

Е. Н. Зінченко
КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА И ОТЛИЧИТЕЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСНОВНЫХ ФОРМ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ГОРОДСКОГО И СЕЛЬСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

О. М. Зінченко
КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ВІДМІННІ ОСОБЛИВОСТІ ОСНОВНИХ ФОРМ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У МІСЬКОГО ТА СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ

О. М. Zinchenko
CLINICAL CHARACTERISTICS AND DISTINCTIVE PECULIARITIES OF THE MAIN FORMS OF NEUROTIC DISORDERS IN URBAN AND RURAL POPULATIONS

Клинико-психопатологическое исследование 300 пациентов, проживающих в сельской местности и 100 жителей городов позволили выявить особенности основных форм невротических расстройств. Установлено, что диссоциативные (конверсионные) расстройства проявлялись преимущественно вегетативными, двигательными и сенсорными нарушениями. Клиническая картина диссоциативных (конверсионных) расстройств была представлена сложным синдромокомплексом, в структуре которого на первый план выступала диссоциация между предъявляемыми жалобами и данными объективного клинического наблюдения.

Клиническая структура неврастении была представлена двумя клиническими вариантами: с преобладанием психопатологических, преимущественно эмоциональных, симптомов, и с преобладанием соматизированных симптомов.

В структуре тревожно-фобических расстройств у обследованных больных выделены фобический, тревожный и обсессивный варианты расстройств, сочетающиеся с вегетативными пароксизмами.

Описанные особенности необходимо учитывать при проведении диагностики и терапии невротических расстройств.

Ключевые слова: невротические расстройства, неврастения, тревожно-фобическое расстройство, диссоциативное (конверсионное) расстройство, клинико-психопатологические особенности, городское, сельское население

Клініко-психопатологічне дослідження 300 пацієнтів, які проживають в сільській місцевості і 100 жителів міст дозволили виявити особливості основних форм невротичних розладів. Встановлено, що дисоціативні (конверсійні) розлади проявлялися переважно вегетативними, руховими і сенсорними порушеннями. Клінічна картина дисоціативних (конверсійних) розладів була представлена складним синдромокомплексом, в структурі якого на перший план виступала дисоціація між пропонованими скаргами і даними об'єктивного клінічного спостереження.

Клінічна структура неврастенії була представлена двома клінічними варіантами: з переважанням психопатологічних, переважно емоційних, симптомів, і з переважанням соматизованих симптомів.

У структурі тривожно-фобічних розладів у обстежених хворих виокремлені фобічний, тривожний і обсесивний варіанти розладів, що поєднуються з вегетативними пароксизмами.

Описані особливості необхідно враховувати при проведенні діагностики і терапії невротичних розладів.

Ключові слова: невротичні розлади, неврастенія, тривожно-фобічний розлад, дисоціативний (конверсійний) розлад, клініко-психопатологічні особливості, міське, сільське населення

A clinical-psychopathological study of 300 patients from rural areas and 100 urban patients has revealed peculiarities of the main form on neurotic disorders. It was found out that dissociation (conversional) disorders were manifested predominantly with vegetative, motor, and sensory disturbances. The clinical picture of dissociation (conversional) disorders was presented with a complicated complex of syndromes, in the structure of which dissociation between patients' complaints and data from an objective clinical observation was as a foreground.

The clinical structure of neurasthenia was presented in two clinical variants: either with prevalence of psychopathological, predominantly emotional, symptoms or with prevalence of somatized symptoms.

In the structure of anxious-phobic disorders in the patients examined a phobic, anxious, and obsessive variants of the disorders in combination with vegetative paroxysms were determined.

The peculiarities described above should be taken into account in diagnosis and therapy of neurotic disorders.

Key words: neurotic disorders, neurasthenia, anxious-phobic disorder, dissociation (conversional) disorder, clinical-psychopathological peculiarities, urban population, rural population

В последнее десятилетие отмечается рост частоты непсихотических (пограничных) психических расстройств, среди которых преобладают невротические расстройства [1, 3, 4, 8—14], что обусловлено социально-экономическими, социально-психологическими, экологическими изменениями, происходящими в обществе. Анализ психического здоровья сельского населения Украины, проведенный в течение 2000—2012 годов, свидетельствует о росте показателя распространенности расстройств психики непсихотического характера, и прежде всего — невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств [5, 6]. Клинический патоморфоз невротических расстройств, проявляющийся стиранием границ между их основными формами и увеличением соматических проявлений [2, 4, 9] обуславливает необходимость изучения их клинико-психопатологических особенностей для современной их диагностики, проведения соответствующего лечения и профилактических

мероприятий, разработки методов социальной реабилитации больных.

Исходя из вышеизложенного, нами проведено исследование, целью которого было изучение клинических особенностей основных форм невротических расстройств у городского и сельского населения.

В исследовании приняли участие 1975 больных с непсихотическими психическими расстройствами (НПР).

Распределение обследованных пациентов по группам приведено на рис. 1.



Рис. 1. Распределение обследованных по группам

Из них в основную группу исследования вошли 300 больных с невротическими расстройствами, проживающих в сельской местности, у которых диагностировано наличие следующих расстройств: «Тревожно-фобическое расстройство» (F40), «Диссоциативное (конверсионное) расстройство (F44), «Неврастения» (F48.0). 100 больных с невротическими расстройствами, проживающих в городской местности, составили группу сравнения.

В ходе изучения установлено, что пациенты с диссоциативными (конверсионными) расстройствами, наиболее часто предъявляли жалобы на чувство тревоги, постоянного внутреннего напряжения с невозможностью расслабиться (42,6 ± 3,4 % обследованных основной и 39,5 ± 5,2 % группы сравнения), неустойчивость настроения (47,7 ± 3,4 % обследованных основной и 45,1 ± 5,3 % группы сравнения), различного рода страхи (39,5 ± 3,3 % и 28,9 ± 4,8 % соответственно), сниженный фон настроения (64,7 ± 3,3 % и 61,2 ± 5,2 %), раздражительность (73,2 ± 3,1 % обследованных основной и 59,8 ± 5,2 % группы сравнения), плаксивость (31,7 ± 3,2 % и 44,2 ± 5,3 % соответственно), непереносимость резких запахов, громких, резких звуков, яркого света (48,3 ± 3,4 % и 46,7 ± 5,3 %), парестезии и боли в конечностях (41,8 ± 3,4 % и 38,2 ± 5,2 %), периодические головокружения, на фоне которых могла быть тошнота с позывами на рвоту (45,9 ± 3,4 % пациенты основной и 54,1 ± 5,3 % группы сравнения), неустойчивость походки, слабость в ногах при волнении и напряжении (37,5 ± 3,3 % и 41,2 ± 5,3 % соответственно), аритмии при волнении (36,2 ± 3,2 % и 44,2 ± 5,3 %), нарушение ритма дыхания, одышку (39,5 ± 3,3 % и 52,1 ± 5,3 %), нарушение функции пищевода, чувство «комка в горле» (64,1 ± 3,3 % обследованных основной и 59,7 ± 5,2 % группы сравнения), желудочно-кишечные расстройства (усиление метеоризма, перистальтики кишечника) (39,2 ± 3,3 % и 36,7 ± 5,1 % соответственно) (табл. 1.).

Одними из постоянных жалоб обследованных больных являлись головные боли (54,8 ± 3,4 % обследованных основной и 55,1 ± 5,3 % группы сравнения), в субъективной оценке больных чаще локализованные в области лба, виска, темени, сопровождающиеся нередко чувством жжения, «ползания мурашек», либо по типу «истерического гвоздя», на фоне появления шума и звона в ушах, головокружения. Интенсивность головных болей колебалась, чаще они возникали либо усиливались после эмоционального напряжения или при отрицательных установках на физический и умственный труд.

Ярко выраженным являлся астенический симптомокомплекс (74,2 ± 3,1 % обследованных основной и 66,9 ± 5,1 % группы сравнения), включающий в себя повышенную утомляемость, слабость, раздражительность, вспыльчивость, чувство внутреннего напряжения, беспокойства, повышенную отвлекаемость внимания, недостаточное восстановление сил после отдыха, трудность в запоминании текущих событий, непереносимость громких звуков, сниженный фон настроения, снижение мышечной силы.

Необходимо отметить специфику протекания астенического симптомокомплекса у обследованных больных, характеризующую диссоциацией между предъявляемыми жалобами на астенические проявления и действительными объективными данными клинического наблюдения. Так, обследованные при жалобах на быструю утомляемость, общую слабость, сниженную трудоспособность были способны совершить большой объем работы, особенно при наличии положительно окрашенного стимула.

Таблица 1

Структура жалоб, предъявляемых больными с диссоциативными (конверсионными) расстройствами (%)

Жалобы	Основная группа	Группа сравнения
Чувство тревоги, постоянного напряжения	42,6 ± 3,4	39,5 ± 5,2
Трудности в адаптации к режимным мероприятиям	59,2 ± 3,4	0
Неустойчивость настроения	47,7 ± 3,4	45,1 ± 5,3
Различного рода страхи	39,5 ± 3,3	28,9 ± 4,8
Сниженный фон настроения	64,7 ± 3,3	61,2 ± 5,2
Раздражительность	73,2 ± 3,1	59,8 ± 5,2
Плаксивость	31,7 ± 3,2	44,2 ± 5,3
Непереносимость резких запахов, звуков, яркого света	48,3 ± 3,4	46,7 ± 5,3
Парестезии и боли в конечностях	41,8 ± 3,4	38,2 ± 5,2
Периодические головокружения, тошнота	45,9 ± 3,4	54,1 ± 5,3
Слабость в ногах при волнении и напряжении	37,5 ± 3,3	41,2 ± 5,3
Аритмии при волнении	36,2 ± 3,3	44,2 ± 5,3
Нарушение ритма дыхания, одышка	39,5 ± 3,3	52,1 ± 5,3
Чувство «комка в горле»	64,1 ± 3,3	59,7 ± 5,2
Желудочно-кишечные расстройства	39,2 ± 3,3	36,7 ± 5,1
Головные боли	54,8 ± 3,4	55,1 ± 5,3
Нарушения сна	75,9 ± 2,9	69,7 ± 4,9
Астенический симптомокомплекс	74,2 ± 3,1	66,9 ± 5,1

В клинической картине диссоциативных (конверсионных) расстройств преобладали аффективные истерические реакции в виде всплесков ярости, обидчивости, демонстративности, угроз и оскорблений, аффективных разрядов с демонстративно-шантажными суицидальными поступками с расчетом «игры на публику». Аффективные реакции неустойчивы и поверхностны, порой оформлены неадекватно по поводу их проявления, субъективная значимость невелика. На фоне аффективных вспышек у обследованных сохранен контроль над ситуацией и своим поведением, а также учет производимого внимания на окружающих. При этом каждые последующие реакции становятся стереотипными, к ним присоединяются вазовегетативные расстройства, соматогении. Так, у обследованных склонных к самовзвинчиванию и яркой экспрессивности проявления чувств на фоне аффективных колебаний, тревоги и страха проявлялась тенденция к возникновению психосоматических расстройств со стороны сердечно-сосудистой системы, а у лиц склонных к астении и ипохондрической фиксации — расстройств желудочно-кишечного тракта. Такие больные нередко демонстрировали свои ощущения, предъявляли массу жалоб, требовали к себе повышенного внимания со стороны медицинского персонала и окружающих, пытались тем самым привлечь к себе внимание и попытаться извлечь из сложившейся ситуации выгоду, т. е. их поведенческая тактика приобретала манипулятивный характер.

Кроме того, в клинической картине отмечались двигательные расстройства (41,8 ± 3,4 % обследованных основной и 39,7 ± 5,2 % группы сравнения), проявляющиеся в виде гиперкинезов или непроизвольных движений

(дрожь, вздрагивание). Гиперкинезы носили характер тиков, тремора конечностей (который усиливался при фиксации внимания), блефароспазма, которые зависят от эмоционального состояния, они временно ослабевают или могут исчезнуть при переключении внимания или под влиянием психотерапии. В ряде случаев отмечаются сенсорные нарушения ($30,2 \pm 3,1$ % обследованных основной и $39,4 \pm 5,2$ % группы сравнения), проявляющиеся расстройствами поверхностной болевой чувствительности (анестезии, гипер- и гипестезии) по гемитипу либо болевыми ощущениями в различных частях тела. Чаще всего наблюдались нарушения чувствительности конечностей. Распределение этих нарушений носило произвольный характер, проходит не по проводниковому типу, а по типу «выпадения» и представлено в виде «носков, чулок, перчаток, жилетки либо пояса».

Облигатными являются вегетативные пароксизмы, проявляющиеся в виде зябкости конечностей, общего и дистального гипергидроза, лабильности пульса и артериального давления с склонностью к тахикардии, сухости во рту, профузной потливости, тремора, одышки, приступов удушья, тошноты, дискомфорта в эпигастрии, наиболее часто начинающиеся с неустойчивости настроения, неприятных ощущений в области эпигастрия, «кратковременной остановки дыхания» с элементами ларингоспазма, выраженных парестезий. Типичным для этих пароксизмов явилось наличие чувства «комка в горле», головокружения, пациенты отмечали «перед глазами все плывет, кружится».

Таким образом, как показали результаты исследования, диссоциативные (конверсионные) расстройства проявляются преимущественно вегетативными, двигательными и сенсорными нарушениями (рис. 2).

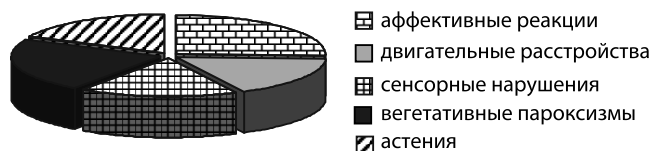


Рис. 2. Структура диссоциативних (конверсионних) расстройств у жителів села

Клиническая картина диссоциативных (конверсионных) расстройств представлена сложным синдромокомплексом, в структуре которого на первый план выступает диссоциация между предъявляемыми жалобами и данными объективного клинического наблюдения, что определяется, по нашему мнению, личностной установкой обследованных, характерными являются попытки манипулятивного поведения.

В клинической картине неврастении для обследованных больных облигатным явился астенический симптомокомплекс ($97,9 \pm 0,9$ % обследованных основной и $89,7 \pm 3,2$ % группы сравнения): повышенная утомляемость, слабость, вялость, раздражительность при напряжении и утомлении, повышенная восприимчивость к ранее нейтральным раздражителям, трудность в концентрации внимания, повышенная истощаемость внимания, трудность в запоминании текущих событий (табл. 2).

В ряде случаев на фоне ярко выраженного астенического симптомокомплекса появляется сенсibilизация ($45,6 \pm 3,4$ % обследованных основной и $52,1 \pm 5,3$ % группы сравнения) к внешним раздражителям (раздражают шум, громкие звуки, яркий свет, резкие запахи) в особен-

ности в период отхода ко сну и в процессе засыпания, а также физиологическим ощущениям (гиперпатии, чрезмерное восприятие ощущений, связанных с нормальными физиологическими функциями организма — сердцебиение, усиленная перистальтика и т. д.)

Таблица 2
Структура жалоб, предъявляемых обследованными с неврастением (%)

Жалобы	Основная группа	Группа сравнения
астенический симптомокомплекс	$97,9 \pm 0,9$	$89,7 \pm 3,2$
расстройства цикла «сон — бодрствование»	$76,5 \pm 2,9$	$69,8 \pm 4,9$
сенсibilизация к внешним раздражителям	$45,6 \pm 3,4$	$52,1 \pm 5,3$
чувство снижения умственной продуктивности	$45,6 \pm 3,4$	$47,6 \pm 5,3$
повышенная слабость и утомляемость	$48,2 \pm 3,4$	$51,2 \pm 5,3$
внутреннее напряжение с невозможностью расслабиться	$36,8 \pm 3,3$	$39,1 \pm 5,2$
немотивированное беспокойство	$35,4 \pm 3,3$	$29,7 \pm 4,9$
тревога	$37,2 \pm 3,3$	$35,5 \pm 5,1$
раздражительность	$47,3 \pm 3,4$	$45,8 \pm 5,3$
головные боли	$56,2 \pm 3,4$	$55,2 \pm 5,3$
вегетативные расстройства	$94,3 \pm 1,6$	$95,6 \pm 2,2$

Наиболее часто наблюдаются чувство снижения умственной продуктивности, после незначительного интеллектуального напряжения ($45,6 \pm 3,4$ % больных основной и $47,6 \pm 5,3$ % группы сравнения); повышенная слабость и утомляемость при физическом напряжении ($48,2 \pm 3,4$ % и $51,2 \pm 5,3$ % соответственно); внутреннее напряжение с невозможностью расслабиться ($36,8 \pm 3,3$ % и $39,1 \pm 5,2$ %), немотивированное беспокойство ($35,4 \pm 3,3$ % и $29,7 \pm 4,9$ %), тревога ($37,2 \pm 3,3$ % и $35,5 \pm 5,1$ %), раздражительность ($47,3 \pm 3,4$ % и $45,8 \pm 5,3$ %) ($p < 0,05$).

Пациенты становятся нетерпеливыми, не могут переносить ожидание. У них легко возникают аффекты, после которых астения еще больше усиливается и появляется чувство вины за то, что было сказано или совершено в состоянии аффекта.

Одними из постоянных жалоб являются головные боли ($56,2 \pm 3,4$ % обследованных основной и $55,2 \pm 5,3$ % группы сравнения), преимущественно в виде «шлема» или диффузные, в субъективной оценке больных характеризующиеся как сдавление, стягивание, покалывание и т. п., нередко усиливающиеся при резких поворотах головы или изменениях положения тела с иррадиацией в область шеи, позвоночника, распространяясь на туловище и конечности, на фоне появления шума и звона в ушах, головокружения. В ряде случаев головные боли сопровождаются гиперестезией кожных покровов, когда до головы невозможно дотронуться и даже расчесывание волос вызывает боль. Интенсивность головных болей колеблется, чаще они возникают либо усиливаются после физического и умственного напряжения.

Вышеописанная клиническая симптоматика имела различную структуру синдромокомплекса, проявляющуюся у $57,4 \pm 3,4$ % обследованных основной и $51,3 \pm 5,3$ % группы сравнения преобладанием соматизированных симптомов и у $42,6 \pm 3,4$ % пациентов основной

и 48,7 ± 5,3 % группы сравнения — преобладанием психопатологических (эмоциональных) симптомов. (рис. 3.)

В первом варианте наряду с осевыми астеническим симптомами преобладают большое количество соматических жалоб — кардиалгии, неприятные ощущения в области сердца, дискомфорт в эпигастрии и т. п. Во втором — психические, преимущественно эмоциональные нарушения (эмоциональная лабильность, раздражительность, тревожность и т. п.).

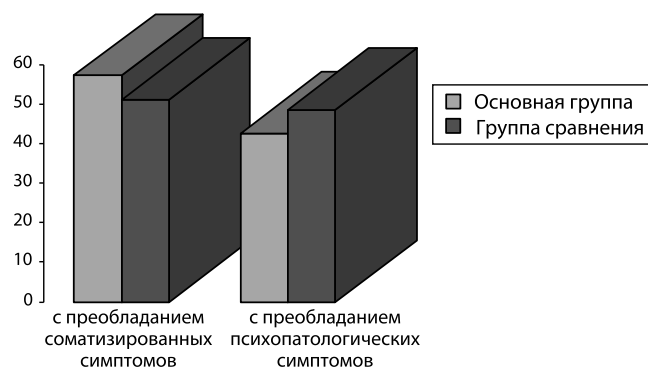


Рис. 3. Клинические варианты неврастении у обследованных больных

Обследованные больные предъявляли жалобы на ощущение усталости, снижение жизненного тонуса, снижение физических и умственных сил. Они испытывают постоянное неприятное чувство разбитости. У многих возникает повышенная чувствительность к слуховым и зрительным раздражителям. Часто не могут заснуть, так как их раздражают любые, даже очень тихие звуки. Жалуются на головную боль давящего, стягивающего характера, чувство несвежести в голове в течение всего дня.

Обследованных больных очень беспокоит резкое снижение работоспособности, постоянное чувство усталости.

Таким образом, как показали результаты исследования, в клинической картине неврастении у обследованных больных на фоне астенического симптомокомплекса облигатными являются расстройства цикла «сон — бодрствование» и вегетативные расстройства, при этом тяжесть состояния была более выражена во второй половине дня.

Клиническая структура неврастении представлена двумя клиническими вариантами: с преобладанием психопатологических, преимущественно эмоциональных, симптомов, и с преобладанием соматизированных симптомов.

Анализ данных клинко-психопатологического исследования показал, что в клинической картине тревожно-фобических расстройств у обследованных больных наиболее часто наблюдаются внутреннее напряжение с невозможностью расслабиться (36,8 ± 3,3 % обследованных основной и 29,8 ± 4,9 % группы сравнения), различного рода навязчивые страхи (44,1 ± 3,4 % и 55,1 ± 5,3 % соответственно), навязчивые мысли (39,2 ± 3,3 % и 41,2 ± 5,3 %), навязчивые движения (41,1 ± 3,4 % и 43,4 ± 5,3 %) и действия (37,5 ± 3,3 % и 39,3 ± 5,2 %), немотивированное беспокойство (35,4 ± 3,3 % и 29,7 ± 4,9 %), тревога (37,2 ± 3,3 % и 36,2 ± 5,1 %), отрицательная эмоциональная окраска переживаний (65,4 ± 3,3 % и 56,7 ± 5,3 %), обидчивость, ранимость (37,2 ± 3,3 % обследованных основной и 44,2 ± 5,3 % группы сравнения), чувство внутренней

тревоги, беспокойства (76,2 ± 2,9 % и 64,1 ± 5,1 % соответственно), сниженный фон настроения (47,3 ± 3,4 % и 46,5 ± 5,3 %) эмоциональная лабильность (42,1 ± 3,4 % и 40,5 ± 5,2 %), для женщин характерны частые лагримальные реакции (45,3 ± 5,2 % и 55,6 ± 8,1 %) (табл. 3).

Облигатным явился астенический симптомокомплекс (92,4 ± 1,8 % обследованных основной и 89,4 ± 3,3 % группы сравнения): повышенная утомляемость, слабость, вялость, раздражительность при напряжении и утомлении, повышенная восприимчивость к ранее нейтральным раздражителям, трудность в концентрации внимания, повышенная истощаемость внимания, трудность в запоминании текущих событий.

Таблица 3

Структура жалоб, предъявляемых обследованными с тревожно-фобическими расстройствами (%)

Жалобы	Основная группа	Группа сравнения
Внутреннее напряжение с невозможностью расслабиться	36,8 ± 3,3	29,8 ± 4,9
Страхи	44,1 ± 3,4	55,1 ± 5,3
Навязчивые мысли	39,2 ± 3,3	41,2 ± 5,3
Немотивированное беспокойство	35,4 ± 3,3	29,7 ± 4,9
Тревога	37,2 ± 3,3	36,2 ± 5,1
Отрицательная эмоциональная окраска переживаний	65,4 ± 3,3	56,7 ± 5,3
Обидчивость, ранимость	37,2 ± 3,3	44,2 ± 5,3
Чувство внутренней тревоги, беспокойства	76,2 ± 2,9	64,1 ± 5,1
Сниженный фон настроения	47,3 ± 3,4	46,5 ± 5,3
Эмоциональная лабильность	42,1 ± 3,4	40,5 ± 5,2
Лагримальные реакции	45,3 ± 5,2	55,6 ± 8,1
Астенический симптомокомплекс	92,4 ± 1,8	89,4 ± 3,3
Расстройства сна	76,5 ± 2,9	70,1 ± 4,9
Вегетативные расстройства	89,6 ± 2,1	82,4 ± 4,1

На основе данных клинко-психопатологического исследования были выделены следующие варианты тревожно-фобических расстройств: фобический (34,7 ± 3,3 % обследованных основной и 27,6 ± 4,8 % группы сравнения), тревожный (29,3 ± 3,1 % и 31,2 ± 4,9 % соответственно) и обсессивный (36,1 ± 3,3 % и 41,2 ± 5,3 % соответственно) (p < 0,05) (рис. 4).

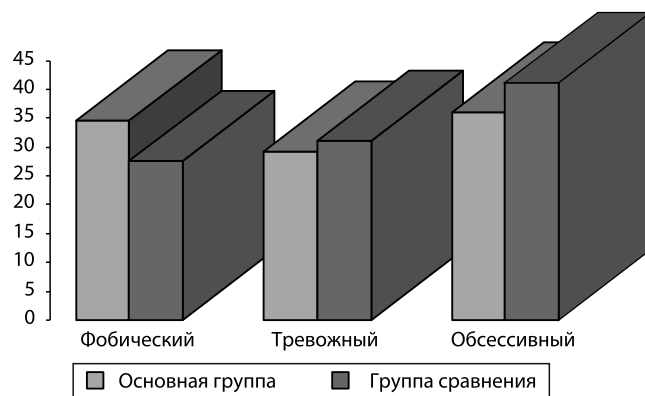


Рис. 4. Клинические варианты тревожно-фобических расстройств у обследованных больных

Для фобического варианта характерно изолированное наличие навязчивых страхов, тесно связанных с тревожной мнительностью в отношении своей оценки в глазах окружающих.

Пациенты очень болезненно воспринимают отношение окружающих к их внешнему виду, поведению. Они очень дорожат оценкой друзей и начальников. Очень волнуются по поводу того, как отреагируют окружающие на их поступки. Периодически появляется страх наказания за какое-либо замечание или насмешливые реплики, сказанные в адрес товарищей или начальников.

Тревожный вариант характеризуется чувством тревоги, беспокойства, внутреннего напряжения с невозможностью расслабиться, ощущением опасности, раздражительностью и нетерпеливостью, пониженной самооценкой и уровнем притязаний, невозможностью сконцентрироваться, рассеянностью. У подавляющего большинства больных отмечаются нарушения цикла сон — бодрствование (трудности засыпания с частыми пробуждениями и кошмарными сновидениями, а также раннее пробуждение с отсутствием свежести после сна).

Обсессивный вариант отличается доминированием навязчивых мыслей, чаще в виде сомнений в правильности принятых решений и действий, обусловленных тревожной мнительностью в отношении предполагаемых несчастий; навязчивых воспоминаний пережитого.

Больные жаловались на неприятные, навязчивые, чуждые содержанию мышления в данный момент, мысли, с которыми они пытались бороться, но своими усилиями не могли справиться.

У некоторых больных возникает навязчивое желание сказать что-либо, что противоречит их собственным моральным установкам, нецензурно выругаться, выкрикнуть циничную фразу при посторонних.

Таким образом, как показали результаты исследования, в структуре тревожно-фобических расстройств у обследованных больных выделены фобический, тревожный и обсессивный варианты расстройств, сочетающиеся с вегетативными пароксизмами.

Отличительной особенностью клинической картины тревожно-фобических расстройств у изучаемого контингента являются их соматовегетативные проявления: сердечно-сосудистые (нарушения сердечного ритма, кардиалгии, колебания артериального давления, «приливы жара или холода», потливость, гипергидроз); дыхательные (чувство нехватки воздуха, одышка); неврологические (головокружение, головные боли, тремор, парестезии, напряжение и боль в мышцах); абдоминальные (тошнота, сухость во рту, диспепсия, нарушения аппетита) и мочеполовые (учащенное мочеиспускание, снижение либидо).

Описанные особенности необходимо учитывать в диагностике, терапии и профилактике невротических расстройств у городского и сельского населения.

Список литературы

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства : руководство для врачей / Ю. А. Александровский. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. — 720 с.
2. Васильева А. В. Исследование особенностей клинического патоморфоза невротических расстройств в новых социальных условиях в связи с выбором психотерапевтических стратегий / А. В. Васильева, Т. А. Караваева // Вестник психотерапии. — 2009. — № 32 (37). — С. 70—77.
3. Грищенко Я. А. Психическое здоровье у лиц, проживающих в сельской местности (клинико-эпидемиологический и организационный аспекты) : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Я. А. Грищенко. — М., 2011. — 21 с.
4. Демичева Н. К. Социальное функционирование и качество жизни у лиц с пограничными психическими расстройствами (клинико-диагностический аспект) / Н. К. Демичева // Российский психиатрический журнал. — 2006. — № 3. — С. 94—99.
5. Зінченко О. М. Характеристика загальних закономірностей психічного здоров'я сільського населення України / О. М. Зінченко // Архів психіатрії. — 2012. — Т. 18. — № 2 (69). — С. 15—21.
6. Зінченко О. М. Клініко-статистичний аналіз динаміки первинної та загальної захворюваності на розлади психіки та поведінки неспихотичного характеру у сільського населення України / О. М. Зінченко // Архів психіатрії. — 2013. — Т. 19, № 4 (75). — С. 50—52.
7. Марута Н. А. Невротическая болезнь / Н. А. Марута // Международный медицинский журнал. — 1997. — Т. 3. — С. 16—20.
8. Марута Н. А. Клинико-психопатологические особенности различных форм невротической патологии у женщин / Н. А. Марута, Т. Д. Бахтеева // Медицина сьогодні і завтра. — 2004. — № 3. — С. 59—64.
9. Марута Н. А. Современные факторы патоморфоза невротозов / Н. А. Марута, О. С. Чабан // Український вісник психоневрології. — 1996. — Т. 4, вип. 2(9). — С. 177—179.
10. Психическое здоровье населения мира: эпидемиологический аспект (зарубежные исследования 2000—2010 гг.) / [И. А. Митихина, В. Г. Митихин, В. С. Ястребов, О. В. Лиманкин] // Журнал неврологии и психиатрии. — 2011. — № 6. — С. 4—14.
11. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / [М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута и др.] // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 3(72). — С. 13—18.
12. Kawakami N. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002—2003 / N. Kawakami, T. Takeshima // Psychiatry and Clinical Neurosciences. — 2005. — № 59. — P. 441—452.
13. The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada. — Ottawa, Canada, 2006. — P. 203.
14. Wittchen H.-U. Size and burden of mental disorders in Europe — a critical review and appraisal of 27 studies / H.-U. Wittchen, F. Jacobi // European Neuropsychopharm. — 2005. — № 15. — P. 357—376.

Надійшла до редакції 13.02.2014 р.

ЗИНЧЕНКО Елена Николаевна, кандидат медицинских наук, внештатный научный сотрудник Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков

ZINCHENKO Olena Mykolaivna, MD, PhD, Out-Staff Researcher of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv