супутньої неврологічної патології обтяжує перебіг параноїдної шизофренії, знижує рівень соціальної адаптації, призводить до швидкого погіршення соціального статусу та більш раннього виходу на інвалідність. Отримані дані свідчать про зв'язок супутньої неврологічної патології із клінічними проявами загострень, у структурі яких частіше зустрічаються галюцинаторно-маячний, галюцинаторний та депресивно-параноїдний синдроми і рідше – параноїдний синдром.

Ю.А. Блажевич

ІНІЦІАЛЬНИЙ ЕТАП ПСИХОЗУ (КЛІНІКА, ДИНАМІКА) НА ПРИКЛАДІ ПАЦІЄНТІВ З ПЕРШИМ ПСИХОТИЧНИМ ЕПІЗОДОМ

Територіальне медичне об'єднання «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві
blazhevych@ukr.net

Актуальність. Першому психотичному епізоду в останні роки приділяють значну увагу. Обумовлено це уявленнями, що своєчасні виявлення та спеціалізована допомога пацієнту сприятимуть максимально швидкому виходу, сприятливому перебігу захворювання, тривалій соціально-психологічній збереженості особистості. Автори наводять дані з власне медичної, а також економічної складової проблеми. Такий акцент у модусі надання психіатричної допомоги став можливим завдяки появі в останні роки психотропних засобів нового покоління, які дозволяють домогтися відносно швидкого та якісного ефекту в терапії психозів. Однією з найважливіших складових сучасної діагностики психічного розладу є знання симптоматики доманіфестного періоду.

Метою дослідження було вивчення клінічних і патопсихологічних проявів захворювання на доманіфестному етапі.

Матеріали та методи дослідження. Досліджували пацієнтів Центру першого психотичного епізоду ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві. Для досягнення поставленої мети ми відібрали 130 пацієнтів: 68 чоловіків та 62 жінки. Середній вік пацієнтів з першим психотичним епізодом в обстежуваній групі склав $27,4 \pm 0,2$ роки: серед чоловіків – $26,2 \pm 0,4$ роки, серед жінок – $28,1 \pm 0,4$ роки.

Хворих на параноїдну шизофренію (F 20.0) було 20 (12 чоловіків та 8 жінок); на гострі психотичні розлади без симптомів шизофренії (F 23.0) – 12 (6 чоловіків та 6 жінок); на гострі психотичні розлади з симптомами шизофренії (F 23.1) – 30 (16 чоловіків та 14 жінок); на поліморфні шизоафективні розлади, манакальний тип

(F 25.0) – 30 (14 чоловіків та 16 жінок); на поліморфні шизоафективні розлади, депресивний тип (F 25.1) – 38 (20 чоловіків та 18 жінок).

Використовували клініко-анамнестичний метод, методи патопсихологічного дослідження, метод ретроспективного аналізу, метод оцінки якості життя (Mezzch), методи математичної статистики (дисперсійний та кореляційний аналіз) з використанням обчислювальних таблиць «Excel».

Результати. Спадкову обтяженість шизофренією встановлено у 18 випадках. Найвища обтяженість була у групі пацієнтів з шизофренією та гострими психотичними розладами (відповідно 5 та 8 випадків). Обтяженість афективними і емоційно-вольовими розладами встановлена в 6 випадках (по 2 випадки гострого психотичного розладу без симптомів шизофренії, шизоафективного розладу манакального типу та шизоафективного розладу депресивного типу).

За наявністю та характером ініціального етапу психозу всіх досліджуваних пацієнтів умовно можна поділити на 3 групи. У пацієнтів першої групи (72 особи) ініціальний етап характеризувався тривалістю від півроку до двох років. У цей період у них відмічались явища немотивованої астенії, реактивної лабільності, втомленості, небажання будь-що робити, намагання усамітнитись, «щоб залишили в спокої», були порушення сну. Періоди гіпоманії аутохтонні, короткочасні, проявлялись епізодами стривоженості, непродуктивної активності, конфліктністю, поведінковими порушеннями і порушеннями потягів.

Другу групу склали 28 пацієнтів. Ініціальний етап у них мав меншу, порівняно з першою групою, тривалість (від одного до 6 місяців). Симптоми характеризувались більшою аутохтонністю. Окрім симптомів астенічного кола відмічались коливання афекту, більш стійкі і часті висловлювання ідей особливого відношення, надцінні іпохондричні та дисморфобічні ідеї. Ретроспективно і за даними мікрооточення було встановлено, що пацієнти саме даної групи відрізнялись відсутністю критики до хворобливих переживань. На відміну від пацієнтів першої групи, у цих хворих був відсутній конструктивний діалог з оточуючими і хоча б намагання пошуку допомоги у близьких і медперсоналу. На наявність психогенного фактора, як причини «дискомфортних» переживань, вказували лише 22% пацієнтів даної групи.

Третя група пацієнтів характеризувалась фактичною відсутністю ініціального періоду психозу. Захворювання виникало несподівано, на фоні повного здоров'я, психогенні фактори навіть не розглядались як імовірні причини появи захворювання. В окремих випадках госпіталізація могла відбуватись протягом від кількох годин до 2 – 3 діб після появи симптоматики. Однак ці клінічні

прояви ми розцінювали вже не як явища домінуючого періоду, а як власне маніфестацію психозу.

Окремо можна виділити групу з 4 пацієнтів, в яких стерті латентні прояви відносились до підліткового або юнацького віку. Латентна симптоматика проявлялась фобічними розладами, проблемами з пам'яттю і здібністю до загального засвоєння інформації, періодами аутизації. Невиразні за силою, але тривалі за часом – ці порушення призводили до формування особистості консервативної, монотонної, яка живе за власними «пристосувальними» правилами і законами. У всіх випадках відмічались відсутність будь-яких ознак вікової динаміки, втрата тонких чуттєвих переживань, нівелювання особистісних властивостей, стереотипізація життєвого устрою, обмеженість соціальної перспективи. Пацієнти даної групи нагадували емоційно збіднілих процесуальних особистостей.

Висновки. Отримані дані про особливості клінічних проявів захворювання на його домінуючому етапі дозволять своєчасно і точно кваліфікувати ознаки психозу. Це, в свою чергу, сприятиме максимально раннім медико-реабілітаційним заходам, що приведе до зменшення розмаху та частоти нападів і максимальної соціальної та індивідуально-психологічної збереженості особистості.

А.А. Педак

ЭЛЕМЕНТЫ ГЛОБАЛЬНОГО ПЛАНА ДЕЙСТВИЙ – «ОТ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ – К СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ»

Николаевская областная психиатрическая больница № 2, г. Николаев
norb-2@ukr.net

Вступление. На 65 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (2012) была рассмотрена резолюция относительно «Глобального бремени психических расстройств и необходимости в комплексных, координированных ответных мерах со стороны сектора здравоохранения и социального сектора на страховом уровне», в которой призвала ВОЗ разработать всеобъемлющий план действий по охране психического здоровья.

Цель работы. В соответствии со стратегическим планом ВОЗ относительно совершенствования системы здравоохранения – вычленил ключевые принципы организации и развития системы охраны психического здоровья – на основе поставленной задачи. К сфере государственных приоритетов отнести:

Научные исследования в области охраны психического здоровья, и, в первую очередь, практически ориентированные научные разработки, непосредственно касающиеся усовершенствования служб и их практическое внедрение.

Развитие сети служб охраны психического здоровья и социальных служб по месту жительства, интеграция лечения и ухода за психическим здоровьем в больницы общего профиля и первичное звено здравоохранения.

3. Систему непрерывного сопровождения и ухода за пациентами на всех уровнях оказания помощи; позитивное сотрудничество между уровнями, развитие и

поддержка «системы самообслуживания (включая электронные и мобильные технологии здравоохранения).

3. Реорганизацию психиатрической помощи и служб относительно переноса основного акцента с долгосрочного пребывания в психиатрических учреждениях на взаимосвязанную сеть служб охраны психического здоровья по месту жительства, включая уход и поддержку на дому, стационарный и амбулаторный уход в больницах общего профиля, учреждениях дневного пребывания и первичного здравоохранения.

4. Интегрированный и скоординированный уход, поддержку и реабилитацию людей с расстройствами психического здоровья всех возрастов во всех звеньях общественного здравоохранения и социальных службах (включая доступ к трудоустройству, жилью, возможностям образования и вовлеченность в социальную активность по месту проживания), при активном вовлечении и поддержке собственных инициатив как самих пациентов, так и обслуживающего их персонала.

5. Разработка и внедрение планов «действий-готовности» охраны психического здоровья в случаях чрезвычайных ситуаций. Обеспечение доступности населения, имеющего социальные проблемы, расстройства психического здоровья (как уже существующие, так и приобретенные в результате чрезвычайных ситуаций) к службам спасения и вспомогательным службам, как во