

Л. Т. Сновида, О. П. Венгер

Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я Горбачевського (м. Тернопіль)

ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ТА ПИТАННЯ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ

Питання соціально-трудової адаптації хворих на шизофренію є однією із соціально значимих проблем сучасної психіатрії. Значна розповсюдженість, прогресивність захворювання, часта інвалідизація хворих у працездатному віці обумовлює пильну увагу дослідників до цієї проблеми. Важливість даної проблеми визначається також тим, що показник інвалідності при шизофренії високий, і у перспективі зниження витрат, пов'язаних з виплатами по інвалідності, не передбачається. Успіхи, які досягнуті у реабілітаційному напрямку, не забезпечують відновлення соціально-трудової активності у значної кількості хворих на шизофренію.

Нами було проведено комплексне клініко-психопатологічне дослідження хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні в ТОККПНЛ (Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня) у психіатричних відділеннях за період січень 2006 — вересень 2007 року, у яких був встановлений діагноз «шизофренія».

Наші зусилля були спрямовані на дослідження пацієнтів, хворих на шизофренію, які вперше направлялися на медико-соціальну експертну комісію (МСЕК) для визначення ступеня втрати працездатності.

У дослідження було включено 94 пацієнти, з них — 32 жителі міста та 62 — жителі села, переважали чоловіки — 59, жінок було 35, вік хворих становив від 18 до 47 років. Розумовою працею займалися 25 пацієнтів, фізичною працею — 51 пацієнт, не працювали 18 обстежуваних. Серед обстежуваних хворих на шизофренію переважали пацієнти із параноїдною формою шизофренії — 80 хворих; із простою формою було 6 хворих; із іншою формою — 6 хворих; із гебефренічною формою — 1 хворий; із кататонічною формою — 1 хворий.

Клініко-психопатологічне дослідження проводилося за загальноприйнятною схемою: з вивченням анамнезу, перебігу захворювання та психопатологічної симптоматики. За спеціальним комплексом психопатологічних методик досліджувалися основні психічні процеси: мислення, пам'ять, емоції.

Тривалість захворювання хворих на момент визначення ступеня втрати працездатності була у межах від 2-х до 10-ти років.

Для вивчення розладів мислення у досліджуваних пацієнтів, а саме характеру і структури мислення, використовувалася методика «виключення», яка дала змогу дослідити рівень процесів відволікання, узагальнення, виключення, оцінити здатність виділення істотних ознак предметів і явищ. У проведеному дослідженні використовувався предметний варіант методики, що дозволив оцінити такі важливі функції і параметри мислення як узагальнення, диференціація розходжень, вербалізація суджень, логіка, критичність, гнучкість.

За методикою піктограм Лурія досліджувалися інші особливості мислення. Оцінюючи піктографічні образи, ми визначали абстрактність, конкретність, індивідуальну значимість, стандартність, адекватність, особливий феномен, графічні характеристики, загальну продуктивність асоціативного піктографічного запам'ятовування.

За результатами вивчення стану функції мислення за допомогою методики «виключення» виявлено особ-

ливості порушень даної психічної сфери. У хворих на параноїдну шизофренію виявлено вищий відсоток абстрактно-адекватних відповідей і грубо неадекватних, паралогічних суджень, набагато частіше відзначалися резонерство, різноплановість. У пацієнтів, хворих на просту форму шизофренії виявлена перевага міркувань примітивного реєстру, значна частота наочно-образних і ситуаційно-конкретних відповідей.

Використання методики «піктограм» для вивчення функції мислення та опосередкованого запам'ятовування показало, що при параноїдній формі шизофренії структура піктографічних асоціацій відрізнялася від інших форм шизофренії. У цій групі переважали атрибутивні та метафоричні образи, а також спостерігалися імпульсивність, непередбачуваність, схильність до оригінальних асоціацій. У хворих на просту форму шизофренії виявлені такі особливості: більша кількість відмов, менший рівень цілеспрямованості і мотивації. Для цих пацієнтів були характерні стереотипії, персеверації.

Процеси пам'яті визначалися нами за допомогою проби на запам'ятовування 10 слів. За результатами ми оцінювали обсяг, міцність і стійкість короткотривалої пам'яті.

Дослідження вербальної пам'яті методом запам'ятовування 10 слів показало, що загальний вид кривої запам'ятовування у хворих з різними формами шизофренії був практично однаковий. Виявлено недостатню насиченість короткочасної пам'яті, виснажливості, зниження тривалості запам'ятовування у обстежуваних хворих.

Під час дослідження емоційної сфери використовувалися восьмиколірна версія тесту Люшера і колірний тест відносин (КТВ). Дана методика дозволила оцінити основні показники актуального емоційного і функціонального стану, а також рейтинги відносин обстежуваних до значимих для них людей і понять.

Аналіз отриманих даних показав, що рівень тривоги у хворих на параноїдну шизофренію був вищим, ніж у хворих на просту форму шизофренії. Результати порівняльного аналізу емоційних «колірних оцінок» продемонстрували, що у хворих на просту форму шизофренії значимість образу рідних (батько, мати, брат, сестра) була нижчою, ніж у хворих на параноїдну шизофренію. Хворі на просту форму шизофренії великого значення надавали поняттю «друг».

Власний образ хворі на параноїдну форму шизофренії оцінювали переважно «негативними», ахроматичними кольорами (чорний і сірий), у той час як пацієнти на просту форму використовували більш привабливий синій колір.

Таким чином, залежно від форми шизофренії змінюється система колірних асоціацій, що відображає емоційну значимість і відношення обстежуваних до стимулюючих понять. Крім того, при простій формі відзначалося «зрушення» емоційної значимості образів найбільш близьких людей: нівелювання відносин до понять «мати» і «батько» одночасно із різким зростанням рейтингу поняття «друг», яке було у більшості хворих абстрактним, тому що друзів у дійсності обстежені не мали.

Слід зазначити, що під час дослідження соціальних параметрів хворих, які проживали в місті, та хворих сільської місцевості ми виявили суттєву різницю в багатьох

показниках між цими групами. Так, хворі з села вперше зверталися за психіатричною допомогою у зв'язку зі значними змінами у поведінці, вираженими психопатологічними симптомами, при проведенні експертизи, у той час як міські жителі частіше оглядалися психіатрами по направленню лікарів інших спеціальностей. На момент обстеження клініко-соціальні параметри хворих із міста і сільської місцевості значно відрізнялися. У селян частіше, ніж у міських жителів, відмічалися синдроми, які включали маячні і галюцинаторні розлади, а у міських жителів частіше, ніж у селян — неврозоподібні і психопатоподібні синдроми. Що стосується дефіцитарних порушень, то у селян, порівняно із жителями міста, спостерігалися важкі і середньої важкості розлади, тоді як у міських жителів частіше, ніж у селян, — легкі та середньої важкості розлади.

Під час вивчення адаптативних можливостей у хворих на шизофренію з міста і сільської місцевості за критеріями сімейного стану і освіти виявлено таке: на адаптацію впливає перебіг захворювання (чим благоприємніший перебіг захворювання, тим краща адаптація); серед міських жителів виявилось більше одружених і до початку захворювання (56,6 % проти 43,3 % у жителів села), і на момент обстеження (46,4 % проти 40,7 %).

Обстежені пацієнти були представлені на МСЕК для визначення ступеня втрати працездатності. Серед обстежуваних хворих на шизофренію переважають пацієнти із параноїдною формою шизофренії — 90 % хворих; із простою формою було 4 % хворих; із іншою формою — 4 % хворих; із гебефренічною формою — 1 % хворих; із кататонічною формою — 1 % хворих. Переважали пацієнти-чоловіки — 59, кількість жінок становила 35, серед них одружених — 52 пацієнти, неодружених — 32 пацієнти, розлучених 10 пацієнтів. Вік пацієнтів був у межах від 18 до 47 років, працюючих було 77 хворих, непрацюючих — 18, з них — 32 жителі міста та 62 — жителі села.

Під час порівняння даних про трудову адаптацію на момент першого психіатричного огляду нами виявлено такі відмінності: непрацюючих хворих із сільської місцевості було вдвічі більше (12 пацієнтів), ніж серед жителів міста (6 пацієнтів). При цьому на селі було більше і непрацюючих чоловіків, і непрацюючих жінок. У кожній із досліджуваних груп працездатність залежала від форми шизофренії і виявлялася тим вищою, чим менша прогресивність захворювання.

Інвалідизація хворих на шизофренію у Тернопільській області, які вперше звернулися на визначення ступеня непрацездатності в період з січня 2006 р. по вересень 2007 р., складала: інвалідами II групи визнано 84 хворих, III групи — 10 хворих.

Після проведеного дослідження спадає на думку таке: якщо у відносно ранньому періоді перебігу процесу є підстави пов'язувати більшу важкість у сільських жителів, перш за все, із внутрішніми факторами хвороби, то на формування клініко-соціальних параметрів, які склалися на момент обстеження, мали великий вплив і різні умови життя, організація психіатричної допомоги, лікувально-профілактичні заходи.

Очевидно, що різниця соціальних умов, лікувально-реабілітаційних заходів значною мірою обумовили більшу важкість психічного стану хворих на шизофренію, які проживають у селі, і навпаки, меншу важкість психічного стану міських жителів, їхню вищу соціальну адаптацію.

Для хворих має велике значення ранній початок проведення реабілітаційних заходів, а саме — активний вплив на особистість хворого в процесі лікування і пе-

ребігу хвороби, з використанням життєво-адаптивних та лікувально-біологічних методів впливу і, звичайно, з урахуванням клінічних особливостей.

Адже не секрет, що організація психіатричної допомоги в місті стоїть на вищому щаблі, ніж у сільській місцевості, жителі якої потребують такої ж до себе уваги, співпраці з лікарем, поетапності, послідовності і диференціації реабілітаційних заходів, а також активного використання різних форм реабілітації — від простих до складних.

Велике значення для своєчасного виявлення шизофренії мають соціокультуральні фактори, які проявляються на ставленні оточуючих до психічнохворих та їхнього соціального функціонування. Розходження в показниках трудової адаптації й інвалідності хворих у багатьох випадках визначалися не завжди адекватним, своєрідним ставленням до осіб, які є на обліку в психоневрологічному диспансері, що частіше за все завдавало шкоди престижу хворого в очах оточуючих. Це є однією з головних причин, через яку хворі намагаються уникнути спостереження в психіатричному закладі або звести до мінімуму контакти з медиками. Контакти хворого обмежуються сім'єю, яка відіграє своєрідну реабілітаційну роль у його адаптації.

Порушення мислення в хворих на параноїдну форму шизофренії проявлялось резонерством, різноплановістю мислення, перевагою міркувань примітивного реєстру. У хворих на просту форму шизофренії відзначалася більша кількість відмов, менший рівень цілеспрямованості і мотивації.

Вивчення порушень пам'яті виявило недостатню насиченість короткочасної пам'яті, виснажливості, зниження тривалості запам'ятовування в обстежуваних хворих.

Під час дослідження емоційної сфери ми виявили, що рівень тривоги у хворих на параноїдну шизофренію був вищим, ніж у хворих на просту форму шизофренії.

Істотну різницю ми виявили під час порівняльного аналізу адаптативних можливостей двох груп населення — жителів міста та сільських жителів. При першому зверненні до психіатра у хворих сільської місцевості важкі психопатологічні розлади спостерігаються частіше, ніж у міських жителів. Соціально-трудова дезадаптація у пацієнтів із села вираженіша, ніж у хворих з міста, на адаптацію впливає перебіг захворювання, на формування клініко-соціальних параметрів, які склалися на момент обстеження, мали великий вплив і різні умови життя, організація психіатричної допомоги, лікувально-профілактичні заходи.

Список літератури

1. Козидубова В. М., Козидубова С. М. Когнитивные нарушения в структуре дефектных состояний при шизофрении // Проблемы экологической та медичної генетики і клінічної імунології. — 2001. Вип. 6 (38). — С. 91—96.
2. Козидубова С. М. Важливі питання клініко-психологічного вивчення сучасних форм шизофренії // Матеріали конф. молодих психіатрів. — Х., 2003. — С. 33—34.
3. Сравнительная клиничко-эпидемиологическая характеристика больных шизофренией, проживающих в городской и сельской местности // Журнал невропатол. и психиатр. — 1991, № 11. — С. 23—29.
4. Руководство по психиатрии в 2 т. Т. 1 / А. С. Тиганов, А. В. Снежневский, Д. Д. Орловская и др.; Под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999.
5. Kaplan H., Sadock B. Synopsis of psychiatry. Behavioral sciences. Clinical psychiatry. 8-th ed. — Baltimore: Williams and Wilkins, 1997. — 1401 p.
6. Підкоритов В. С. Стан психічного та неврологічного здоров'я дітей, що мешкають у різних регіонах України // Український вісник психоневрології. — Т. 6, вип. 1(16). — 1998. — С. 53—56.

Надійшла до редакції .2007 р.

Л. Т. Сновида, О. П. Венгер

**Характеристика больных шизофренией
и вопросы инвалидизации**

*Тернопольский государственный медицинский университет
им. И. Я Горбачевского (г. Тернополь)*

Вопрос социально-трудовой адаптации больных шизофренией является одной из социально значимых проблем современной психиатрии. Значительная распространенность, прогрессивность заболевания, частая инвалидизация больных в трудоспособном возрасте обуславливает пристальное внимание исследователей к этой проблеме.

Наши усилия были направлены на исследование пациентов, больных шизофренией, которые впервые направлялись на медико-социальную экспертную комиссию для определения степени утраты трудоспособности.

В исследование были включены 94 пациента, из них 32 жителя города и 62 жителя села, преобладали мужчины — 59, женщин было 35, возраст больных составлял от 18 до 47 лет. Умственным трудом занимались 25 пациентов, физическим трудом — 51 пациент, нигде не работали 18 обследуемых.

Проведен анализ влияния социальных факторов на развитие ограничения трудоспособности.

L. T. Snovyda, O. P. Venger

**Characteristic of patients which have schizophrenia
and questions of disability**

*Ternopil State medical University
named after I. Ya. Horbachevskyy
(Ternopil)*

Questions of social-work adaptation at patients with schizophrenia is one of the most socially significant problems of modern psychiatry. Considerable prevalence, running of disease, frequent disability of patients in workability age causes steadfast attention of the investigators to this problem. Our efforts were directed on research of patients with schizophrenia, which were directed at first time on medical-social-expert commission for determination of workability degree loss.

94 patients were included in research. 32 lived city and 62 lived in village. men prevailed — 59 and 35 women, age of patients is from 18 to 47 years. 25 patients were engaged in mental work, in physical work — 51 patient, 18 patients didn't work.

The analysis of influencing of social factors was made on development of workability limitation.

УДК: 616.895.4:616.071:616.9-036.2:611.8:616.89.001.5

Н. Г. Старинець, асистент кафедри нервових хвороб

Вінницький державний медичний університет ім. М. І. Пирогова (м. Вінниця)

ДО ПИТАННЯ ПРО ДЕПРЕСІЇ У НЕВРОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Результати епідеміологічних досліджень за останні 20 років відзначають зростання частоти емоційних розладів у різних країнах Європи та в США, яка становить 5—10 % [43]. Цей показник відображає реальну частоту емоційних розладів у сучасному світі ще й тому, що клініко-соматичні дослідження, які проводили у рамках вивчення епідеміологічних даних емоційної патології, дозволяють достовірно їх дослідити [27].

Основними факторами, які обумовлюють зростання частоти депресій, поруч із процесами урбанізації, стресогенними подіями, підвищенням середньої тривалості життя, міграцією, безробіттям та іншими соціальними тенденціями, за останні десятиріччя відмічається повніше виявлення емоційних розладів у пацієнтів загальномедичної мережі [27, 31].

Аналізуючи смертність в Україні, детерміновану суїцидальними діями, яка посідає третє місце за кількістю смертельних випадків у загальній структурі смертності, Карегіна О. П. (2004) відмічає, що 14,3 % складають хворі, які страждають на афективні розлади органічного генезу [16].

Проблеми депресій у загальномедичній мережі, де їх частота становить 22—23 %, за Katon W., Sullivan M. та Dubovsky S. L. [цит. за 27], пов'язана з поширенням захворюваності на артеріальну гіпертензію.

Наявність депресивного стану у соматичних пацієнтів спричиняє погіршення якості життя та адаптаційних здатностей хворих [14, 19, 27] та погіршує перебіг соматичної патології, ускладнюючи її клінічну картину [20, 27, 28, 30]. Смулевич А. Б. із співавт. [29], досліджуючи хворих з інфарктом міокарда, звернули увагу на наявність у цих пацієнтів депресивного стану.

У медичній практиці поширені і такі депресії, як «масковані». «Маска» при цьому виступає в різних формах. Пацієнти можуть не усвідомлювати депресивний розлад; іноді вони впевнені у наявності в себе якогось

рідкісного та важкого для діагностики захворювання і налягають на численних обстеженнях у медичних установах загальносоматичного профілю. Під час активного опитування таких пацієнтів було виявлено патологічний афект як сум, тривога, нудьга, байдужість [27].

Соматизовані депресії — це ті депресії, які приймають соматичні «маски». S. Lesse [цит. за 27] вважає, що від 1/3 до 2/3 усіх хворих, яких спостерігали лікарі «соматичного» профілю, у тому числі і вузькі спеціалісти, страждають на депресію масковану або соматизовану або з іпохондричною симптоматикою. Вивчаючи особливості клініко-психопатологічної структури соматизованих депресій у контингенту хворих загальномедичної мережі, Пшук Н. Г. [26] спостерігала 56,1 % тих, хто страждає на малопрогредентні варіанти соматизованої депресії. Досить часто прояви депресії накладаються на симптоматику органних неврозів (кардіоневроз, синдром гіпервентиляції, синдром Да Коста, синдром подразненої кишки, клінічні особливості психопатологічної структури невротичних розладів) в умовах їх поєднання з органічною патологією. Результати проведених раніше досліджень показали вплив органічної патології головного мозку на розвиток різних форм невротичної хвороби [13, 27, 30].

Вейн А. М., Воробйова О. В. [7], вивчаючи неврологічні маски депресій, звернули увагу на те, що сучасний патоморфоз депресії привів до зміни її клінічної картини, збільшення частоти атипових, скритих, стертих форм. У рамках атипових проявів стертих форм депресії ними розглядаються до 90 % випадків, коли типові афективні прояви депресії (туга, тривога, апатія) усуваються на другий план або маскуються іншими симптомами — «депресія без депресії». У випадках соматизованих депресій (варіант атипової депресії) афективні розлади скриті за фасадом вегетативних порушень, імітуючи різну неврологічну і соматичну патологію.