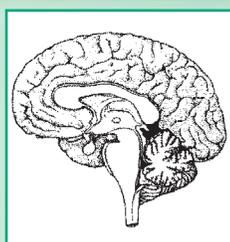


ISSN 2079-0325



Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

Ukrains'kyi VISNYK PSYKHONEVROLOHII



- Том 23, випуск 1 (82), 2015
- Volume 23, issue 1 (82), 2015

Український Вісник Психоневрології UKRAINS'KYI VISNYK PSYKHONEVROLOGII

Засновник і видавець: НАУКОВО-ПРАКТИЧНЕ ТОВАРИСТВО НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ ТА НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ, ДУ «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»
Founder and publisher: SCIENTIFIC AND PRACTICAL SOCIETY OF NEUROLOGISTS, PSYCHIATRISTS AND NARCOLOGISTS OF UKRAINE, STATE INSTITUTION "INSTITUTE OF NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND NARCOLOGY OF THE NATIONAL ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF UKRAINE"

Головний редактор ВОЛОШИН П. В.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Бітенський В. С. (м. Одеса, УКРАЇНА),
Волошина Н. П. (м. Харків, УКРАЇНА),
Головченко Ю. І. (м. Київ, УКРАЇНА),
Григорова І. А. (м. Харків, УКРАЇНА),
Дзяк Л. А. (м. Дніпропетровськ, УКРАЇНА),
Зозуля І. С. (м. Київ, УКРАЇНА),
Карабань І. М. (м. Київ, УКРАЇНА),
Кожина Г. М. (м. Харків, УКРАЇНА),
Козьякін В. І. (м. Львів, УКРАЇНА),
Лінський І. В. (м. Харків, УКРАЇНА),
Марута Н. О. (м. Харків, УКРАЇНА) (*заступник
головного редактора*),
Михайлов Б. В. (м. Харків, УКРАЇНА),
Мінко О. І. (м. Харків, УКРАЇНА),
Мищенко Т. С. (м. Харків, УКРАЇНА),
Напрєєнко О. К. (м. Київ, УКРАЇНА),
Підкоритов В. С. (м. Харків, УКРАЇНА),
Сухоруков В. І. (м. Харків, УКРАЇНА),
Тацій В. Я. (м. Харків, УКРАЇНА),
Табачников С. І. (м. Київ, УКРАЇНА),
Танцура Л. М. (м. Харків, УКРАЇНА),
Чабан О. С. (м. Київ, УКРАЇНА),
Шаповалова В. О. (м. Харків, УКРАЇНА),
Шестопалова Л. Ф. (м. Харків, УКРАЇНА),
Явдак І. О. (м. Харків, УКРАЇНА),
(*відповідальний секретар*).

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Берштейн Н. (м. Тель Авів, ІЗРАЇЛЬ),
Борисов В. І. (м. Харків, УКРАЇНА),
Брайнін М. (м. Відень, АВСТРІЯ),
Гетьман А. П. (м. Харків, УКРАЇНА),
Головач К. М. (м. Київ, УКРАЇНА),
Дубенко А. Є. (м. Харків, УКРАЇНА),
Євтушенко С. К. (м. Донецьк, УКРАЇНА),
Зукер Р. (Енн Арбор, США),
Коростій В. І. (м. Харків, УКРАЇНА),
Коновалова В. О. (м. Харків, УКРАЇНА),
Ліхачов С. О. (м. Мінськ, БІЛОРУСЬ),
Май М. (м. Неаполь, ІТАЛІЯ),
Мартинюк В. Ю. (м. Київ, УКРАЇНА),
Морозов П. В. (м. Москва, РОСІЯ),
Пашковський В. М. (м. Чернівці, УКРАЇНА),
Пшук Н. Г. (м. Вінниця, УКРАЇНА),
Ревенко О. А. (м. Київ, УКРАЇНА),
Реміняк В. І. (м. Харків, УКРАЇНА),
Сон А. С. (м. Одеса, УКРАЇНА),
Сосін І. К. (м. Харків, УКРАЇНА),
Статінова О. А. (м. Донецьк, УКРАЇНА),
Хабрат Б. (Варшава, ПОЛЬЩА),
Христовулу Дж. (м. Афіни, ГРЕЦІЯ),
Шаповалов В. В. (м. Харків, УКРАЇНА),
Шепітько В. Ю. (м. Харків, УКРАЇНА),
Юр'єва Л. М. (м. Дніпропетровськ, УКРАЇНА).

Chief Editor VOLOSHYN P. V.

EDITORIAL STAFF:

Bitenskiy V. S. (Odesa, UKRAINE)
Voloshyna N. P. (Kharkiv, UKRAINE)
Golovchenko Yu. I. (Kyiv, UKRAINE)
Grygorova I. A. (Kharkiv, UKRAINE)
Dziak L. A. (Dnipropetrovs'k, UKRAINE)
Zozulia I. S. (Kyiv, UKRAINE)
Karaban' I. M. (Kyiv, UKRAINE)
Kozhyina G. M. (Kharkiv, UKRAINE)
Kozyavkin V. I. (Lviv, UKRAINE)
Linskiy I. V. (Kharkiv, UKRAINE)
Maruta N. O. (Kharkiv, UKRAINE) (*deputy
chief editor*)
Mykhailov B. V. (Kharkiv, UKRAINE)
Minko O. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Mishchenko T. S. (Kharkiv, UKRAINE)
Napryeyenko O. K. (Kyiv, UKRAINE)
Pidkorytov V. S. (Kharkiv, UKRAINE)
Sukhorukov V. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Tatsiy V. Ja. (Kharkiv, UKRAINE)
Tabachnikov S. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Tantsura L. M. (Kharkiv, UKRAINE)
Chaban O. S. (Kyiv, UKRAINE)
Shapovalova V. O. (Kharkiv, UKRAINE)
Shestopalova L. F. (Kharkiv, UKRAINE)
Yavdak I. O. (Kharkiv, UKRAINE) (*executive
secretary*).

EDITORIAL BOARD:

Berstein N. (Tel Aviv, ISRAEL)
Borysov V. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Brainin M. (Vienna, AUSTRIA)
Get'man A. P. (Kharkiv, UKRAINE)
Golovach K. M. (Kyiv, UKRAINE)
Dubenko A. Ye. (Kharkiv, UKRAINE)
Yevtushenko S. K. (Donets'k, UKRAINE)
Zucker R. (Ann Arbor, MI, USA)
Korostii V. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Konovalova V. O. (Kharkiv, UKRAINE)
Lichachov S. A. (Minsk, BELARUS)
May M. (Naples, ITALY)
Martyniuk V. Yu. (Kyiv, UKRAINE)
Morozov P. V. (Moscow, RUSSIA)
Pashkovs'kyi V. M. (Chernivtsi, UKRAINE)
Pshuk N. G. (Vinnytsia, UKRAINE)
Revenok O. A. (Kyiv, UKRAINE)
Reminjak V. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Son A. S. (Odesa, UKRAINE)
Sosin I. K. (Kharkiv, UKRAINE)
Statinova O. A. (Donets'k, UKRAINE)
Habrat B. (Warsaw, POLAND)
Christodoulou G. (Athens, GREECE)
Shapovalov V. V. (Kharkiv, UKRAINE)
Shepit'ko V. Yu. (Kharkiv, UKRAINE)
Yurieva L. M. (Dnipropetrovs'k, UKRAINE).

*Рецензований науково-практичний
медичний журнал
Peer-reviewed scientific and practical
journal of medicine*

Заснований у вересні 1993 р.
Founded in September, 1993

Періодичність — щокварталу
The journal is published quarterly

Журнал внесений до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук за галузями медичних (наказ МОН України від 06 березня 2015 р. № 261) та фармацевтичних (постанова ВАК України від 06 жовтня 2010 р. № 3-05/6) наук.

Журнал представлений у міжнародних базах даних: РИНЦ (Російський індекс научного цитування); Ulrich's Periodicals Directory, Google Scholar.

The journal is presented in international periodicals, bibliographic and scientometric international databases, such as:

- RSCI (Russian Science Citation Index);
- Ulrich's Periodicals Directory;
- Google Scholar

Том 23, випуск 1 (82)
Харків, 2015



АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, 61068
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
Національної академії медичних наук України».
Адреса сайту журналу: www.uvnpn.com

ADDRESS OF EDITORSHIP:

46, Academician Pavlov Str., Kharkiv, Ukraine, 61068,
SI "Institute of neurology, psychiatry and narcology
of the NAMS of Ukraine".

Web-site of the journal: www.uvnpn.com

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 16345-4817ПР від 10.02.2010 р.
Certificate for state registration of print mass media
KV № 16345-4817PR, dated 10 Feb, 2010

Рекомендовано до друку Вченою Радою ДУ «Інститут
неврології, психіатрії та наркології НАМН України»
(протокол № 1 від 15.01.2015 р.)

Approved for publication by the Academic Council of SI "Insti-
tute of neurology, psychiatry and narcology of the NAMS
of Ukraine" (protocol no. 1 dated 15 January, 2015)

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НЕВРОЛОГІЇ:

Волошина Н. П. (м. Харків, Україна), Головченко Ю. І. (м. Київ, Україна), Григорова І. А. (м. Харків, Україна), Дзяк Л. А. (м. Дніпропетровськ, Україна), Дубенко Є. Г. (м. Харків, Україна), Зозуля І. С. (м. Київ, Україна), Міщенко Т. С. (м. Харків, Україна), Сухоруков В. І. (м. Харків, Україна)

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ПСИХІАТРІЇ:

Кожина Г. М. (м. Харків, Україна), Коростій В. І. (м. Харків, Україна), Луценко О. Г. (м. Харків, Україна), Михайлов Б. В. (м. Харків, Україна),

Напрєєнко О. К. (м. Київ, Україна), Підкоритов В. С. (м. Харків, Україна), Чабан О. С. (м. Київ, Україна), Шестопалова Л. Ф. (м. Харків, Україна)

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НАРКОЛОГІЇ:

Бітенський В. С. (м. Одеса, Україна), Гавенко В. Л. (м. Харків, Україна), Ігнатів М. Ю. (м. Харків, Україна), Лінський І. В. (м. Харків, Україна), Мінко О. І. (м. Харків, Україна), Павлов В. О. (м. Дніпропетровськ, Україна), Сосін І. К. (м. Харків, Україна), Пішель В. Я. (м. Київ, Україна)

До уваги авторів

До опублікування у журналі «Український вісник психоневрології» приймаються статті з проблем клінічної та експериментальної неврології, психіатрії та наркології, психотерапії, судової фармації, інших суміжних наук, оригінальні дослідження, огляди, лекції, спостереження з практики, дискусійні статті, наукова хроніка, короткі повідомлення, рецензії, а також роботи з питань викладання нейронаук, організації та управління психоневрологічною службою, статті історичного характеру, інформація про новітні лікарські засоби, про минулі та майбутні з'їзди, науково-практичні конференції та семінари.

Під час підготовки робіт до друку необхідно врахувати таке:

1. До розгляду редакційною колегією журналу приймаються роботи, що не публікувалися та не подавалися до друку раніше.

2. Оригінал роботи подається до редакції українською, російською або англійською мовами.

3. Статті надсилаються до редакції у 2-х примірниках з офіційним направленням установи (1 примірник), експертним висновком (2 примірника) та електронною версією у текстовому редакторі Microsoft Word. Не треба ділити текст статті на окремі файли (крім рисунків, що виконані в інших програмах).

4. Обсяг статей не повинен перевищувати: для проблемних та оригінальних досліджень, лекцій та оглядів — 10 сторінок, для дискусійних статей — 8 сторінок, для наукової хроніки — 5 сторінок, для коротких повідомлень — 3-х сторінок.

5. Роботи друкуються кеглем 14, через 1,5 інтервали з полями: зліва — 3,5 см, справа — 1 см, зверху та знизу — по 2,5 см (28—30 рядків на сторінці, 60—70 знаків у рядку).

6. Викладення робіт повинно бути чітким, містити такі розділи: вступ (з обґрунтуванням актуальності), матеріал та методи дослідження, отримані результати, їх обговорення, висновки, перелік літературних джерел.

7. Тексту статті повинні передувати індекс УДК, українською, російською та англійською мовами: прізвище та ініціали авторів, назва статті, резюме та ключові слова. Обсяг резюме не повинен бути меншим, ніж 10 рядків, або 700—1000 знаків (відповідно до «Рекомендацій по підготовці анотації публікації», розміщених на сайті журналу). У тексті рукопису посилання на бібліографічний список наводяться в квадратних дужках і нумеруються в порядку їх згадування.

8. Перелік використаної літератури оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 і повинен містити вітчизняні (українською або російською мовою) та іноземні джерела (англійською мовою або мовою оригіналу) за останні 10 років. Більш ранні публікації включаються до переліку тільки у разі необхідності.

9. Після переліку літератури наводяться українською та англійською мовами відомості про авторів (прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання, посада або професія, місце роботи) без скорочень, контактні телефони; e-mail.

10. Усі фізичні величини та одиниці треба наводити за системою SI, терміни — згідно з анатомічною та гістологічною номенклатурами, діагностику — за допомогою Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду.

11. Таблиці повинні бути компактними, мати назву, що відповідає змісту. На усі рисунки та таблиці у тексті повинні бути посилання.

12. Ілюстрації до роботи (рисунки, фотографії, графіки та діаграми) подаються у чорно-білому зображенні, з можливістю редагування. Фотографії мають бути контрастними (на фотопапері чи у цифровому форматі з роздільною здатністю не менш 240 dpi), рисунки та графіки — чіткими, тоніві рисунки — у форматі *.tif, 240—300 dpi, без компресії. Діаграми виконувати в програмі Microsoft Excel.

13. Полноформатні кольорові ілюстрації мають бути подані в електронній версії для комп'ютера типу IBM PC. Колірна модель — CMYK. Векторна графіка — у форматі *.cdr, *.eps, *.ctm, *.pdf. Текст і логотипи подавати тільки в кривих. Розмір ілюстрації — 205 x 295 мм, включаючи припуски на обрізання, від цих меж має бути не менш 10 мм до значимих об'єктів.

14. Текст статті та усі супровідні матеріали мають бути відредагованими та перевіреними. Стаття має бути підписаною усіма авторами.

15. Автори обов'язково заповнюють дві форми XML (українська/російська та англійська версії) та надсилають разом зі статтею (форми XML з прикладом заповнення наведені на офіційному сайті журналу www.uvnrp.com у рубриці «Авторам»).

16. Редакція залишає за собою право скорочення та виправлення надісланих статей (відповідно до «Порядку розгляду публікацій» та «Порядку рецензування публікацій» розміщених на сайті журналу).

17. Відхилені у процесі рецензування рукописи авторам не повертаються. Статті, що оформлені без дотримання вказаних правил, не розглядаються.

За зміст та оформлення статей (публікацій) відповідальність несе автор.

Статті надсилаються на адресу:

вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068 ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», редакція журналу «Український вісник психоневрології».

Офіційний сайт журналу: www.uvnrp.com

ЗМІСТ

ПРОБЛЕМНІ СТАТТІ

- Волошин П. В., Марута Н. О. (Харків)*
Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди..... 5
- Козьявкін В. І., Шестопалова Л. Ф., Волошин Т. Б. (Трускавець; Харків)*
Динаміка показників психічного та моторного розвитку дітей з аутизмом в ході їх лікування за системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації В. І. Козьявкіна 12
- ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ**
Бокатуєва В. В. (Харків)
Клінічні особливості кардіоемболічного інсульту в залежності від його кінця 17
- Волошина Н. П., Волошин-Гапонов І. К., Важова О. А. (Харків)*
Алгоритми діагностики і ведення пацієнтів з хворобою Вільсона — Коновалова..... 23
- Гейко В. В. (Харків)*
Порівняльний аналіз модифікаційної (зумовленої внутрішньоутробним впливом) і генетичної складових схильності щодо розвитку аутоімунної демієлінізуючої патології у щурів різної статі, спадково обтяжених розсіяним склерозом за материнською лінією 29
- Кузьміна Л. М. (Рубіжне)*
Клінічні особливості перебігу різних форм міастенії..... 32
- Міщенко Т. С., Міщенко В. М., Лапшина І. О. (Харків)*
Оптимізація терапії хворих на дисциркуляторну енцефалопатію 37
- Мяловицька О. А., Трепет Г. С., Синицький І. В. (Київ)*
Нейропсихологічні порушення при ізольованих інфарктах мозочка та їх діагностика з використанням тесту Струпа.... 42
- Носатов А. В. (Харків)*
Адренергічна активність мембран еритроцитів хворих з дисциркуляторною енцефалопатією у динаміці комплексної терапії з використанням КВЧ-аутогемотерапії..... 49
- Перцев Г. Д. (Харків)*
Особливості типів преездатності у хворих з віддаленими наслідками черепно-мозкових травм..... 53
- Радзіховська Н. С. (Київ)*
Зв'язок втоми і порушення сексуальної функції у хворих на розсіяний склероз..... 55

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ТА НАРКОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

- Архіпенко О. П. (Харків)*
Психологічні захисти у жінок, залежних від алкоголю, з ненормативними (за медичним критерієм) стереотипами статеворольової поведінки 59
- Білобрюка Р. І. (Львів)*
Критерії сексуального здоров'я чоловіків, в яких спостерігаються афективні порушення та виникає сексуальна дисгармонія 63
- Божук О. А. (Київ)*
Дослідження становлення емоційного зв'язку в діаді мати — пренеїт під час гестації..... 65
- Вовк В. І., Заворотний В. І., Лазаренко Ю. М., Матвієнко Ж. І. (Харків; Бровари, Київська область)*
Психодіагностичний підхід в оцінці особливостей особистості військовослужбовців..... 69
- Вороніна О. В. (Київ)*
Результати оцінки поведінки та якості життя осіб молодого віку з психічними та поведінковими розладами, із тютюнопалінням і тютюновою залежністю 73
- Зайцева Л. В., Баричева Е. М., Григорчук М. Ю. (Харків)*
Задоволеність подружніми стосунками та адаптивність подружжя при депресивних розладах різного ґенезу у дружини 78

CONTENTS

PROBLEMATIC ARTICLE

- Voloshyn P. V., Maruta N. O. (Kharkiv)*
The Strategy of Mental Health Care of the population of Ukraine: contemporary opportunities and obstacles 5
- Kozyavkin V., Shestopalova L., Voloshyn T. (Truskavets'; Kharkiv)*
Changes of indicators in mental and motor development of children with autism during intensive neurophysiological rehabilitation by V. Kozyavkin..... 12
- DIAGNOSTICS AND THERAPY OF NEUROLOGICAL DISORDERS**
Bokatueva V. V. (Kharkiv)
Clinical particularities of cardioembolic stroke, depending on the outcome..... 17
- Voloshyna N. P., Voloshyn-Gaponov I. K., Vazhova O. A. (Kharkiv)*
Algorithms of diagnostics and conducting of patients with Wilson's disease..... 23
- Geyko V. V. (Kharkiv)*
Comparative analysis of modification (due to prenatal influence), and genetic components of the predisposition to the induction of autoimmune demyelinating pathology in the rats of different sex with the family history of multiple sclerosis, maternally..... 29
- Kuzmina L. M. (Rubizhne)*
The clinical features of course of different forms of the myasthenia 32
- Mishchenko T. S., Mishchenko V. N., Lapshyna I. O. (Kharkiv)*
Optimization of treatment of patients with encephalopathy dyscirculatory 37
- Mialovytska O. A., Trepet H. S., Cynytyski I. V. (Kyiv)*
Neuropsychological disorders after isolated cerebellar infarction and their diagnostics with Stroop test 42
- Nosatov A. V. (Kharkiv)*
Adrenergic activity erythrocyte membranes in the dynamics of complex therapy dyscirculatory encephalopathy using EHF-autohaemotherapy..... 49
- Pertsev H. D. (Kharkiv)*
The characteristics of physical efficiency types in patients with remote consequences of traumatic brain injuries 53
- Radzikhovska N. S. (Kyiv)*
Relationship between fatigue and sexual function disorder in multiple sclerosis patients..... 55

DIAGNOSTICS AND THERAPY OF MENTAL AND NARCOLOGICAL DISORDERS

- Arhipenko O. P. (Kharkiv)*
Mechanisms of psychological defense in womens addicted to alcohol with deviant sex-role stereotype behavior (according to the medical criteria) 59
- Bilobryvka R. I. (Lviv)*
Sexual health criteria of men with affective disorders and sexual disharmony 63
- Bozhuk O. (Kyiv)*
Study of the formation of emotional connection in the mother-child pair during pregnancy..... 65
- Vovk V. I., Zavorotnyi V. I., Lazarenko Yu. M., Matviienko Zh. I. (Kharkiv; Brovary, Kyiv region)*
Psychodiagnostic approach to personality assessment of military men 69
- Voronina O. V. (Kyiv)*
The results of evaluation of behavior and quality of life of young people with mental and behavioral disorders, with tobacco smoking and tobacco dependence 73
- Zaitseva L. V., Barycheva E. N., Hryhorchuk M. U. (Kharkiv)*
Marital relationship satisfaction and marriage adaptability with a wife suffering from depressive disorders of different genesis..... 78

<i>Заседа Ю. І. (Харків)</i> Клініко-психопсихологічна характеристика патопсихологічної трансформації контингенту пацієнтів, що страждають на гіпертонічну хворобу.....	81
<i>Касьянова А. Ю., Маркова М. В. (Київ; Харків)</i> Концепція медико-психологічної допомоги в клініці дитячої кардіохірургії.....	87
<i>Панько Т. В., Каленська Г. Ю., Федченко В. Ю., Денисенко М. М. (Харків)</i> Патопсихологічні особливості тривожних розладів ендogenous походження.....	90
<i>Пшук Н. Г., Слободянюк Д. П. (Вінниця)</i> Клініко-психопатологічні особливості та диференціальна діагностика соціальної фобії у студентської молоді.....	95
<i>Соловйова М. О. (Київ)</i> Загальна характеристика обстежених співробітників фінансово-кредитних установ з невротичними розладами.....	100
<i>Сукачова О. М. (Харків)</i> Результати дослідження мотивів вживання алкоголю у кадрових військовослужбовців з ознаками розладу адаптації, яких звільнено з лав Збройних Сил в процесі реформування армії.....	104
<i>Телюков О. С. (Полтава)</i> Комбіноване застосування ламотриджину та солей літію у лікуванні біполярного афективного розладу II типу (результати відкритого порівняльного дослідження).....	108
<i>Усков О. А., Маркова М. В. (Харків)</i> Інтрапсихічні та поведінкові паттерни підлітків з atopічним дерматитом як мішені їх медико-психологічної підтримки.....	112
<i>Федак Б. С. (Харків)</i> Непсихотичні порушення психічної сфери у хворих з гострими соматичними захворюваннями.....	116
<i>Явдак І. О. (Харків)</i> Особистість хворого в формуванні резистентності дисоціативних розладів.....	120
НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ	
<i>Васіна Ю. В., Шаповалов В. В., Шаповалова В. О., Ковальова К. І. (Харків)</i> Судово-фармацевтичні аспекти порушень правил обігу психоактивних лікарських засобів у закладах охорони здоров'я.....	123
<i>Венгер О. П. (Тернопіль)</i> Синдромологічна структура депресивних розладів у емігрантів та реемігрантів.....	128
<i>Жупанова Д. О. (Харків)</i> Клінічні особливості медикаментозного комплайєнса у пацієнтів з депресивним епізодом.....	132
<i>Мардзвік В. М., Мардзвік М. В. (Хмельницький)</i> Ефективність препарату неогабін у лікуванні постгерпетичної невралгії.....	137
<i>Рахман Л. В. (Львів)</i> Порівняльний аналіз ефективності селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну і селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну в комплексному лікуванні терапевтично резистентних депресій.....	141
ІНФОРМАЦІЯ	
<i>Напреєнко О. К., Сиропятов О. Г., Дзеружинська Н. О., Напреєнко Н. Ю., Друзь О. В., Гічун В. С., Горбань А. Є. (Київ)</i> Матеріали науково-практичної конференції Київського регіонального науково-практичного товариства психіатрів, наркологов та медичних психологов.....	145
ОСОБИСТІТЬ В ІСТОРІЇ ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ	
<i>Колядко С. П., Каленська Г. Ю. (Харків)</i> Жан Мартен Шарко: велика особистість, лікар, вчений, вчитель.....	151
<i>Zaseda Yu. I. (Kharkiv)</i> Clinically-psychophenomenological characteristic of patho-personological transformation in cohort of patients suffering from hypertensive disease.....	81
<i>Kasianova A. Yu., Markova M. V. (Kyiv; Kharkiv)</i> Concept of medical and psychological assistance in pediatric cardiac surgery clinic.....	87
<i>Panko T. V., Kalenska G. Yu., Fedchenko V. Yu., Denysenko M. M. (Kharkiv)</i> Pathopsychological peculiarities of anxiety disorders of an endogenous origin.....	90
<i>Pshuk N. G., Slobodianiuk D. P. (Vinnytsia)</i> Clinical features and differential diagnosis of social phobia among student youth.....	95
<i>Solovyova M. O. (Kyiv)</i> General characteristics of the surveyed employees of financial institutions with neurotic disorders.....	100
<i>Sukachova O. N. (Kharkiv)</i> Motivation of the alcohol consumption in military personnel with adaptation disorders who were discharged during the reformation of the Armed Forces.....	104
<i>Telyukov O. S. (Poltava)</i> Combination of Lamotrigine and Lithium in the treatment of bipolar II disorder (results of open comparative trial).....	108
<i>Uskov A., Markova M. (Kharkiv)</i> Intrapsychical and behavioral patterns of adolescents with atopіc dermatitis as target of medical and psychological support.....	112
<i>Fedak B. (Kharkiv)</i> Nonpsychotic mental health problems in patients with acute somatic diseases.....	116
<i>Yavdak I. O. (Kharkiv)</i> Personality of a patient in formation of resistant dissociative disorders.....	120
HELP TO PRACTICAL PHYSICIAN	
<i>Vasina Yu. V., Shapovalov V. V., Shapovalova V. O., Kovalova K. I. (Kharkiv)</i> Forensic and pharmaceutical aspects of contraventions of the turnover rules of psychoactive drugs in health care institutions.....	123
<i>Venger O. P. (Ternopil)</i> Syndromological structure depressive disorders in immigrants and returnees.....	128
<i>Zhupanova D. O. (Kharkiv)</i> Clinical features of compliance medication in patients with depressive episode.....	132
<i>Mardzvik V., Mardzvik M. (Khmeln'nyts'kyi)</i> Efficiency of neogabin in treatment of postherpetic neuralgia.....	137
<i>Rakhman L. V. (Lviv)</i> Comparative analysis of efficiency of selective serotonin reuptake inhibitors and selective serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors in complex therapy of treatment resistant depression.....	141
INFORMATION	
<i>Napryeyenko O. K., Syropyatov O. G., Dzeruzhynska N. O., Napryeyenko N. Yu., Druz O. V., Gichun V. S., Gorban A. Ye. (Kyiv)</i> Proceedings of the Conference of the Kyiv regional Scientific and practical society of psychiatrists, narcologists and clinical psychologists.....	145
PERSONALITY IN THE HISTORY OF PSYCHONEUROLOGY	
<i>Kolyadko S. P., Kalenska G. Yu. (Kharkiv)</i> Jean Martin Charcot: great personality, physician, scientist, educator.....	151

УДК 616.89:613(477)

П. В. Волошин, Н. О. Марута
**СТРАТЕГІЯ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ:
 СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРЕШКОДИ**

П. В. Волошин, Н. А. Марута
**Стратегия охраны психического здоровья населения Украины: современные возможности
 и препятствия**

P. V. Voloshyn, N. O. Maruta

The Strategy of Mental Health Care of the population of Ukraine: contemporary opportunities and obstacles

Стаття присвячена покращанню психічного здоров'я населення України. Вирішення такої комплексної проблеми можливо лише за умови системного підходу, який визначається державною Стратегією у сфері психічного здоров'я. Основні напрямки цієї стратегії наведені у роботі.

Доведено, що наявність затверджені Урядом України Стратегії психічного здоров'я наближує нашу країну до ефективної профілактики психічних розладів, сучасного лікування та реабілітації осіб з вадами психічного здоров'я, заінтересованості суспільства у відновленні психічного здоров'я окремих його членів, гуманного та дестигматизованого ставлення до таких пацієнтів, що загалом і створює психологічне благополуччя нашої Держави.

Ключові слова: психічне здоров'я нації, поширеність, захворюваність, міжвідомча взаємодія, структурна реформа психіатричної служби, кадрове та законодавче забезпечення

Стаття посвячена удешевленню психічного здоров'я населення України. Решение такой комплексной проблемы возможно лишь при условии системного подхода, который определяется государственной Стратегией в области психического здоровья. Основные направления этой Стратегии приведены в работе.

Доказано, что наличие утвержденной Правительством Украины Стратегии психического здоровья приближает нашу страну к эффективной профилактике психических расстройств, современного лечения и реабилитации лиц с проблемами психического здоровья, заинтересованности общества в восстановлении психического здоровья отдельных его членов, гуманного и дестигматизированного отношения к таким пациентам, что в целом и создает психологическое благополучие нашего государства.

Ключевые слова: психическое здоровье нации, распространенность, заболеваемость, межведомственное взаимодействие, структурная реформа психиатрической службы, кадровое и законодательное обеспечение

The article is devoted to improvement of mental health of the population of Ukraine. The solving of such an integrated problem is possible only under conditions of a systematical approach determined by the governmental Strategy of Mental Health. The main directions of this strategy are described in the article.

It was proven that an existence of the Mental Health Strategy approved by the Government of Ukraine approaches our country to an effective prevention of mental disorders, to a contemporary treatment and rehabilitations of persons with mental health problems, to an interest of the society in recovery of mental health of some members of this society, to a humanistic and de-stigmatized attitude to such patients, and all of these together create a psychological well-being of our state.

Key words: mental health of the nation, prevalence, incidence, interaction between institutions, structural reform of psychiatric services, staff and legislative provision

Психічне здоров'я належить до проблем, які з часом потребують все більшої уваги суспільства та держави. Причинами цього є підвищення поширеності психічних розладів та непрацездатності, що формується як наслідок цієї патології, порушення соціального функціонування та якості життя не тільки самих пацієнтів, а й їхніх родичів, що обумовлює значні витрати суспільства на лікування та реабілітацію осіб з вадами психічного здоров'я [12, 20—22, 27—29].

Окрім цього, історія психопатології переконливо свідчить про те, що психічне здоров'я населення — це, перш за все, мистецький, культурний, інтелектуальний, виробничий та оборонний потенціал нації. Враховуючи сильний вплив психічної діяльності на соціальну та суспільну активність людини, а також порушення соціального функціонування при психічних розладах, психіатрія вважається дисципліною не тільки медичною, а й соціальною [4, 25, 26].

Останнім часом фахівці у сфері психічного здоров'я з багатьох країн світу висловлюють велику стурбованість масштабами психічної патології, обсягом витрат суспільства та держави внаслідок значної її поширеності та медико-соціальних наслідків (коморбідності, суїцидів,

порушень соціального функціонування) психічних розладів, які нерідко спричиняють непрацездатність таких осіб. Великий економічний тягар, обумовлений тимчасовою та стійкою втратою працездатності внаслідок психічних розладів, проявляється втратами валового внутрішнього продукту [6, 10, 11, 18, 25].

Все вищенаведене спонукає фахівців у сфері психічного здоров'я, осіб з вадами психічного здоров'я, їхніх родичів та громадські організації, які опікуються проблемами таких пацієнтів, звертатися до державних інститутів із закликом звернути увагу на цю вкрай важливу проблему, скоординувати зусилля усіх заінтересованих секторів, збільшити фінансування наукових та практичних розробок, що сприятиме відновленню якості життя пацієнтів та їхніх родин, зміцненню потенціалу країни.

Якою є ситуація у сфері психічного здоров'я у країнах світу?

Епідеміологічна оцінка стану психічного здоров'я населення Європи, що здійснена Європейською колегією нейропсихіфармакології (ECNP), свідчить про те, що поширеність психічних розладів у Європі на кінець 2010 року складає 38,2 % (у 2005—26,6 %). З поправкою на вік та коморбідність визначено, що кількість осіб з розладами психічного здоров'я дорівнює 164,8 млн. осіб (1/3 населення Європи). Суттєве підвищення поширеності

відбулося за рахунок збільшення патології у дітей, підлітків та людей похилого віку. До найпоширеніших у Європі захворювань належать тривожні розлади (14 %), інсомнії (7 %), велика депресія (6,9 %), соматоформні розлади (6,3 %), алкогольна та хімічна залежності (4 %), синдром дефіциту уваги та гіперактивності (5 % у дітей) та деменція (від 1 до 30 % в залежності від віку). У згаданому огляді ECNP підкреслено, що хвороби мозку та психічні розлади спричиняють втрати працездатності у 26,6 % населення Європи, значно перевищуючи цей показник на інших континентах [26].

Епідеміологічна ситуація у сфері психічного здоров'я в Україні також віддзеркалює існування певних проблем.

Поширеність психічних та поведінкових розладів характеризується повільним збільшенням показника (на 2,9 % за 10 років). На кінець 2013 року 2 553,6 осіб (на 100 тис. населення), або 2,6 % населення України потребували допомоги лікаря-психіатра (рис. 1). Відповідно до прогностичних даних, у наступні роки буде спостерігатися підвищення цього показника (рис. 2).

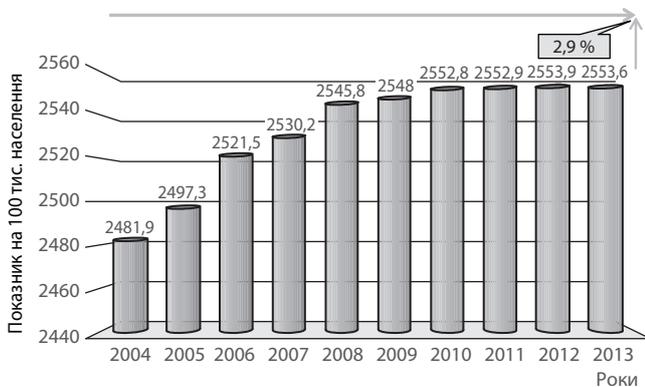


Рис. 1. Поширеність розладів психіки та поведінки в Україні у 2004—2013 рр.

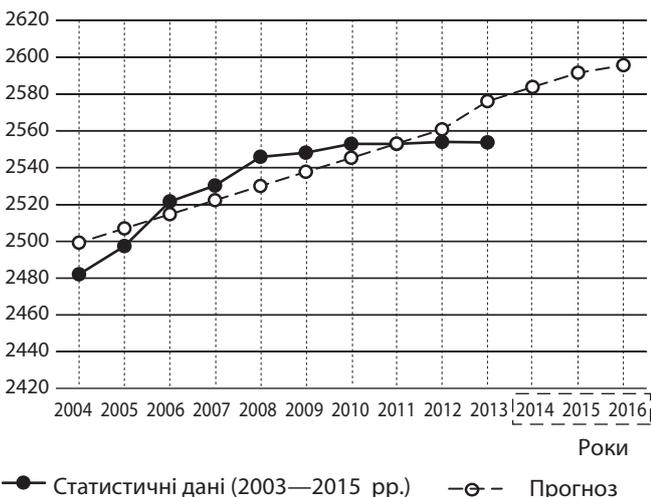


Рис. 2. Прогноз поширеності розладів психіки та поведінки в Україні на 2014—2016 рр.

Показник захворюваності на психічні та поведінкові розлади за 10-річний період знизився на 7,1 % (рис. 3), а згідно з даними регресійного аналізу, тенденція до його зниження буде збережена і в майбутньому (рис. 4).

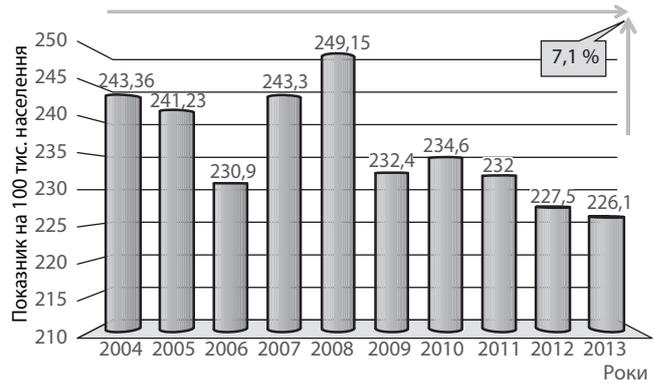


Рис. 3. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у 2004—2013 рр.

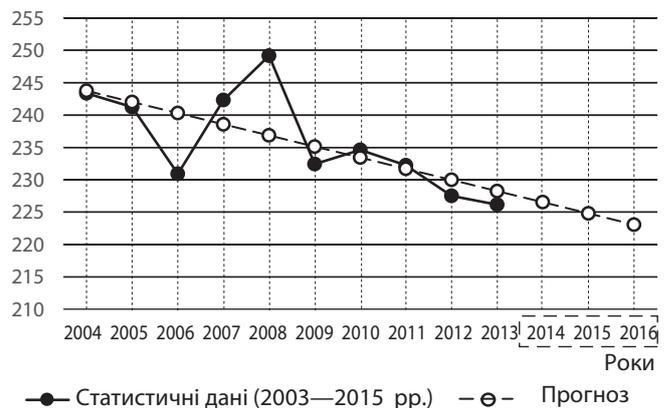


Рис. 4. Прогноз захворюваності на розлади психіки та поведінки на 2014—2016 роки

Ці дані свідчать про низьке виявлення психічних та поведінкових розладів, про стигматизацію психіатричної служби та небажання населення звертатися до психіатричних закладів по допомогу.

У структурі захворюваності та поширеності в останнє десятиріччя переважали неспихотичні психічні розлади, до яких належать неврози, реакції на стрес, розлади особистості та інші порушення, що є функціональними та у більшості випадків потребують амбулаторної допомоги (рис. 5).

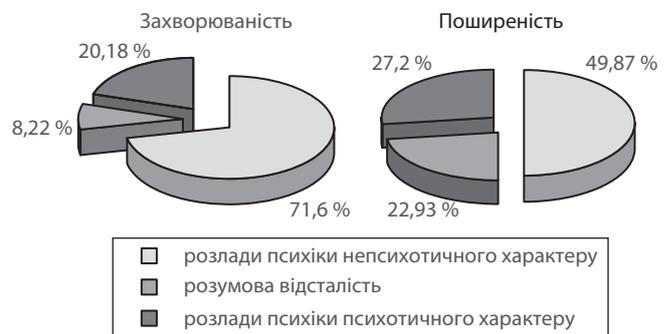


Рис. 5. Структура захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки в Україні (станом на 01.01.2014 р.)

Показник інвалідності внаслідок психічних та поведінкових розладів за останню декаду збільшився на 19,9 % (рис. 6), і тенденція до підвищення цього показника у наступні роки буде зберігатися (рис. 7).

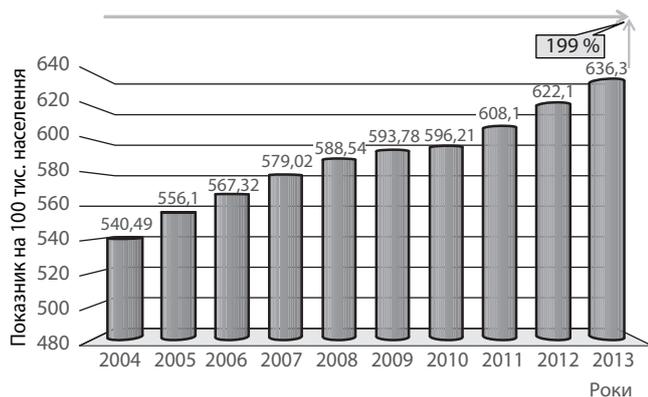
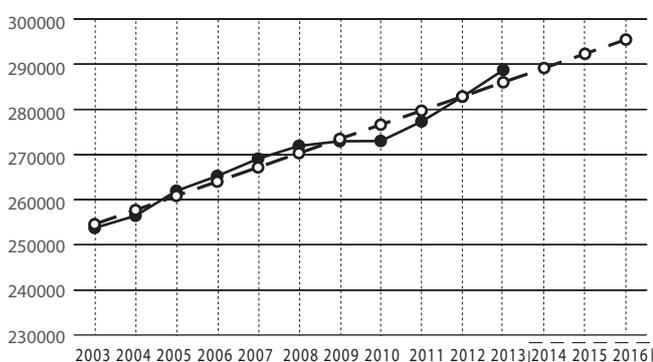


Рис. 6. Контингент осіб з розладами психіки та поведінки, які мають групу інвалідності, у 2004—2013 роках



● Статистичні дані (2003—2014 рр.) ○ Прогноз

Рис. 7. Прогноз інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки на 2014—2016 роки

У структурі інвалідності з найбільшою частотою реєструються шизофренія (шизотипові та маячні розлади) та органічні порушення (рис. 8).

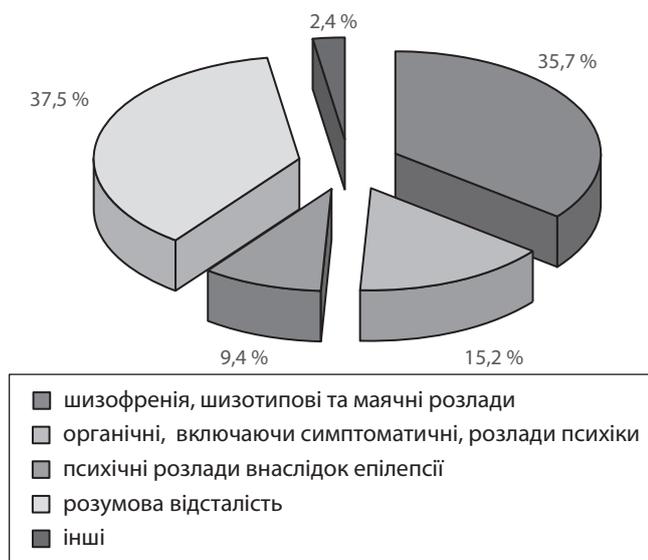


Рис. 8. Структура контингенту осіб з розладами психіки та поведінки, які мають групу інвалідності (на 01.01.2014 р.)

Наведені дані віддзеркалюють наявність негативних тенденцій епідеміологічної ситуації у сфері психічного здоров'я в Україні: низькі показники виявлення психічних та поведінкових розладів, «накопичення» осіб з вадами психічного здоров'я на диспансерному обліку та підвищення показників інвалідності внаслідок цієї патології [8, 9].

Безумовно, така ситуація спричиняється комплексом чинників, до яких, перш за все, варто віднести клінічні (коморбідність, резистентність, низьку комплаєнтність та інші), методологічні (недосконалість класифікацій, концепцій одужання, відсутність можливостей використання діагностичних біомаркерів та інші), організаційні (застаріла структура психіатричної служби, повільне впровадження біопсихосоціальної моделі надання допомоги), кадрові (недостатність кадрового забезпечення, недосконалість підготовки лікарів загальної ланки та інші), фінансово-економічні (використання фінансових розрахунків, які орієнтовані на психіатричний заклад, а не на пацієнта, відсутність фармакоекономічного аналізу, який дозволяє визначити найефективніші стратегії лікування та реабілітації) та інші [13, 14].

Як свідчить досвід європейських країн та країн світу, вирішення комплексу перелічених проблем можливе лише за умови системного підходу, який визначається державною Стратегією (Програмою) психічного здоров'я нації.

Програма психічного здоров'я нації є стратегією держави, яка відбиває визнання психічного здоров'я як пріоритету суспільства та визначає конкретні кроки щодо його зміцнення. Такі Програми затверджені урядами та діють в Німеччині, Польщі, Данії, Швеції та інших країнах. На пострадянському просторі Програма психічного здоров'я діє лише у Вірменії. Треба зазначити, що основні рекомендації стосовно можливих важелів впливу на ситуацію у сфері психічного здоров'я є визначеними у документах, розроблених Всесвітньою організацією охорони здоров'я (WHO), Всесвітньою психіатричною асоціацією (WPA) та Європейською психіатричною асоціацією (EPA).

Керуючись принципами Гельсінкської декларації (2005) WHO визначає такі першочергові завдання у сфері психічного здоров'я на майбутні 10 років для країн-членів. До цих завдань належать:

- сприяти більш широкому усвідомленню важливості значення психічного благополуччя;
- здійснювати сумісні дії, спрямовані на боротьбу зі стигматизацією, дискримінацією та нерівністю, а також розширювати права й можливості осіб з вадами психічного здоров'я та членів їхніх родин, надавати підтримку з метою їх залучення до активної участі у цьому процесі;
- розробляти та впроваджувати комплексні, інтегровані та ефективні системи охорони психічного здоров'я, включаючи такі елементи, як укріплення здоров'я, профілактика, лікування та реабілітація, догляд та відновлення здоров'я;
- забезпечувати задоволення потреб у кваліфікованому персоналі, який спроможний ефективно працювати у сфері психічного здоров'я.
- визнавати важливе значення знань й досвіду користувачів служб охорони психічного здоров'я й осіб, які здійснюють за ними догляд, як основи для планування та розвитку таких служб [28].

Аналіз механізмів та чинників погіршення психічного здоров'я у Європейському регіоні дозволив WHO запропонувати модель запобігання розвитку психічних та поведінкових розладів, яка націлена на раннє втручання, регрес психопатологічних порушень, відновлення соціального функціонування осіб з вадами психічного здоров'я та зменшення соціально-економічного тягаря суспільства внаслідок порушень психічного здоров'я [4].

Основними компонентами цієї моделі є такі положення:

- соціальний градієнт психічних розладів демонструє наявність взаємозв'язку між психічним здоров'ям та умовами життя людини;

- низький рівень психічного благополуччя та низький соціальний статус пов'язані з такими чинниками ризику, як неякісне харчування, тютюнопаління, зловживання алкоголем та насильство;

- неінфекційні хвороби є потужним чинником ризику психічних розладів, а їхня поширеність пов'язана з показником смертності від неінфекційних хвороб;

- для зменшення захворюваності та смертності внаслідок неінфекційних захворювань, а також суїцидів життєво необхідною є доступність ефективної медичної допомоги;

- наявність психічного розладу з високою вірогідністю посилює поведінку високого ризику: тютюнопаління, зловживання алкоголем, неякісне харчування та недостатню фізичну активність. Особа з вадами психічного здоров'я перебуває у зоні значного ризику ожиріння, серцево-судинних та онкологічних захворювань, діабету та суїциду;

- наявність психічних розладів може обумовлювати зменшення доступності, забезпечення та якості послуг у державному та приватному секторах та збільшувати страждання, соціальну ізоляцію, захворюваність та смертність;

- в сучасних умовах існує можливість планування втручань, що запобігають, пом'якшують та навіть повністю змінюють такі травмуючі та небажані наслідки.

Стратегія у сфері психічного здоров'я в кожній країні має певну специфіку, яка віддзеркалює особливості соціально-економічного стану, пріоритети державного розвитку, особливості епідеміології психічних розладів. Найбільш типовими структурними компонентами Стратегії є: міжсекторальна взаємодія, вдосконалення професійної підготовки та структурної організації психіатричної служби, кадрове забезпечення допомоги, надання допомоги у суспільстві, психоосвіта населення, вдосконалення законодавчої бази та інші.

Що зроблено в Україні в цих напрямках? Що необхідно зробити професійній спільноті, щоб, рівняючись на розвинуті країни Європи, підготувати та затвердити таку Стратегію?

Державна Стратегія в галузі психічного здоров'я в Україні має базуватися на **міжвідомчій взаємодії**, координації дій різних державних секторів, що опікуються питаннями психічного здоров'я. Важливими кроками на шляху досягнення цієї мети в нашій країні є створення Міністерством охорони здоров'я України робочих груп, метою діяльності яких є відпрацювання спільного співробітництва у сфері укріплення психічного здоров'я.

Наказами МОЗ створено такі робочі групи:

1. Постійно діюча робоча група з питань удосконалення нормативно-правових актів, які регламентують діяльність психіатричної служби (наказ МОЗ № 243 від 16.04.2009).

2. Міжвідомча координаційна рада з питань удосконалення системи надання психіатричної допомоги в Україні (наказ МОЗ № 1033 від 29.11.2013).

3. Міжвідомча робоча група з питань удосконалення системи надання наркологічної допомоги в Україні (наказ МОЗ № 592 від 22.08.2014).

До складу цих робочих груп входять представники:

- Міністерства охорони здоров'я України;
- Національної академії медичних наук України;
- Міністерства освіти і науки України;
- Міністерства соціальної політики України;
- Міністерства внутрішніх справ України;
- Служби безпеки України;
- Державної служби України з контролю за наркотиками.

Активна взаємодія в межах створених робочих груп сприятиме визнанню пріоритетності охорони психічного здоров'я у суспільстві, його значущості для забезпечення суспільного розвитку. Завданнями цього напрямку є покращання інформованості суспільства з питань охорони здоров'я та послуг, які надаються психіатричними закладами. Важливе місце надається організації заходів за участю пацієнтів, їхніх родичів та фахівців, громадських діячів (виставок, днів відчинених дверей, спектаклів та інших), видання літератури психоосвітнього напрямку, інформування суспільства через засоби масової інформації про порушення психічного здоров'я, їхні причини та досягнення сучасних нейронаук в лікуванні та реабілітації таких осіб, організація та проведення конференцій та семінарів за участю усіх сторін, що беруть участь у покращанні психічного здоров'я (лікарі, журналісти, освітяни, юристи та інші) з обов'язковим залученням користувачів допомоги. Міжвідомча взаємодія у сфері психічного здоров'я є спрямованою також на зміцнення об'єднань пацієнтів та їхніх родичів, на забезпечення їхньої участі в наданні психіатричної допомоги.

Міжвідомча взаємодія є важливим провідником профілактичної спрямованості Стратегії, коли первинна профілактика адресується широким верствам населення, включаючи селективні впливи щодо груп високого ризику, вторинна профілактика зосереджується на ранньому виявленні та втручанні для запобігання порушень соціального функціонування, третинна профілактика скеровується на допомогу особам з розвинутими формами захворювання для швидкого одужання та зниження ризику загострення.

Ключовим розділом Стратегії є **збереження психічного здоров'я в умовах бойових дій та екстремальних ситуацій**. Важливість цього положення підвищується в умовах сучасної гібридної війни, невід'ємними складовими якої є інформаційні спецоперації, психологічні диверсії та інші засоби впливу на колективну та індивідуальну свідомість, що мають спровокувати у жертви таких дій відчуття «чужинця у власній країні», відчуття розпачу, зневіри, безнадії; паралізувати його волю до боротьби, до перемоги; а окрім того — збудити примарні сподівання на кращу долю в державі-загарбниці і прийняти агресора як друга.

Цей розділ має подовжувати та розвивати положення військово-медичної доктрини в таких напрямках:

А. Зміцнення довіри до державних інституцій, захист інформаційного простору країни, формування оптимістичного настрою у суспільстві (протидія корупції, організація ефективної роботи органів державного управління, протидія ворожій пропаганді, організація ефективної контрпропаганди, формування відповідальної інформаційної політики у вітчизняних засобах масової інформації: акцент на позитивних новинах та перемогах, мораторій на «смакування» негативних новин, а також на демонстративну конфронтацію політичних опонентів у прямому ефірі, піднесення культури дискусії, патріотичне виховання тощо).

Б. Зміцнення довіри до військових командирів та цивільних керівників (відбір військових та цивільних керівних кадрів з урахуванням патріотизму, лідерських та професійних властивостей, поточне консультування керівних кадрів щодо ефективної побудови власних команд тощо).

В. Зміцнення довіри між членами військових підрозділів та цивільних колективів (тренінги співпраці, формування навичок колективних дій, консультування щодо психологічної сумісності членів малих груп (підрозділів) тощо).

Г. Впровадження кращих зразків медико-психологічної, психотерапевтичної і психіатричної допомоги та ефективних організаційних заходів щодо її надання (відновлення функціонування військових кафедр в медичних та психологічних вищих навчальних закладах, регулярний перегляд діючих стандартів та протоколів надання згаданих видів допомоги, регулярні курси підвищення кваліфікації та польові тренінги для відпрацювання практичних навичок) та системи підготовки фахівців у сфері психічного здоров'я до надання допомоги під час бойових дій.

Наступним розділом, який здійснюється у межах Державної Стратегії, є **структурна реформа психіатричної служби**.

Система надання психіатричної допомоги в Україні лишається стаціонарно орієнтованою, успадкованою від Радянського Союзу. Така система, як й в усіх пострадянських країнах, виконує функцію надання допомоги та соціальної підтримки пацієнтам з розвинутими стадіями захворювання без урахування профілактичних заходів, повноцінної соціальної реабілітації та активного залучення соціального оточення пацієнта до лікувально-відновного процесу [2, 7, 8]. Існуюча система психіатричної допомоги створена як ізольований, замкнений механізм, що самостійно визначає долю осіб з психічними та поведінковими розладами з метою позбавлення суспільства від «зайвих турбот».

Психіатрична допомога населенню України надається у 84 психіатричних та психоневрологічних лікарнях, у 27 психоневрологічних диспансерах, у 652 психіатричних та 133 психотерапевтичних кабінетах та 21 психіатричному відділенні багатопрофільних лікарень.

Порівняння з психіатричною службою Польщі свідчить про переважання у Польщі кількості психоневрологічних диспансерів у 41 рази, психіатричних відділень багатопрофільних лікарень — у 4,3 рази та значно меншу кількість стаціонарних ліжок (у 2 рази).

У теперішній час в більшості країн світу ефективність та доцільність продемонструвала соціально-орієнтована психіатрична допомога, основним принципом якої є опора на соціум, на оточення пацієнта [14—17]. Соціально-орієнтована психіатрична допомога світова психіатрична спільнота визначає пріоритетною, порівняно з системою тривалого утримання та догляду в спеціалізованих психіатричних закладах. Реформа галузі, спрямована на розвиток соціально-орієнтованої психіатричної допомоги, включає її децентралізацію, дестигматизацію, максимальне використання можливостей амбулаторної та позалікарняної допомоги, інтеграцію у первинну ланку медичної допомоги [1, 5]. Така психіатрична служба відтворена у більшості розвинутих країн світу. Рух у цьому напрямку передбачає зміщення акцентів зі стаціонарної допомоги на амбулаторну, використання позалікарняних форм допомоги (денних стаціонарів, бригад підтримки у суспільстві, стаціонарів на дому, психіатричного патронажу), організацію допомоги у місцях самостійного проживання пацієнтів (гуртожитках) та створення психіатричних відділень у багатопрофільних лікарнях [23, 24]. Така структурна організація психіатричної допомоги забезпечує наближення допомоги до населення, її інтеграцію у загальносоматичну мережу, виконує важливу функцію дестигматизації допомоги.

Відтворення структури сучасної психіатричної допомоги включає розширення мережі амбулаторних закладів (диспансери, консультативні поліклініки, кабінети, центри психологічної допомоги та інші) та модернізацію стаціонарної ланки допомоги зі створенням високо-спеціалізованих відділень кризової допомоги, реабілітації, геронтології, першого психотичного епізоду та інших [9, 31].

Нормативно-правові засади діяльності суспільно-орієнтованої психіатричної допомоги в Україні розроблено Науково-практичним товариством неврологів, психіатрів та наркологів України та видано збіркою «Організація суспільно-орієнтованої допомоги дорослому населенню України (збірка типових положень та інструкцій)» [5].

Процес відбудови соціально-орієнтованої допомоги неможливо ототожнювати зі скороченням ліжкового фонду. За рекомендаціями WPA, скорочення кількості ліжок є фінальним кроком, який завершує розвинення амбулаторних та реабілітаційних структур, налагодження міжвідомчої взаємодії між закладами Міністерства охорони здоров'я, Міністерства освіти та науки, Міністерства соціальної політики та іншими державними інституціями [30].

Важливою складовою Державної Стратегії психічного здоров'я має стати **модернізація професійної підготовки** усіх фахівців, що працюють у сфері психічного здоров'я. Метою модернізації навчальних програм переддипломної та післядипломної підготовки (первинної, вторинної спеціалізації та підвищення кваліфікації) є не тільки введення до їхньої структури результатів сучасних клінічних та експериментальних досліджень у галузі психіатрії, медичної психології, психотерапії, фармакології, нейрофізіології, біохімії та інших дисциплін, що виконані на засадах доказової медицини, а й широке впровадження ідей дестигматизації, гуманізації психіатричної допомоги та охорони прав й свобод людини при наданні психіатричної допомоги [23].

Модулі навчальних програм повинні охоплювати весь обсяг сучасних теоретичних знань, умінь та практичних навичок, необхідних фахівцю у сфері психічного здоров'я.

Базові модулі необхідно формувати з урахуванням гармонійного поєднання досягнень вітчизняних вчених та доробку світової психіатричної науки і з урахуванням сучасних інформаційних технологій. Освітні модулі мають висвітлювати сучасні підходи до організації суспільно-орієнтованої допомоги, основи соціальної психіатрії та доказові дані психофармакотерапії, психосоціальної реабілітації, психотерапії. Підготовка та післядипломна освіта повинні включати інформацію про необхідність раннього втручання при психічних та поведінкових розладах, активної психосоціальної реабілітації з максимальним використанням психологічних та психотерапевтичних впливів, що сприяють зворотному розвитку психопатологічних та патопсихологічних процесів, відновленню соціального функціонування та якості життя пацієнтів.

Модернізація професійної підготовки у сфері психічного здоров'я потребує не тільки оновлення навчальних програм, а й вдосконалення критеріїв їхньої оцінки, сертифікації, чітких процедур підготовки фахівців для надання послуг, що орієнтовані на суспільство.

Важливою складовою цього розділу є **кадрове забезпечення** служб психічного здоров'я, наявність достатньої кількості фахівців, які підготовлені у відповідності до сучасних вимог та стандартів. Кадрове забезпечення роботи у сфері психічного здоров'я базується на концепції мультидисциплінарного підходу, що обумовлено мультифакторним генезом психічних розладів з провідною роллю у цьому процесі біологічних, психологічних та соціальних чинників [12, 30].

Мультидисциплінарна бригада (МБ) — група фахівців медичного закладу, які взаємодіють з метою надання амбулаторної або стаціонарної психіатричної допомоги, на базі принципів біопсихосоціальної моделі [3]. У психіатричних закладах до складу МБ залучаються лікар-психіатр (лікар-психіатр дільничний), лікар-психотерапевт, лікар-психолог, практичний психолог, психолог, сестра медична, соціальний робітник. При необхідності склад МБ може бути розширений за рахунок лікарів інших спеціальностей (лікаря-сексопатолога, лікаря-нарколога, лікаря-невролога), юриста, логопеда, інструктора з праці та інших. Необхідно наголосити, що діяльність МБ не сумарним результатом роботи її окремих членів, а є наслідком колективної взаємодії, в основу якої покладений ефект синергії.

Професійна підготовка фахівців у сфері психічного здоров'я повинна остаточно визначити біопсихосоціальну модель надання психіатричної допомоги як провідну концепцію, яка передбачає здійснення усіх діагностичних, терапевтичних, реабілітаційних заходів у відповідності до основних етіопатогенетичних чинників розвитку психічних розладів: біологічного, психологічного та соціального. Психіатрична допомога, яка надається за біопсихосоціальною моделлю, має трьохвекторну спрямованість, з урахуванням клініко-психопатологічного, особистісно-психологічного та соціально-психологічного стану особи [1, 6, 21].

Аналіз кадрового потенціалу психіатричної служби свідчить про можливість мультидисциплінарного підходу до її надання. На кінець 2013 року у службі пра-

цювали 3 953 лікаря-психіатра, 319 лікарів-психотерапевтів, 201 лікар-психолог, 457 практичних психологів, 13 010 медичних сестер, 304 медичні сестри соціальної допомоги. Разом з цим необхідно наголосити, що більшість зазначених посад лишаються не повністю зайнятими фізичними особами фахівців, тобто недоукомплектованими. Показник укомплектованості посад лікарів-психіатрів складає 78,0 %, лікарів-психотерапевтів — 65,4 %, лікарів-психологів — 77,4 %, медичних сестер — 91,6 %, медичних сестер соціальної допомоги — 77,7 %.

Серед усіх проблем недостатнього кадрового забезпечення психіатричної служби найгострішою в сучасних умовах є залучення лікарів-психологів, лікарів-психотерапевтів, практичних психологів для забезпечення медико-психологічної допомоги населенню України.

Екстремальні події останнього часу, включаючи неоголошену інформаційно-психологічну війну, стали суттєвим випробуванням не тільки для соматичного, а й, перш за все, для психічного здоров'я нашого народу.

Численні верстви населення України (зокрема, вимушені переселенці, учасники АТО та їхні рідні та ін.) потребують зараз системної спеціалізованої медико-психологічної допомоги, можливості надання якої на теперішній час не відповідають реальним потребам. Саме медична психологія є підґрунтям у розвитку соціально-скерованого напрямку реформи охорони психічного здоров'я та повинна відігравати провідну роль в удосконаленні всієї системи надання медичної допомоги населенню. Першочерговими питаннями цього напрямку є вивчення впливу соціальних стресів на психічне здоров'я, розроблення методів підвищення стресостійкості населення і запобігання психічним стресовим розладам; створення дієвої мережі для лікування психогенних розладів та психосоматичних захворювань, упорядкування системи психологічного консультування здорового населення та концепції діючої медико-психологічної підтримки населення.

Тобто, ефективне впровадження мультидисциплінарного підходу у сфері психічного здоров'я потребує кадрового підкріплення, перш за все, медико-психологічного напрямку, що доцільно здійснювати за рахунок широкого залучення не тільки психологів з медичною, а й психологічною та педагогічною освітою.

Наступний розділ Стратегії присвячений **законодавчому забезпеченню** охорони психічного здоров'я.

Чинний Закон України «Про психіатричну допомогу» (2000 р.), витримавши перевірку часом та визначаючи правові гарантії громадян України при наданні психіатричної допомоги, потребує певних змін, які відбивають ідеологію реформування психіатричної галузі, впровадження соціально-орієнтованої допомоги, мультидисциплінарного підходу до її надання та міжсекторальної взаємодії.

Узагальнюючи наведені дані, треба підкреслити, що наявність затвердженої Урядом України Стратегії психічного здоров'я наближує нашу країну до ефективної профілактики психічних розладів, сучасного лікування та реабілітації осіб з вадами психічного здоров'я, заінтересованості суспільства у відновленні психічного здоров'я окремих його членів, гуманного та дестигматизованого ставлення до таких пацієнтів, що загалом і створює психологічне благополуччя нашої Держави.

Список літератури

1. Казаковцев Б. А. Развитие служб психического здоровья [Текст] / Б. А. Казаковцев. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 672 с.
2. Лиманкин, О. В. Тенденции развития психиатрической помощи в России (1991—2010 гг.) [Текст] / О. В. Лиманкин // Психическое здоровье. — 2013. — № 7 (86). — С. 56—65.
3. Незнанов, Н. Г. Биопсихосоциальная парадигма — новые тенденции и старые проблемы [Текст] / Н. Г. Незнанов // Проблемы и перспективы развития стационарной психиатрической помощи / под ред. О. В. Лиманкина. — СПб., 2009. — Т. 1. — С. 32—37.
4. Нулевая версия проекта Глобального Плана Действий по Охране Психического Здоровья 2013—2020. Версия 27 августа 2012. — 33 с. [Электронный ресурс]. — Режим доступа : <http://psychiatr.ru/download/542>
5. Організація суспільно орієнтованої психіатричної допомоги дорослому населенню України (збірка типових положень та інструкцій) [Текст] / за ред. Марути Н. О., Демченко В. А., Домбровської В. В. — Київ; Харків, 2012. — 136 с.
6. Современные тенденции и новые формы психиатрической помощи [Текст] / под ред. проф. О. Г. Ньюфельда. — М.: ИД «Медпрактика-М», 2007. — 356 с.
7. Согоян, А. Психиатрическая служба Армении в переходном периоде [Текст] / А. Согоян // «Психическое здоровье». — 2013. — № 7. — С. 81—82.
8. Стан психічного здоров'я населення та тенденції розвитку психіатричної допомоги на пострадянському просторі [Текст] / [П. В. Морозов, М. Г. Незнанов, О. В. Лиманкін та ін.] // Український вісник психоневрології. — 2014. — Т. 22, вип. 1 (78). — С. 11—17.
9. Состояние психического здоровья населения и перспективы развития психиатрической помощи в Украине [Текст] / [М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута и др.] // Психическое здоровье. — 2013. — № 7 (86). — С. 66—75.
10. Alonso, J. Prevalence and treatment of mental disorders in Germany: results from the European study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) survey [Text] / J. Alonso, R. Kessler. In: The WHO World Mental Health Surveys: Global Perspectives on the Epidemiology of Mental Disorders / Kessler, Üstun (Eds.). — Cambridge University Press, N. Y., 2008. — P. 331—345.
11. The prevalence of mental disorders and service use in France: results from a National Survey 2001—2002 [Text] / [Arbabzadeh-Bouchez, S., Gasquet, I., Kovess-Masfety, et al.]. — Ibid. — P. 305—330.
12. Community-based lifestyle interventions: changing behaviour and improving health [Text] / Blank L., Grimsley M., Goyder E., et al.] // J. Public Health. — 2007; 29(3): 236—45.
13. Bond G. R. Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of the US [Text] / Bond G. R., Drake R. E., Becker D. R. // World Psychiatry. — 2012; 11; 32—39.
14. Campion, J. EPA guidance on prevention of mental disorders [Text] / J. Campion, K. Bhui, D. Bhugra // European Psychiatry. — 2012. — Vol. 27; № 2. — P. 68—80.
15. Prevalence of mental disorders and trends from 1996 to 2009. Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2 [Text] / R. deGraaf, M. ten Have, C. van Gool, S. van Dorsselaer // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol. — 2012 Feb; 47(2): 203—13.
16. De Hert M., Dekker J.M., Wood D. et al. Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness. Position statement from the European Psychiatric Association [Electronic Resource] // European Psychiatry. — 2009. — Mode of access : URL : <http://www.easd.org/easdwebfiles/statements/EPA.pdf>.
17. EPA guidance of the quality of mental health services [Text] / [W. Gaebel, T. Becker, B. Janssen, et al.] // European Psychiatry. — 2012. — Vol. 27. — № 2. — P. 87—113.
18. Kennelly B. Economic cost of suicide and deliberate self-harm [Text] / Kennelly B., Ennis J., O'Shea E. Reach out: National Strategy for action on suicide prevention 2005—2014. — Dublin. Republic of Ireland : Department of Health and Children, 2005.
19. Keyes C. L. M. Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness [Text] / Keyes C. L. M., Dhingra S. S., Simoes E. J. // Am J Public Health. — 2010; 100 (12): 2366—71.
20. Psychoses, ethnicity and socioeconomic status [Text] / Kirkbride J.B., Barker D., Cowden F. et al. // Br J Psychiatry. — 2008: 193: 18—24.
21. Leonardi, M. Measuring health and disability: supporting policy development. The European MHADIE project [Text] / M. Leonardi // Disabil. Rehabil. — 2010. — 32 (Suppl. 1). — S1—S8.
22. Paying the price. The cost of mental health care in England to 2026 [Text] / [McCrone P., Dhanasiri S., Patel A. et al.]. — London : The King's Fund, 2008.
23. Mental Health Policy and Practice across Europe. The future direction of mental health care [Electronic Resource] / [Knapp D., McDaid D., Mossialos E. and G. Thornicroft.] — Open University Press : McGraw Hill, 2007. — Mode of access : URL : http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/96451/E89814.pdf
24. Evaluation of the first phase of choose life: the national strategy and action plan to prevent suicide in Scotland [Text] / [Platt S., McLean J., McCollam A. et al.]. — Edinburgh : Scottish Executive Social Research, 2006.
25. Randomised controlled trial of supported employment in England: 2 year follow-up of the supported Work and Needs (SWAN) study [Text] / [Hestin M., Howard L., Leese M., et al.] // World Psychiatry. — 2011; 10; 132—137.
26. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010 [Text] / [Wittchen H. U., Jacobi F., Rehm J., et al.] // Eur. Neuropsychopharmacology. — 2010; 21; 655—679.
27. WHO. Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health: 2008. [Electronic Resource]. — Mode of access : URL : http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf
28. WHO. Mental health action plan for Europe facing the challenges, building solutions; 2005. [Electronic Resource]. — Mode of access : URL : <http://www.euro.who.int/document/mnh/edoc07.pdf>
29. WHO. Promoting Mental Health: Concepts. Emerging Evidence, Practice. Summary Report; 2004. [Electronic Resource]. — Mode of access : URL : http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf
30. WPA guidance on steps, obstacles and mistakes to avoid in the implementation of community mental health care [Text] / [Thornicroft G., Alem A., Antunes Dos Santos R., et al.] // World Psychiatry. — 2010; 9; 67—77.
31. Трудоустройство поддержкой: экономическая эффективность в шести европейских центрах [Text] / [Knapp M., Patel A., Curran C., et al.] // Ibid. — 2013; 12; 60—68.

Надійшла до редакції 12.01.2015 р.

ВОЛОШИН Петро Власович, доктор медичних наук, професор, директор Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), Президент Науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України, м. Харків; e-mail: inpn@ukr.net

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, керівник відділу неврозів і пограничних станів, заступник директора з науково-дослідної роботи ДУ «ІНПН НАМН України», Віце-президент Науково-практичного товариства неврологів, психіатрів та наркологів України, м. Харків; e-mail: mscience@ukr.net

VOLOSHYN Petro, Doctor of Medical Sciences, Professor, Director of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), President of the Scientific-Practical Society of Neurologists, Psychiatrists and Narcologists of Ukraine, Kharkiv; e-mail: inpn@ukr.net

MARUTA Nataliia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Neuroses and Borderline Conditions, Deputy Director on Scientific Work of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Vice President of the Scientific-Practical Society of Neurologists, Psychiatrists and Narcologists of Ukraine, Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net

В. І. Козьявкін, Л. Ф. Шестопалова, Т. Б. Волошин

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКІВ ПСИХІЧНОГО ТА МОТОРНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ В ХОДІ ЇХ ЛІКУВАННЯ ЗА СИСТЕМОЮ ІНТЕНСИВНОЇ НЕЙРОФІЗІОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В. І. КОЗЯВКІНА

В. И. Козьявкин, Л. Ф. Шестопалова, Т. Б. Волошин

Динамика показателей психического и моторного развития детей с аутизмом в ходе их лечения по системе интенсивной нейрофизиологической реабилитации В. И. Козьявкина

V. Kozyavkin, L. Shestopalova, T. Voloshyn

Changes of indicators in mental and motor development of children with autism during intensive neurophysiological rehabilitation by V. Kozyavkin

Метою дослідження було оцінити ефективність реабілітації дітей з аутизмом за системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації В. І. Козьявкіна (СІНР) на підставі вивчення динаміки їхніх клініко-психопатологічних, клініко-неврологічних і клініко-психологічних показників, а також рівня моторного розвитку. Під спостереженням перебували 385 дітей з дитячим аутизмом (F84.0) в період 1995—2014 роки (протягом 20 років).

Отримані результати дослідження свідчать про те, що після проходження реабілітації дітей з аутизмом за СІНР спостерігається позитивна динаміка показників моторного розвитку, а саме зниження м'язового тону в дистальних відділах нижніх кінцівок, збільшення обсягу активних та пасивних рухів, покращання тонкої моторики кисті, формування нових великих моторних функцій. В ході реабілітації відбувається поліпшення комунікативних навичок і в цілому рівня соціалізації хворих, редукція аутистичної симптоматики, підвищується рівень когнітивної продуктивності, достовірно збільшується кількість дітей з нормативними рівнями інтелектуального розвитку. Відмічається позитивна динаміка в формуванні мовленнєвих функцій: покращується розуміння зверненої мови, поліпшується темп мови, зменшуються прояви дислалії, відзначається перехід дитини на вищий рівень мовного розвитку.

Загалом у хворих в процесі лікування за СІНР відбувається позитивна трансформація паттерну показників, що відображають актуальний психоневрологічний стан та рівні комунікативного, інтелектуального та мовного розвитку дитини. Можна зробити висновок, що СІНР є сучасною реабілітаційною технологією, яку можна використовувати для ефективної реабілітації хворих на дитячий аутизм, в ході якої відбувається нормалізація їх моторного, комунікативного, інтелектуального та мовного розвитку.

Ключові слова: дитячий аутизм, системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації, психічний розвиток, моторний розвиток

Целью исследования явилась оценка эффективности реабилитации детей с аутизмом по системе интенсивной нейрофизиологической реабилитации В. И. Козьявкина (СИНР) на основании изучения динамики их клинико-психопатологических, клинико-неврологических и клинико-психологических показателей, а также уровня моторного развития. Под наблюдением находились 385 детей с детским аутизмом (F84.0) в период 1995—2014 годы (в течение 20 лет).

Полученные результаты исследования свидетельствуют о том, что после прохождения реабилитации детей с аутизмом по СИНР наблюдается положительная динамика показателей моторного развития, а именно снижение мышечного тонуса в дистальных отделах нижних конечностей, увеличение объема активных и пассивных движений, улучшение тонкой моторики кисти, формирование новых больших моторных функций. В процессе реабилитации происходит улучшение коммуникативных навыков и в целом уровня социализации больных, редукция аутистической симптоматики, повышается уровень когнитивной продуктивности, достоверно увеличивается количество детей с нормативными уровнями интеллектуального развития. Отмечается положительная динамика в формировании речевых функций: улучшаются понимание обращенной речи и ее темп, уменьшаются проявления дислалии, происходит переход на более высокий уровень речевого развития.

В целом у больных в процессе лечения по СИНР происходит позитивная трансформация паттерна показателей, отражающих актуальное психоневрологическое состояние и уровни коммуникативного, интеллектуального и речевого развития ребенка. Можно сделать вывод, что СИНР является современной реабилитационной технологией, которую можно использовать для эффективной реабилитации больных детским аутизмом, в ходе которой происходит нормализация их моторного, коммуникативного, интеллектуального и речевого развития.

Ключевые слова: детский аутизм, системе интенсивной нейрофизиологической реабилитации, психическое развитие, моторное развитие

The aim of the study was to evaluate the efficacy of rehabilitation for children with autism using intensive neurophysiological rehabilitation system by V. Kozyavkin via studying dynamics of their clinic-psychopathological, clinic-neurological and clinic-psychological peculiarities along with changes in motor development. 385 children with child autism (F84.0) were monitored from 1995 to 2014 (time span 20 years).

According to received outcomes after rehabilitation of children with autism by INRS positive changes of indicators in motor development were observed, namely the reduction of muscle tone in the distal parts of lower extremities, increase in volume of active and passive motions, improvement in fine motor functioning, emergence of new large motor skills. During rehabilitation communicative skills and overall socialization of patients improves, reduction of autistic symptoms is observed, level of cognitive performance enhances, the amount of children with in normative range of intellectual development significantly increases. The positive dynamics in formation of speech functions is observed: under standing of spoken language improves, speech rate speeds up, symptoms of dyslalia decrease, transition to a higher stage of speech development happens.

Generally during treatment according to the system of INRS positive transformation of the pattern of indicators is observed. It reflects actual neuropsychiatric condition and level of communicative, intellectual and speech development of the child. Conclusion can be made that INRS is a modern rehabilitation technology that can be implemented for efficient treatment of patients with child autism due to normalization of their motor, communicative, intellectual and speech development during rehabilitation.

Keywords: infantile autism, intensive neurophysiological rehabilitation system, mental development, motor development

В останні роки питанням лікування та реабілітації хворих на аутизм приділяється особлива увага. На ґрунті дослідження, проведеного Центром з контролю і профілактики захворювань США (CDC), поширеність дитячого аутизму оцінюється як 1 випадок на 88 дітей [1]. Результати численних епідеміологічних досліджень, виконаних в Європі, Північній Америці та Азії, демонструють середню поширеність розладів спектра аутизму (РСА) близько 1 % [2]. Показник поширеності аутизму не залежить від расових, етнічних і соціально-економічних особливостей [3]. Існуючі відмінності в статистичних даних щодо поширеності аутизму та РСА в різних регіонах світу пояснюються, певною мірою, різними методичними підходами до їх діагностики [5]. Вітчизняні дані свідчать про значне збільшення в останні роки кількості виявлених випадків аутизму в Україні. За оцінками українських вчених, на 10 тис. дітей припадає від 4 до 26 дітей, хворих на аутизм. Треба підкреслити, що за останні 10 років в Україні приріст захворюваності збільшився на 273 %, зараз хворих на аутизм дітей більше, ніж дітей з діабетом 1 типу, онкологічними захворюваннями та СНІДом [6].

Реабілітація дітей з аутизмом має велике медико-соціальне значення і соціально-економічне навантаження, в тому числі і в зв'язку з тим, що стаючи дорослими, ці пацієнти залишаються хворими з відповідними потребами. За різними даними, догляд за одним пацієнтом з аутизмом протягом життя коштує \$3,2 мільйони, для всього контингенту хворих ця цифра становить \$137 мільярдів [7].

Сучасні підходи до лікування хворих на аутизм надзвичайно різноманітні, так, у довіднику Національного аутистичного товариства Великої Британії «Підходи до корекції аутизму» описано понад 70 різних методів лікування даного захворювання [8]. Загалом виокремлюють 2 основних напрямки лікування та реабілітації хворих на аутизм: психофармакологічний та психокорекційний [9]. У зв'язку з недостатньою ефективністю існуючих методів реабілітації, актуальним є пошук нових підходів до терапії даного захворювання. В цьому контексті звертають на себе увагу дані, подані в статті Дж. Алькantara, про ефективність відносно нового методу в реабілітації дітей з аутизмом — мануальної терапії [10]. Зараз в медичних базах даних існує до десяти наукових публікацій, присвячених аналізу даного виду терапії при аутизмі. За даними Дж. Алькantara, застосування мануальної терапії при дитячому аутизмі можна вважати ефективним та перспективним методом його лікування [11].

Як відомо, В. І. Козьявкіним була розроблена сучасна і високоефективна система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (СНП) [12] для лікування дітей з дитячим церебральним паралічем (ДЦП), яка успішно використовується вже впродовж більш ніж 20 років і поєднує в собі різносторонні лікувальні технології та методики, які взаємно доповнюють і потенціюють одна одну [13]. Численні дослідження динаміки психічного статусу дітей з ДЦП показали, що даний метод має позитивний вплив не лише на рухову сферу хворих, але і на такі когнітивні функції як пам'ять, увага, мислення, інтелект, мова, а також на емоційно-особистісну сферу. Виходячи з вищевикладеного, можна припустити, що ця система реабілітації буде ефективною і при дитячому аутизмі.

Метою нашого дослідження було оцінити ефективність реабілітації за СНП дітей з аутизмом на підставі

вивчення динаміки їх клініко-психопатологічних, клініко-неврологічних і клініко-психологічних показників, а також рівня моторного розвитку.

Критеріями включення у вибірку при первинній рандомізації були вік дитини від 3 до 18 років, відповідність діагностичним критеріям діагнозу «дитячий аутизм» за МКХ-10, наявність ознак аутизму за результатами дослідження за допомогою тестів Childhood Autism Rating Scale (CARS) [14] для дітей від 2 років або Autism Spectrum Screening Questionnaire (ASSQ) [15] для дітей від 6 років, проходження дитиною курсу/курсів реабілітації за СНП.

Спостереження за пацієнтами відбувалося в період 1995—2014 роки (протягом 20 років), порівняння даних здійснювалось тричі: до початку реабілітації за системою СНП, після проведення першого двотижневого курсу реабілітації та в кінці останнього курсу лікування (за умови, що пацієнт проходив курс реабілітації в Клініці не менше двох разів).

Було рандомізовано 385 дітей, хворих на дитячий аутизм (F84.0). Достроково з дослідження виключено 30 дітей з різних об'єктивних та суб'єктивних обставин. Серед обстежуваних пацієнтів переважали хлопці — 268 (78,9 ± 8,8 %) осіб, кількість дівчат склала 87 (21,1 ± 4,6 %). Розподіл за віком (на початок першого курсу лікування): 87 (25 ± 5 %) пацієнтів з аутизмом віком до 4 років, 114 (32 ± 6 %) — від 4 до 8 років, 68 (19 ± 4 %) — від 8 до 12 років, 86 (24 ± 5 %) — більш ніж 12 років.

З метою оцінки ефективності реабілітації за СНП використовували клініко-психопатологічний метод, доповнений рейтинговою шкалою дитячого аутизму (CARS), шкалою оцінки ефективності лікування аутизму (АТЕС), клініко-неврологічний (дані неврологічного статусу з оцінкою м'язового тону за шкалою Ашворса та гоніометрією) та психодіагностичний (кольорові прогресивні матриці Равена, психонавчальний профіль дитини (PEP-R)) методи. Використовували також відеоконтроль великих моторних функцій до та після проведення кожного курсу лікування.

Шкала CARS (Childhood Autism Rating Scale) — рейтингова шкала дитячого аутизму, яка дозволяє оцінювати рівень аутичності в балах і порівнювати їх протягом певного проміжку часу [14]. Проводили оцінювання за 15 субшкалами: стосунки із людьми; здатність до наслідування; емоційно-перцептивні процеси; моторна вправність; спроможність до адекватного використання предметів; здатність до адаптаційних змін; порушення зорової перцепції; порушення слухової перцепції; порушення смакової, нюхової, тактильної перцепції; тривожні реакції та страхи; розвиток вербальної комунікації; розвиток невербальної комунікації; загальний рівень активності дитини; розвиток та послідовність пізнавальної діяльності; загальне враження клініциста.

Шкала оцінки ефективності лікування аутизму — Autism Treatment Evaluation Checklist (АТЕС) Бернарда Рімланда призначена для оцінювання ефективності будь-якого методу лікування дитини з аутизмом, використовується бальна оцінка 4 сфер: мова/комунікація, соціалізація, сенсорика/пізнання, здоров'я/фізичний розвиток/поведінка [16].

Кольорові прогресивні матриці Равена (Raven Progressive Matrices) є невербальним тестом, призначеним для визначення рівня інтелектуального розвитку дітей віком від 4,5 років до 11 років [17].

Одним із базових міжнародних методів оцінки структури і рівня відставання психомоторного розвитку дитини та порушень поведінки є тест Psychoeducational Profile-Revised (PEP-R) для дітей віком від 6 місяців до 7 років [18]. Суттєвою перевагою тесту є його гнучкість, необов'язковість дотримання певної послідовності завдань під час здійснення діагностики, що відповідає психічним особливостям дітей з аутизмом. Тест має дві шкали: шкалу розвитку, що охоплює 8 сфер (наслідування, перцепція, тонка моторика, загальна моторика, зорово-рухова координація, пізнавальні функції, комунікація, активне мовлення) та шкалу поведінки — 4 сфери (встановлення контактів та емоційні реакції, гра і зацікавленість предметами, реакція на стимули, мова/мовлення). Підсумком тесту є створення профілю, що дає змогу визначити сформованість тієї чи іншої психічної функції у дитини.

Для оцінки результатів ефективності лікування за СІНР використовувався комп'ютерний аналіз даних за допомогою програмного забезпечення автоматизованої інформаційної системи для медичних установ ELEKS Avalon, розробленої спеціально для Міжнародної клініки відновного лікування (МКВЛ), Інституту проблем медичної реабілітації та реабілітаційного центру «Еліта» [19].

За даними детального збирання анамнезу захворювання та психоневрологічного обстеження, у 108 (30,4 ± 5,5 %) дітей спостерігався класичний варіант дитячого аутизму (F84.0) без іншої психоневрологічної патології, у 92 (25,9 ± 5,0 %) дітей додатково було виявлено односторонню/двосторонню пірамідну недостатність (R29.2), у 77 (21,7 ± 4,6 %) дітей — перинатальне ураження ЦНС (F82), у 45 (12,7 ± 3,5 %) дітей діагностовано ДЦП (G80), у 36 (10 ± 3 %) пацієнтів — епілепсію (G40), у 30 (8,5 ± 3,0 %) дітей — інші психомоторні або генетичні розлади.

Одноразово проходили курс лікування за СІНР 62 (17,5 ± 4,2 %) дитини з аутизмом, 32 (9 ± 3 %) дитини пройшли курс двічі, 41 (11,5 ± 3,3 %) дитина — тричі, 11 (3,1 ± 1,7 %) пацієнтів проходили лікування за СІНР більш ніж 10 разів, з них 2 (2 ± 1 %) — більш ніж 20 разів. Курс реабілітації дітей з аутизмом тривав протягом двох тижнів. Середня щоденна тривалість процедур склала 175 хвилин на день для первинних пацієнтів та 205 хвилин для пацієнтів, що проходили два або більше курсів лікування за СІНР. Довша загальна тривалість процедур у цих пацієнтів зумовлена включенням додаткових методик на повторному курсі/курсах реабілітації.

Усі без винятку діти з аутизмом отримували базовий набір реабілітаційних технологій: біомеханічну корекцію хребта за методом проф. Козьявкіна, лікувальну фізкультуру, воско-парафінові аплікації, спеціальну систему масажу та рефлексотерапію. Індивідуально за наявності показань використовували світлотерапію — 334 (94 ± 10 %) дитини, вібротерапію — 332 (93 ± 10 %) дитини, механотерапію — 305 (86 ± 9 %) дітей, заняття на біговій доріжці — 298 (84 ± 9 %) дітей, техніки мобілізації суглобів — 245 (70 ± 8 %) дітей, комп'ютерну ігротерапію з елементами робототерапії — 295 (83 ± 9 %) дітей, заняття ерго- та арт-терапією — 103 (29 ± 5 %) дітей, ритмічну групову гімнастику — 89 (25 ± 5 %) дітей, заняття в костюмі «Спіраль» — 18 (5 ± 2 %) дітей.

Обов'язковим було включення в систему на кожному курсі реабілітації методів соціальної інтеграції дитини з аутизмом — проведення групових олімпіад, театралізованих вечорів, конкурсів малюнку та інших групових

заходів для покращання соціальної інтеграції та спілкування дитини. Інтегроване перебування аутичних дітей разом із дітьми, що не мають порушень розвитку, є найбільш бажаним варіантом, оскільки для хворої дитини принципово важливо мати простір спілкування з іншими дітьми [20].

Аналіз отриманих результатів показав, що після проходження курсу лікування за СІНР у 145 із 149 (97 ± 10 %) пацієнтів з аутизмом з наявністю підвищеного м'язового тону в дистальних відділах нижніх кінцівок спостерігалось його зниження, збільшення обсягу активних та пасивних рухів спостерігалось в 139 із 149 (93 ± 9 %) пацієнтів. Покращання тонкої моторики кисті при наявності її порушень спостерігалось в 118 (41 ± 6 %) із 288 дітей, що супроводжувалось поліпшенням навиків самообслуговування у 85 (24 ± 5 %) пацієнтів.

В ході реабілітації за СІНР у хворих на аутизм був суттєво розширений їх руховий потенціал. У 35 (9,9 ± 3,1 %) пацієнтів під час реабілітації за СІНР були сформовані нові великі рухові функції: 15 (4,2 ± 2,2 %) дітей почали підсакувати на одній нозі, 7 (2 ± 1 %) дітей — самостійно стояти/вставати з лежачого положення, 6 (1,7 ± 1,1 %) дітей — підсакувати на двох ногах, 5 (1,4 ± 1,0 %) дітей — самостійно ходити, 2 (0,6 ± 1,0 %) дитини — самостійно сидіти (рис. 1.).

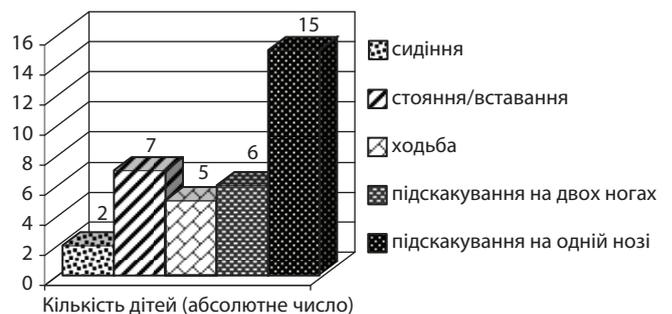


Рис. 1. Формування нових рухових функцій у пацієнтів з аутизмом

Затримка психомовного розвитку до початку лікування за СІНР спостерігалась у 316 (89 ± 9 %) дітей. У 58 (18 ± 4 %) дітей відбувалась редукція ознак затримки психомовного розвитку уже після проходження першого курсу лікування, а у 224 (63 ± 8 %) дітей — після проходження повторного/повторних курсів лікування ($p < 0,05$).

Облігатним для даної групи пацієнтів є різноманітні та складні порушення спілкування, так, розлади контакту з оточуючими до лікування спостерігались у 344 (97 ± 10 %) дітей. Після проходження повторних курсів лікування відбулась повна редукція порушень соціалізації у 160 (45 ± 7 %) дітей, разом з тим у 184 (53 ± 7 %) дітей ознаки порушень зберігались, але їх прояви були менш інтенсивними ($p < 0,01$).

Дефіцит концентрації уваги спостерігався у 341 (96 ± 10 %) дитини з аутизмом до початку лікування. Відмічено суттєве покращання характеристик довільної уваги у 79 (23 ± 5 %) дітей після проходження одного курсу лікування за СІНР, а у 151 (44 ± 7 %) дитини — після проходження повторного курсу/курсів реабілітації ($p < 0,05$).

Відмічалась позитивна динаміка в формуванні мовленнєвих функцій: починали говорити нові звуки 45 (13 ± 4 %) пацієнтів, склади — 40 (12 ± 4 %), слова —

35 (11 ± 3 %), починали говорити фразами — 16 (5 ± 2 %), реченнями — 15 пацієнтів (4 ± 2 %) (рис. 2). Покращилось розуміння зверненої мови у 135 (38 ± 6 %) дітей, поліпшився темп мови у 103 (29 ± 5 %) дітей, прояви дислалії стали менш вираженими у 85 (24 ± 5 %) дітей.

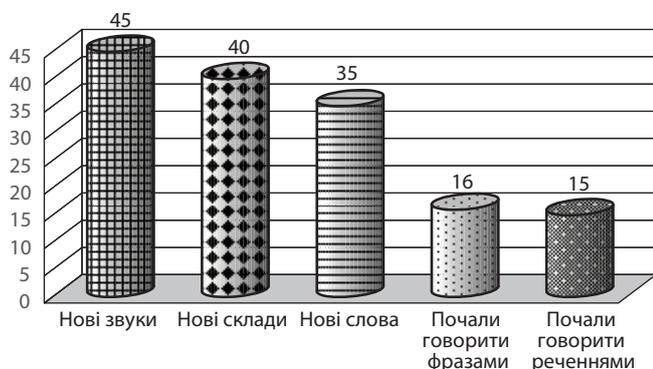


Рис. 2. Формування нових мовних функцій у хворих на аутизм після курсу реабілітації за СІНР

Після проходження повторних курсів реабілітації за СІНР у 54 ± 7 % пацієнтів спостерігалась поява нових мовних функцій та перехід до вищого рівня мовного розвитку. У 48 (13,5 ± 3,8 %) дітей, які говорили лише окремі слова, та у 18 (5,1 ± 2,3 %) пацієнтів, які вимовляли лише звуки/склади, з'явилась виразна фразова мова (табл. 1.).

Таблиця 1. Динаміка показників стану мовних функцій у пацієнтів з аутизмом (%)

Ефективність реабілітаційних заходів	Після першого курсу реабілітації	В кінці останнього курсу/курсів реабілітації
Без покращання/погіршення	—	—
Покращання (виразність, темп мови, різноманітніші голосові і звукові реакції)	65	30
Значне покращання (поява нових мовних функцій, наступний етап мовного розвитку)	34	54
Стойке покращання/виздоровлення	1	16

До початку реабілітації за системою СІНР середній бал за шкалою АТЕС склав 66,83 ± 9,94 бали, що свідчить про наявність у дітей виражених порушень комунікації, мовних функцій, соціалізації та поведінкового реагування. Після завершення курсу реабілітації цей показник зменшився до 52,6 ± 6,1 бали, тобто має місце позитивна динаміка оцінюваних параметрів. За даними шкали в цілому поліпшення психоемоційного стану спостерігалось у 89 ± 9 % дітей. Найбільші зміни були відзначені у мовній сфері (17,0 балів до курсу і 14,6 бали після курсу), соціалізації (15,9 бали і 12,2 бали відповідно) і поведінці (22,2 бали і 18,1 відповідно).

При оцінюванні дітей з аутизмом за шкалою CARS (під час їх останнього курсу реабілітації в МКВЛ) у 61,3 ± 7,8 % дітей мало місце виражене чи істотне покращання стану, у 29 ± 5 % дітей — незначне покращання або збереження легких/помірних проявів, у 9,7 ± 3,1 % дітей — психічний стан залишався без значущих змін, зберігалися виражені прояви аутизму. У жодної дитини динаміка показників за шкалою CARS не свідчила про погіршення їхнього стану.

Під час підсумкового оцінювання загальної динаміки клінічного стану за шкалою CARS у 90,3 ± 9,5 % дітей при регулярному лікуванні за методикою СІНР спостерігались значні позитивні зміни у вигляді редукції аутистичної симптоматики.

Згідно з результатами обстеження за допомогою тесту Равена, до початку лікування 39 ± 6 % хворих на аутизм перебували в зоні інтелектуального дефекту (V зона), 35,5 ± 6,0 % — в зоні пограничного інтелектуального стану (IV зона), 22 ± 5 % — в зоні середньої норми інтелектуального розвитку (III зона). Хорошу норму (II зона) виявлено лише у 3,5 ± 2,0 % обстежуваних, високий рівень інтелектуального розвитку у цих дітей був відсутній. Результати дослідження інтелектуальних можливостей хворих в основному узгоджувалися з даними клініко-психопатологічного вивчення цих дітей і підтверджували більшість з них. Вони переконливо показали, що когнітивні порушення у дитини з аутизмом є одним із провідних і частих синдромів в клінічній картині цього захворювання.

Аналіз результатів динамічного дослідження рівня інтелектуального розвитку дітей за допомогою тесту Равена після закінчення першого курсу реабілітації виявив наявність у обстежуваних виразних позитивних зрушень в рівні їх інтелектуальної продуктивності. Динаміка інтелектуальних показників в різних клінічних групах дітей з аутизмом мала односпрямований характер. Найбільш виражені позитивні зміни рівня інтелектуального розвитку відбувалися у хворих з низькими його показниками (після курсу реабілітації в зоні інтелектуального дефекту лишались 30,5 ± 5,5 % дітей, порівняно з 39,0 ± 6,0 % до початку лікування, в зоні пограничного стану — 25,5 ± 5,0 % порівняно з 35,5 ± 6,0 % до початку лікування). Після повторних курсів лікування кількість дітей з нормальним розвитком інтелекту склала 73,0 ± 8,0 % (до початку лікування — 25,5 ± 5,0 %, $p < 0,01$), з них 4,0 ± 2,0 % дітей — з високим розвитком інтелекту (I зона). Кількість пацієнтів з розумовим дефектом (V зона) після повторних курсів реабілітації зменшилась з 39,0 ± 6,0 % до 14,0 ± 4,0 % ($p < 0,05$) (табл. 2.).

Таблиця 2. Розподіл хворих на аутизм за зонами інтелектуального розвитку (за даними тесту Равена)

Зони інтелектуального розвитку	Кількість хворих, % (n = 79)		
	до початку лікування	в кінці першого курсу лікування	останній курс лікування
I зона (висока норма)	—	—	4,0 ± 2,0
II зона (хороша норма):			
II +	3,5 ± 2,0	2,5 ± 2,0	23,0 ± 5,0
II -	—	12,0 ± 3,0	11,0 ± 3,0
Усього	3,5 ± 2,0	14,5 ± 4,0*	34,0 ± 6,0**
III зона (середня зона):			
II +	9,0 ± 3,0	16,0 ± 4,0	18,0 ± 4,0
III -	13,0 ± 4,0	11,5 ± 3,0	17,0 ± 4,0
Усього	22,0 ± 5,0	27,5 ± 5,0	35,0 ± 6,0
IV зона (пограничний стан):			
IV +	16,5 ± 4,0	12,0 ± 3,0	8,0 ± 3,0
IV -	19,0 ± 4,0	13,5 ± 4,0	5,0 ± 2,0
Усього	35,5 ± 6,0	25,5 ± 5,0*	13,0 ± 4,0**
V зона (розумовий дефект)	39,0 ± 6,0	30,5 ± 5,5	14,0 ± 4,0**

Примітки: * — різниця показників на початку та в кінці курсу реабілітації ($p < 0,05$); ** — різниця показників між першим і останнім курсом ($p < 0,05$)

Затримка формування здатності дитини з аутизмом до засвоєння пропонованого стереотипу дій, згідно з профілем RER-R, складала до лікування $54,4 \pm 7,7$ місяців, після реабілітації за СІНР відставання у формуванні даного навичку скоротилося на $20,1 \pm 4,1$ місяців ($36,9 \pm 6,1$ %). Найбільші зміни відбулись за параметрами «загальна і тонка моторика», «пізнавальні функції», «гра і зацікавленість предметами» та «мова».

Отримані результати дослідження впевнено свідчать про те, що після проходження реабілітації дітей з аутизмом за системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації спостерігається позитивна динаміка показників моторного розвитку, а саме зниження м'язового тону в дистальних відділах нижніх кінцівок, збільшення обсягу активних та пасивних рухів, покращання тонкої моторики кисті, формування нових великих моторних функцій. В ході реабілітації відбувається поліпшення комунікативних навичок і в цілому рівня соціалізації хворих, редукція аутистичної симптоматики, підвищується рівень когнітивної продуктивності, достовірно збільшується кількість дітей з нормативними рівнями інтелектуального розвитку. Спостерігається позитивна динаміка в формуванні мовленнєвих функцій: покращується розуміння зверненої мови, поліпшується темп мови, зменшуються прояви дислалії, відзначається перехід дитини на вищий етап мовного розвитку.

Загалом у хворих в процесі лікування за СІНР відбувається позитивна трансформація паттерну показників, що відображають актуальний психоневрологічний стан та рівні комунікативного, інтелектуального та мовного розвитку дитини. Зважаючи на вищезазначені дані, можна зробити висновок, що СІНР є сучасною реабілітаційною технологією, яку можна використовувати для ефективної реабілітації хворих на дитячий аутизм, в ході якої відбувається нормалізація їх моторного, комунікативного, інтелектуального і мовного розвитку.

Список літератури

- Centers for Disease Control (CDC). Prevalence of autism spectrum disorders [Text] : Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 sites. — United States, MMWR No. 55-3. — 2012. — P. 61.
- Hultman C. M. Perinatal risk factors for infantile autism [Text] / C. M. Hultman, P. Sparen, S. Cnattingius. — Epidemiology. — Vol. 13, 2002. — P. 417—423.
- Centers for Disease Control (CDC). Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years [Text]: Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites. — United States, No. 63 (SS02). — March 28, 2014. — P. 1—21.
- Марценковський І. А. Очерки детской психиатрии. Аутизм [Текст] : учебное пособие для специалистов в области охраны психического здоровья детей / под ред. И. А. Марценковского. — НейроNews. — 2014. — 280 с.
- Марценковський І. А. Вимоги до програмно-цільового обслуговування дітей з розладами зі спектра аутизму [Текст] : методичні рекомендації / І. А. Марценковський, Я. Б. Бікшаєва, О. В. Ткачова. — К., 2009. — 46 с.
- The Economic impact of Autistic Children Entering the Adult Population 2014—2028 [Text] : A Research Report. — USA : SAGE Crossing Foundation, INC., 2013. — P. 1.
- Довідник Національного аутистичного товариства Великобританії «Підходи до корекції аутизму» [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://autism.in.ua/en/coop/102-international?format=pdf>. — Дата доступу 06.12.2014 р. — Назва з домашньої сторінки Інтернету.
- Веденина М. Ю. Использование поведенческой терапии аутичных детей для формирования навыков бытовой адаптации. Сообщение II [Текст] / М. Ю. Веденина, О. Н. Окунева // Дефектология. — 1997. — № 3. — С. 15—20.
- Gleberzon B. J. The use of spinal manipulative therapy for pediatric health conditions: a systematic review of the literature [Text] / B. J. Gleberzon, J. Arts, A. Mei, E. L. // J. Can Chiropr Assoc. — 2012 Jun — 56 (2):128. — P. 41.
- Alcantara J. A systematic review of the literature on the chiropractic care of patients with autism spectrum disorder [Text] / J. Alcantara, J. D. Alcantara, J. Alcantara // Explore (NY). — 2011 Nov-Dec. — 7 (6): 384 — P. 90.
- Козьявкін В. І. Система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації за методом Козьявкіна [Текст] / В. І. Козьявкін. — Львів; Трускавець : «Малти-М», 1999. — 280 с.
- Козьявкін В. І. Дитячі церебральні паралічі. Медико-психологічні проблеми [Текст] / В. І. Козьявкін, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Подкоритов. — Л. : НВФ Українські технології, 1999. — 144 с.
- Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS) [Text] / [E. Schopler, R. J. Reichler, R. F. DeVellis, K. Daly] // J Autism Dev Disord. — 1980. — 10 (1). — P. 91—103.
- Developmental surveillance and screening for infants and young children [Text] / Committee on Children and Disabilities, American Academy of Pediatrics // Pediatrics. — 2001. — 108 (1). — P. 192—195.
- Rimland B. Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC): Autism Research Institute, San Diego, CA. — 1999 [Electronic resource] / B. Rimland, S. M. Edelson. — Mode of access : http://www.autism.com/ind_atec. — Last access : 06.12.2014. — Title from the screen.
- Корсини Р. Психологическая энциклопедия [Текст] // Цветные матрицы Равена / Р. Корсини, А. Ауэрбах. — СПб.: Питер, 2006. — 1096 с.
- Promising Practices for the Identification of Individuals with Autism Spectrum Disorders. Minnesota Eligibility Criteria for Special Education [Text]. — MN Rule adopted June 12, 2000. — 72 p.
- Качмар В. О. Електронна медична карта пацієнта. Взаємосумісність та стандартизація [Текст] / В. О. Качмар, А. І. Хвищун // Український журнал телемедицини та мед. телематики. — 2008. — Т. 6. — № 1. — С. 76—79.
- Тарасун В. В. Концепція розвитку, навчання і соціалізації дітей з аутизмом [Текст] : навч. посіб. для вищих навч. закладів / В. В. Тарасун, Г. М. Хворова. — К.: Науковий світ, 2004. — 100 с. — Бібліогр. — С. 92—96.

Надійшла до редакції 05.01.2015 р.

КОЗЬЯВКІН Володимир Ілліч, доктор медичних наук, професор, Герой України, Генеральний директор Міжнародної клініки відновного лікування, м. Трускавець; e-mail: center@reha.lviv.ua

ШЕСТОПАЛОВА Людмила Федорівна, доктор психологічних наук, професор, завідувачка відділом медичної психології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків; e-mail: 6834101@ukr.net

ВОЛОШИН Тарас Богданович, лікар-невролог, науковий співробітник-консультант Інституту проблем медичної реабілітації, Трускавець; e-mail: voloshynt@yandex.ru

KOZYAVKIN Volodymyr, Doctor of Medical Sciences, Professor, Hero of Ukraine, General Director of the International Clinic of Rehabilitation, Truskavets'; e-mail: center@reha.lviv.ua

SHESTOPALOVA Liudmyla, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Head of the Department of Medical Psychology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv; e-mail: 6834101@ukr.net

VOLOSHYN Taras, Physician-neurologist, Researcher-consultant of the Institute of medical rehabilitation, Truskavets'; e-mail: voloshynt@yandex.ru

УДК 616.12-008.313-053.9

В. В. Бокатуєва

КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КАРДІОЕМБОЛІЧНОГО ІНСУЛЬТУ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЙОГО КІНЦЯ

В. В. Бокатуєва

Клинические особенности кардиоэмболического инсульта в зависимости от его исхода

V. V. Bokatueva

Clinical particularities of cardioembolic stroke, depending on the outcome

Представлены результаты исследования 126 больных кардиоэмболическим инсультом (КЭИ) с благоприятным (86 человек) и фатальным (40 человек) исходом. Показано, что группы выживших и умерших пациентов с КЭИ достоверно не различаются по полу и возрасту, по частоте встречаемости разного характера фибрилляции предсердий (ФП) (в 81 % случаев постоянная ФП встречалась в группе выживших и у 72 % — умерших), по локализации очага ишемии (при постоянной ФП в обеих группах чаще очаг ишемии локализовался в бассейнах левой и правой средних мозговых артерий).

Выявлены достоверные отличия между исследуемыми группами по состоянию сознания при поступлении в стационар (ясное сознание было у 75 % выживших пациентов и только у 25 % умерших), по степени двигательных нарушений (высокая степень двигательных нарушений выявлена у 70 % пациентов с фатальным исходом КЭИ и только у 29 % — с благоприятным), по количеству сопутствующих заболеваний (в среднем 1,1 заболевания на одного пациента в группе выживших и 4 — в группе умерших), по содержанию фибриногена в крови.

Ключевые слова: кардиоэмболический инсульт, фибрилляция предсердий, соматическое состояние, очаг ишемии

Подані результати дослідження 126 хворих на кардіоемболічний інсульт (КЕІ) із сприятливим (86 чоловік) і фатальним (40 чоловік) кінцем захворювання. Показано, що групи пацієнтів з КЕІ, що вижили і померли, достовірно не розрізняються за статтю та віком, за характером фібриляції передсердь (ФП) (у 81 % випадків постійна ФП спостерігалася в групі тих пацієнтів, які вижили, і у 72 % випадків — у померлих), за локалізацією вогнища ішемії (при постійній ФП в обох групах частіше вогнище ішемії локалізувалося у басейнах лівої і правої середніх мозкових артерій).

Виявлені достовірні різниці між досліджуваними групами за станом свідомості при надходженні до стаціонару (ясна свідомість була у 75 % пацієнтів, які вижили, і тільки у 25 % — тих, що потім померли), за ступенем рухових порушень (високий ступінь рухових порушень виявлений у 70 % пацієнтів з фатальним кінцем КЕІ і тільки у 29 % — із сприятливим), за кількістю супутніх захворювань (в середньому 1,1 захворювання на одного пацієнта з групи тих пацієнтів, що вижили, і 4 — в групі померлих), за вмістом фібриногену в крові.

Ключові слова: кардіоемболічний інсульт, фібриляція передсердь, соматичний стан, вогнище ішемії

The results of supervision of 126 cardioembolic stroke patients with satisfactory (86 people) and fatal (40 people) outcome are presented. It was shown that survived and deceased cardioembolic stroke patients were not differentiated by gender and age. The certain difference was not found frequent of atrial fibrillation in different types (the permanent atrial fibrillation was found in 81 % of survived patients and in 72 % of deceased patients). The survived and deceased patients were all influenced by ischemic focus localization (in patients with permanent atrial fibrillation was localized in systems of left and right medial cerebral arteries).

The significant difference between the examined groups was found in state of consciousness at the moment of hospitalization, in the motor defects severity and in number of comorbidity conditions. The clear consciousness was examined in 75 % of survived patients, and only in 25 % of dead patients at the moment of hospitalization. The high level of motor defects was observed 70 % of patients with fatal outcome, and only in 29 % of survived patients. The number of comorbidity conditions was certainly higher in dead patients. The average number of comorbidity conditions was equal to 1.1 in survived patients, and it was equal to 4 in patients with fatal outcome.

Keywords: cardioembolic stroke, atrial fibrillation, somatic state, ischemic focus

Ишемический инсульт (ИИ) представляет собой клинический синдром, развивающийся вследствие резкого, вплоть до критического, снижения кровоснабжения участка мозга в определенном артериальном бассейне. Это приводит к ишемии с формированием очага острого некроза мозговой ткани — инфаркта мозга. Определение факторов этиологии и патогенеза цереброваскулярных заболеваний, приводящих к ИИ, позволяет выявить предикторы его развития, что является ключевым моментом успешной профилактики и лечения [3, 4, 6, 17].

Медико-социальными последствиями острых нарушений мозгового кровообращения является инвалидизация населения, поскольку только 10—20 % выживших больных в состоянии вернуться к прежнему труду, около 30 % лиц, перенесших инсульт, восстанавливаются в неполной мере, а еще 20 % глубоко инвалидизируются и нуждаются в посторонней помощи в быту, что, несомненно, обуславливает огромный финансово-экономический ущерб, наносимый обществу [6, 7, 9, 21].

© Бокатуєва В. В., 2015

ИИ возникает вследствие взаимодействия разноплановых факторов, которые можно условно подразделить на долговременные (постепенно развивающиеся и создающие ситуацию, определяющую возможность инсульта) и являющиеся непосредственной причиной сосудистого эпизода (факторы риска). На рисунке представлена разработанная нами на основании данных литературы схема этиопатогенеза инфаркта мозга. В обобщенном виде в патогенезе церебральных ишемий выделяют тромбоз, эмболию, ишемию в зоне морфологически измененного сосуда (обычно в условиях нарушения церебральной гемодинамики, гемореологических показателей крови), феномен внемозгового или внутримозгового обкрадывания.

В соответствии с современной классификацией ИИ по механизму прекращения кровотока в сосудах головного мозга, подразделяют на атеротромботический, кардиоэмболический, лакунарный, гемодинамический, гемореологический и инсульт другой этиологии (травматическая диссекция, длительный мигренозный приступ) [2, 9, 13].



Классификация факторов, вызывающих инфаркта мозга

Примечания: ИБС — ишемическая болезнь сердца; ДВС — диссеминированное внутрисосудистое свёртывание

В рамках концепции гетерогенности острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) пристальное внимание уделяется болезням сердца. Показано, что различные сердечно-сосудистые изменения при тщательном клинико-инструментальном исследовании обнаруживаются у 77 % больных с ишемическими нарушениями мозгового кровообращения [5, 8, 15].

По мнению специалистов, сердце и головной мозг являются взаимосвязанными органами-мишенями сосудистой патологии, клинические варианты которой (ишемическая болезнь сердца и инфаркт мозга) продолжают лидировать в структуре причин смертности населения развитых стран [4, 15].

Использование новых методов визуализации сердца и мозга позволило получить убедительные данные, подтверждающие роль заболеваний сердца в развитии цереброваскулярных заболеваний. Болезни сердца занимают второе место после артериальной гипертензии в структуре факторов риска развития мозгового инсульта [6, 8, 20].

Современные исследования позволили получить достаточно подробные знания о заболеваниях сердца, ассоциированных с риском развития кардиогенного мозгового инсульта, а также установить роль сосудистых мозговых катастроф в инициировании и усугублении кардиальной патологии. Не случайно среди ИИ особое место занимает кардиоэмболический инсульт (КЭИ), возникающий как результат сердечно-сосудис-

той патологии. При КЭИ острое нарушение мозгового кровообращения и гибель мозговой ткани происходят в результате закупорки мозговых сосудов тромбом или эмболом, образующимся в сердце и попадающим в сосуды мозга с током крови. Факторами, способствующими развитию КЭИ, являются пороки сердечных клапанов. Стеноз или неполное смыкание створок клапана, а иногда и сочетание этих нарушений возникают вследствие атеросклеротических изменений, перенесенного бактериального эндокардита (на измененных стенках клапанов, вследствие воспалительного процесса, происходят разрастания), изменений створок клапанов при микседеме, травм и операций на сердце. По данным современных исследований, кардиогенная эмболия является причиной развития 29—39 % ишемических инсультов [10, 14].

Это не только определяет ведущую роль кардиальной патологии в патогенезе ИИ, но и влияет на его течение и исход. Общность этиологии и патогенеза ИБС и сосудистых заболеваний головного мозга настолько очевидна, что, по мнению ряда авторов, позволяет говорить об ишемической болезни сердца и мозга [11, 13].

Установлено, что среди заболеваний сердца, которые приводят к развитию мозговых инсультов, наиболее значимым является фибрилляция предсердий (ФП), поскольку ее удельный вес при ИИ колеблется от 15 до 75 %, а при сочетании с другими факторами риска достигает 86 % [5, 12]. ФП является одной из распространенных форм сердечных аритмий и выявляется у 0,4 % населения земного шара [21]. Популяционные исследования показали, что риск развития ИИ у больных с ФП повышается в 5 раз по сравнению с лицами того же возраста с синусовым ритмом [19]. Существует мнение, что в течение жизни у каждого третьего больного с ФП возникает ИИ. Наличие ФП повышает риск возникновения инсульта до 44 % [5].

ФП может быть представлена отдельным приступом и серией приступов («пароксизмальная форма») или же может быть постоянной [5, 16—19, 21].

Постоянная форма ФП различной этиологии является наиболее часто регистрируемой аритмией у пациентов с ишемическим инсультом и отмечается в 15—20 % наблюдений.

Фибрилляция предсердий — это хроническое прогрессирующее заболевание, при котором происходит постепенная эволюция от пароксизмальной формы к персистирующей и в дальнейшем — к постоянной форме ФП. Если впервые выявленная пароксизмальная ФП часто купируется спонтанно, то в последующем она может рецидивировать (у 50 % — пациентов в течение 1 мес.), причем частота и длительность пароксизмов со временем увеличиваются. Через 4 года ФП трансформируется в персистирующую форму у 20 % пациентов, а через 14 лет — у 77 %. Частота развития персистирующей формы ФП составляет 5—10 % в год, причем наличие сопутствующей кардиальной патологии способствует ее повышению. При этом восстановление синусового ритма представляет все более сложную задачу, в связи с тем, что лечение становится все менее эффективным [5, 12, 14].

Стабильное увеличение смертности в результате инсульта в Украине указывают на высокую актуальность разработки новых методов диагностики, лечения, прогнозирования исходов данной патологии.

Целью данной работы является сравнительная оценка клинического течения кардиоэмболического инсульта при благоприятном и фатальном исходе.

Под нашим наблюдением находилась группа из 126 больных (86 выживших и 40 умерших) с КЭИ, обследование и лечение которых проводилось на базе специализированного отделения сосудистой патологии головного мозга ЦКБ «Укрзалізниці».

Для обследования пациентов были использованы общеклинические, лабораторные и инструментальные методы. На основании шкал была проведена оценка степени нарушения сознания при поступлении в стационар (Шкала комы Глазго), риска возникновения инсульта у пациентов с фибрилляцией предсердий (Шкала CHADS2-VASc). Для оценки тяжести неврологической симптоматики в остром периоде ишемического инсульта была использована шкала NIHSS, позволяющая ориентировочно определить прогноз заболевания. Каждому пациенту проводилась оценка степени нарушения двигательных функций по пятибалльной шкале. Для оценки расстройств микроциркуляторного гемостаза у всех пациентов определяли количество тромбоцитов, протромбиновый комплекс (ПТК), концентрацию фибриногена, содержание растворимого фибрина (РФМК). Для верификации очага поражения производили спиральную компьютерную томографию головного мозга. Для выявления полиорганной недостаточности (ишемической болезни сердца, сахарного диабета, хронических обструктивных заболеваний легких, хронических болезней почек, желчнокаменной болезни, острого желудочно-кишечного кровотечения, тромбозов легочной артерии и другой патологии) были использованы данные анамнеза и результаты консультаций смежных специалистов. Для учета признаков полиорганной недостаточности при проведении математической обработки результатов исследований был введен интегративный показатель, который рассчитывали путем сложения баллов, начисляемых за каждое имеющееся у пациента заболевание. Наличие любого из перечисленных выше заболеваний у пациента оценивали в 1 балл. Соответственно, чем более тяжелое соматическое состояние наблюдалось у пациента, тем выше был интегративный показатель.

С использованием метода ультразвукового ангиосканирования у всех пациентов определяли степень выраженности атеросклеротического стенозирования

сонных артерий, с использованием эхокардиографии определяли фракцию выброса, оценка которой позволяет определить наличие и вариант хронической сердечной недостаточности.

Математическая обработка результатов исследований проведена с использованием описательных статистик и углового критерия Фишера.

Анализируя данные распределения обследованных больных в группы в зависимости от исхода КЭИ, а внутри групп — по полу и возрасту (табл. 1), можно отметить, что частота встречаемости мужчин и женщин в разных возрастных подгруппах и в группах умерших и выживших больных достоверно не отличается. Средний возраст выживших мужчин составил $(71,1 \pm 10,1)$ года с размахом от 47 до 88 лет, выживших женщин — $(73,3 \pm 7,9)$ года с размахом от 54 до 86 лет. Средний возраст умерших мужчин составил $(70,8 \pm 9,7)$ года с размахом от 54 до 86 лет, умерших женщин — $(75,4 \pm 7,8)$ года с размахом от 57 до 87 лет. Полученные результаты позволяют отметить, что в возрастном аспекте выжившие и умершие пациенты достоверно не различаются.

Таблица 1. Распределение обследованных больных по полу и возрасту, абс. (%)

Возраст, лет	Исход инсульта			
	благоприятный		фатальный	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
До 60	6 (13 ± 5,0)	3 (7 ± 4,0)	4 (22 ± 9,8)	1 (5 ± 4,6)
61—70	15 (33 ± 6,9)	12 (30 ± 7,2)	3 (17 ± 8,9)	5 (23 ± 9,0)
71—80	13 (28 ± 6,6)	17 (43 ± 7,8)	8 (44 ± 11,7)	10 (45 ± 10,6)
старше 80	12 (26 ± 6,5)	8 (20 ± 6,3)	3 (17 ± 8,9)	6 (27 ± 9,5)
Всего	46 (53 ± 5,4)	40 (47 ± 5,4)	18 (45 ± 7,9)	22 (55 ± 7,9)

Уровень сознания является важным прогностическим критерием выживаемости и функционального исхода у больных с мозговым инсультом. На основании анализа данных (табл. 2) выявлены достоверные отличия между группами умерших и выживших больных, состоящие в высокой частоте встречаемости нарушений сознания при поступлении в стационар в группе умерших пациентов.

Таблица 2. Состояние сознания при поступлении в стационар выживших и умерших больных, абс. (%)

Баллы по шкале ком Глазго	Исход инсульта			
	благоприятный		фатальный	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
4—8 (кома)	0	0	2 (11 ± 7,4)	4 (18 ± 8,2)
9—12 (сопор)	1 (2 ± 1,9)	2 (5 ± 3,4)	5 (28 ± 10,6)* Ф_{эмп} = 2,924	6 (27 ± 9,5)* Ф_{эмп} = 2,445
13—14 (оглушение)	10 (22 ± 6,1)	8 (20 ± 6,3)	7 (39 ± 11,5)	3 (14 ± 7,4)
15 (ясное сознание)	35 (76 ± 6,3)	30 (75 ± 6,8)	4 (22 ± 9,8)* Ф_{эмп} = 4,364	9 (41 ± 10,5)* Ф_{эмп} = 2,66
Всего	46	40	18	22

Примечание: * — различия в частоте встречаемости типа нарушения сознания в гендерных группах выживших и умерших достоверны ($p < 0,01$) по угловому критерию Фишера

Результаты оценки тяжести неврологической симптоматики в остром периоде ишемического инсульта по шкале NIHSS показали, что в группе выживших до 10 баллов включительно имели 59 человек (69%), 27 человек — от 11 до 20 баллов включительно. В группе умерших только 4 человека (10%) имели до 10 баллов (достоверно отличается от группы выживших по угловому критерию Фишера, $p < 0,01$), 26 человек — в интервале 11—20 баллов (достоверно отличается от группы выживших, $p < 0,01$) и 10 — свыше 20 баллов. Полученные результаты указывают на более тяжелую неврологическую симптоматику при поступлении в стационар в группе умерших пациентов.

Оценка риска инсульта у пациентов с ФП по шкале CHADS2-VASc показала, что среди выживших пациентов только у 4 был средний риск (1 балл по шкале) у остальных 82 имел место высокий риск. По 2 балла имели 17 пациентов, по 3 балла — 20, максимальный балл — 8 был у 3 пациентов. В группе умерших только 2 человека имели 1 балл, 1 человек — 2 балла, 5 — 3 балла, максимальный балл 8 имел 1 пациент. Полученные результаты указывают на высокий риск инсульта в обеих группах больных.

На основании анализа распределения пациентов по степени тяжести двигательных нарушений (табл. 3) можно отметить, что тяжелые нарушения достоверно чаще встречались в группе умерших пациентов.

Таблица 3. Распределение пациентов по степени двигательных нарушений, абс. (%)

Степень нарушения двигательных функций	Исход инсульта	
	благоприятный	фатальный
Паралич, незначительные сокращения мышц (0—1 балл)	25 (29 ± 4,9)	28 (70 ± 7,2)*; $\Phi_{Эмп} = 4,4$
Объем движений в суставе значительно снижен (1,5—2 балла)	8 (9,0 ± 3,1)	6 (15 ± 5,6)
Значительное сокращение объема движений в суставе, мышцы способны преодолеть силу тяжести (2,5—3,5 балла)	19 (22 ± 4,5)	4 (10 ± 4,7)
Легкое снижение силы мышц, при полном объеме движения (4—4,5 балла)	19 (22 ± 4,5)	2 (5 ± 3,4)
Нормальная сила мышц, полный объем движений (5 баллов)	15 (17 ± 4,1)	0

Примечание: * — различия в частоте встречаемости тяжелых двигательных нарушений в группах выживших и умерших больных достоверны

По последним данным, значительно расширилась роль оценки частоты сердечных сокращений (ЧСС) в клинической практике. Это связано с тем, что установлены зависимости между частотой сердечных сокращений и уровнем потребления кислорода миокардом, минутным объемом крови, продолжительностью жизни, увеличением риска атеросклероза, инфаркта миокарда, артериальной гипертензии, сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности [10, 18]. Оценка значений ЧСС в исследуемых группах показала, что частота встречаемости ЧСС свыше 90 достоверно выше ($p < 0,01$) в группе умерших (выявлена у 60% — 24 человек), чем в группе выживших (выявлена у 33% — 23 человек).

Результаты оценки фракции выброса в исследованных группах представлены в табл. 4. Норма фракции выброса левого желудочка составляет 55—70%. Значение 40—55% указывает на то, что фракция выброса ниже нормы. Показатель менее 40% говорит о наличии сердечной недостаточности. При снижении фракции левожелудочкового выброса менее 35% у больного существует высокий риск возникновения опасных для жизни перебоев в работе сердца.

На основании данных табл. 4 можно отметить, что низкая фракция выброса (менее 40%) в группе выживших была у 11% больных, тогда как в группе умерших — у 25%. Критическое значение фракции выброса отмечено только у одного больного из группы выживших, что достоверно меньше, чем в группе умерших.

Как было показано ранее, существенную роль в развитии кардиоэмболического инсульта играет фибрилляция предсердий. По результатам распределения пациентов обеих групп в зависимости от характера

фибрилляции предсердий (табл. 5) можно отметить, что достоверных отличий по частоте встречаемости разного характера ФП между группами не выявлено. В обеих группах достоверно чаще встречаются постоянные ФП.

Таблица 4. Распределение больных в зависимости от фракции выброса, абс. (%)

Фракция выброса, %	Исход инсульта	
	благоприятный (n = 86)	фатальный (n = 40)
Больше 55	41 (48 ± 5,4)	13 (32 ± 7,4)
40—55	35 (41 ± 5,3)	17 (43 ± 7,8)
35—40	9 (10 ± 3,2)	5 (12,5 ± 5,3)
Меньше 35	1 (1,0 ± 0,7)	5 (12,5 ± 5,3)* $\Phi_{Эмп} = 2,628$

Примечание: * — различия между группами пациентов достоверны ($p < 0,01$) по угловому критерию Фишера

Таблица 5. Распределение больных в зависимости от характера фибрилляции предсердий, абс. (%)

Характер ФП	Исход инсульта	
	благоприятный (n = 86)	фатальный (n = 40)
Постоянные	70 (81 ± 4,2)	29 (72 ± 5,7)
Персистирующие	16 (19 ± 4,2)*	8 (20 ± 6,3)*
Пароксизмальные	0	3 (8,0 ± 4,3)

Примечание: * — различия в частоте встречаемости постоянных и персистирующих ФП в обеих группах достоверны ($p < 0,01$)

Средний возраст выживших больных с постоянными ФП составил (72,8 ± 9,4) года (с размахом от 47 до 88 лет), с персистирующими ФП — (69,4 ± 7,9) года (с размахом от 54 до 89 лет). Средний возраст умерших пациентов с постоянными ФП составил (75 ± 8,3) лет (с размахом от 57 до 87 лет), с персистирующими ФП — (67,7 ± 8,2) лет (с размахом от 54 до 75 лет), с пароксизмальными ФП — (70 ± 13,2) лет (с размахом от 62 до 84 лет). Полученные результаты указывают на отсутствие достоверных отличий в возрастном аспекте между группами выживших и умерших пациентов с разным характером ФП.

Нами было проведено сравнение частоты встречаемости различной локализации очага ишемии в группах умерших и выживших пациентов с разным характером ФП (табл. 6)

Таблица 6. Распределение больных в зависимости от локализации очага ишемии с учетом характера фибрилляции предсердий, (%)

Характер фибрилляций	Локализация очага ишемии	Исход инсульта	
		Благоприятный	Фатальный
Постоянные	ЛСМА	42 (60 ± 5,9)	10 (36 ± 9,1)
	ЛВСА	0	4 (14 ± 6,6)
	ПСМА	22 (31 ± 5,1)	11 (39 ± 9,2)
	ПНМА	1 (2,0 ± 1,6)	0
	ВББ	5 (7,0 ± 3,0)	3 (11 ± 5,9)
Персистирующие	ЛСМА	6 (38 ± 12,1)	0
	ЛВСА	0	4 (44 ± 16,1)
	ПСМА	6 (38 ± 12,1)	1 (12 ± 8,5)
	ПНМА	0	4 (44 ± 16,1)
	ВББ	4 (24 ± 2,5)	0
Пароксизмальные	ПСМА	0	3 (100)

Примечание: ЛСМА — левая средняя мозговая артерия; ЛВСА — левая внутренняя сонная артерия; ПСМА — правая средняя мозговая артерия; ПНМА — передняя нижняя мозжечковая артерия; ВББ — вертебробазиллярный бассейн

Расчет частоты встречаемости определенной локализации очага ишемии проводили с учетом объема группы с соответствующим характером ФП (см. табл. 5). При сравнении частоты встречаемости различной локализации ишемии с использованием непараметрических критериев при благоприятном и фатальном исходах инсульта при постоянной ФП (см. табл. 6) достоверных отличий не выявлено. Можно отметить, что при постоянной ФП чаще очаг ишемии локализовался в бассейнах ЛСМА и ПСМА при обоих исходах инсульта. Группы с персистирующей ФП невелики, поэтому говорить о достоверно преобладающей локализации не приходится. В группе умерших было три случая пароксизмальной ФП и во всех из них очаг ишемии локализовался в бассейне ПСМА. Вопрос о локализации очага ишемии при различном характере ФП и исходе КЭИ представляет определенный интерес, однако может быть решен только при больших по объему группах пациентов.

Анализ влияния соматического состояния пациентов на исход КЭИ с учетом характера ФП проведен на основании исследования количества выявленных смежными специалистами сопутствующих заболева-

ний. Установлено, что при постоянной ФП в группе выживших на одного пациента в среднем приходится 1,1 заболевания, при персистирующей ФП — 0,9. В группе умерших при постоянной ФП на одного пациента приходится в среднем 4 сопутствующих заболевания, при персистирующей ФП — 3,8, при пароксизмальной ФП — 4. Полученные результаты указывают на достоверно ($p < 0,05$) более тяжелое соматическое состояние умерших больных.

При сравнении показателей гемостаза в группе выживших больных между подгруппами с постоянной и персистирующей ФП достоверных отличий не выявлено. Аналогично не выявлено отличий между подгруппами с постоянной и персистирующей ФП по показателям гемостаза в группе умерших. Если сравнивать средние значения показателей гемостаза в соответствующих группах выживших и умерших, то можно отметить, что имеются некоторые отличия в средних значениях показателей ПТК и РФМК. Выявлены достоверные ($p < 0,05$) отличия по U критерию Манна — Уитни в количестве фибриногена между группами выживших и умерших с персистирующей ФП, состоящие в более высоком его содержании в группе умерших. При постоянной ФП достоверных отличий между выделенными показателями не выявлено.

Сравнение средних значений индекса Бартела и показателя шкалы Ренкина в подгруппах с постоянной и персистирующей ФП достоверных отличий не показало.

На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы.

Группы выживших и умерших пациентов с КЭИ достоверно не различаются по полу, а также в возрастном аспекте.

При поступлении в стационар ясное сознание было у 75 % выживших пациентов и только 32 % умерших, что указывает на неблагоприятный прогноз выживаемости и функционального исхода.

Высокая степень двигательных нарушений выявлена у 70 % пациентов с фатальным и только у 29 % с благоприятным исходом КЭИ.

Исследование фракции выброса левого желудочка показало, что низкая фракция выброса (менее 40 %) в группе выживших была у 11 % больных, тогда как в группе умерших — у 25 %. Критическое значение фракции выброса отмечено только у одного больного из группы выживших, что достоверно меньше, чем в группе умерших.

Достоверных отличий в частоте встречаемости различного характера ФП между группами выживших и умерших больных не выявлено. В обеих группах достоверно чаще встречаются постоянные ФП (в 81 % случаев в группе выживших и 72 % — умерших).

При сравнении частоты встречаемости различной локализации ишемии с использованием непараметрических критериев при благоприятном и фатальном исходах инсульта при постоянной ФП достоверных отличий не выявлено. При постоянной ФП в обеих группах чаще очаг ишемии локализовался в бассейнах ЛСМА и ПСМА.

Анализ влияния соматического состояния пациентов на исход КЭИ с учетом характера ФП, проведенный на основании исследования количества выявленных сопутствующих заболеваний показал, что при постоянной ФП

в групі виживших на одного пацієнта в середньому приходить 1,1 захворювання, при персистируючій ФП — 0,9; в групі умерлих при постійній ФП на одного пацієнта приходить в середньому 4 супутуючих захворювання, при персистируючій ФП — 3,8, при пароксизмальній ФП — 4, що вказує на достовірно ($p < 0,05$) більш тяжеле соматическе состояние умерлих больних.

При сравненні показателів гемостаза не виявлено достовірних відмінностей між підгрупами з постійною і персистируючою ФП ні в групі виживших больних, ні в групі умерлих. Сравнювані показателі гемостаза в групах виживших і умерлих, можна відзначити, що існують деякі відмінності в середніх значеннях ПТК і РФМК. Виявлені достовірні ($p < 0,05$) відмінності по U критерію Манна — Уитні в кількості фібриногена між групами виживших і умерлих з персистируючою ФП: більш високе вміщення — в групі умерлих; при постійній ФП достовірних відмінностей не виявлено.

Середні значення індекса Бартела і показателя шкали Ренкіна в підгрупах з постійною і персистируючою ФП у виживших больних достовірно не відзначалися.

Перспективою дальніших досліджень являється розробка моделей прогнозу течення і исхода КЗІ в залежності від соматического состояния пацієнтів, локалізації і об'єму очага ішемії, значень показателів состояния серцево-судинної системи і гемостаза.

Список літератури

- Інструментальна діагностика кардіогенних інсультів [Текст] / В. П. Волошин, О. Є. Дубенко, В. Н. Куцин, Н. В. Дьолг // Український вісник психоневрології. — 1999. — Т. 7, вип. 2 (20). — С. 20.
- Варианти ішемічного інсульту [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.sosudy.pro>
- Де Фритас Г. Р. Первичная профилактика инсульта [Текст] / Г. Р. Де Фритас, Дж. Богуславский // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Инсульт (приложение). — 2001. — № 1, вып. 1. — С. 7—17.
- Дубенко О. Е. Кардиальная дисфункция при остром мозговом инсульте [Текст] / О. Е. Дубенко // Здоров'я України. — 2007. — № 21/1. — С. 79.
- Кузнецов В. В. Фибрилляция предсердий как патогенетический механизм развития кардиоэмболического инсульта [Текст] / В. В. Кузнецов, М. С. Егорова // Ліки України. — 2011. — № 4 (150). — С. 46—49.
- Медико-социальная экспертиза и инвалидность при инсультах [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.invalidnost.com/publ/mseh../2-1-0-36> <http://www.invalidnost.com/index/0-167>
- Мищенко Т. С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні [Текст] / Т. С. Мищенко // Судинні захворювання головного мозку. — 2006. — № 1. — С. 3—7.
- Практическая кардионеврология [Текст] / под ред. З. А. Суслиной, А. В. Фонакина. — М.: ИМА-ПРЕСС, 2010. — 304 с.
- Суслина З. А. Сосудистые заболевания головного мозга [Текст] / З. А. Суслина, Ю. Я. Варакин, Н. В. Верещагин. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — 254 с.
- Фонякин А. В. Кардиальные аспекты патогенеза ишемических инсультов [Текст] / А. В. Фонякин, Л. А. Гераскина // Международный неврологический журнал. — 2006. — № 7. — С. 3—8.
- Симоненко В. Б. Превентивная кардионеврология [Текст] / В. Б. Симоненко, Е. А. Широков. — СПб.: Изд-во Фолиант. — 2008. — 224 с.
- Сичов О. С. Фібриляція передсердь: стан проблеми в Україні та за кордоном [Текст] / О. С. Сичов // Український кардіологічний журнал. — 2007. — № 5. — С. 63—66.
- Суслина З. А. Сосудистые заболевания головного мозга в России: достижения и нерешенные вопросы [Текст] / З. А. Суслина // Кардионеврология : Труды 1 Национального Конгресса «Кардионеврология» / под ред. М. А. Пирадова, А. В. Фонакина. — М., 2008. — С. 7—10.
- Сычев О. С. Фибрилляция предсердий. Современные подходы к лечению и профилактике осложнений у пациентов с сопутствующей патологией сердца [Электронный ресурс] / О. С. Сычев. — Режим доступа : <http://www.education.umj.com.ua/.../fibrillyaciya-predserdi>.
- The heart and the brain. Aspects of their interrelation [Text] / D. Bartko, F. Ducat, S. Janco et al. // Vnitrlac. — 1996. — Vol. 42. — P. 482—489.
- Hart G. R. Meta-analysis: Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients who have nonvalvular atrial fibrillation [Text] / G. R. Hart // Ann. Intern. Med. — 2007. — 146. — P. 857—867.
- Kelly-Hayes M. The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: The Framingham Study [Text] / M. Kelly-Hayes // J. Stroke Cerebrovasc. Dis. — 2003. — Vol. 12. — P. 119—126.
- Stroke severity in atrial fibrillation: the Framingham study [Text] / H. J. Lin, P. A. Wolf, M. Kelly-Hayes, et al. // Stroke. — 1996. — Vol. 27. — P. 1760—1764.
- Lip G. Y. Management of atrial fibrillation: the NICE guidelines [Text] / G. Y. Lip, M. Rudolf, P. Kakar // Int. J. Clin. Pract. — 2007. — N 61. — P. 9—11.
- Outcomes among valvular heart disease patients experiencing ischemic stroke or transient ischemic attack in Olmsted County, Minnesota [Text] / [Petty G. W., Khandheria B. K., Whisnant J. P., et al.] // Mayo Clin. Proc. — 2005. — Aug. — Vol. 80(8). — P. 1001—1008.
- Stewart S. Cost of an emerging epidemic: an economic analysis of atrial fibrillation in the UK [Text] / S. Stewart, N. Murphy, F. Walker // Heart. — 2004. — Vol. 90. — P. 286—92.
- Wolf P. A. Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: The Framingham Study [Text] / P. A. Wolf, R. D. Abbott, W. B. Kannel // Stroke. — 1991. — Vol. 22. — P. 983—988.

Надійшла до редакції 13.01.2015 р.

БОКАТУЄВА Вікторія Васильевна, врач-невропатолог первого неврологического отделения Государственного лечебно-профилактического учреждения «Центральная клиническая больница Укрзалізниця», г. Харьков; e-mail: bokatueva@gmail.com

BOKATUEVA Viktoriia, Physician-neurologist in the first Neurology Department of the State Institution for Treatment and Prevention "Central Clinical Hospital Ukrzaliznyi", Kharkiv; e-mail: bokatueva@gmail.com

Н. П. Волошина, І. К. Волошин-Гапонов, Е. А. Важова

АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ ВИЛЬСОНА — КОНОВАЛОВА

Н. П. Волошина, І. К. Волошин-Гапонов, О. А. Важова

Алгоритми діагностики і ведення пацієнтів з хворобою Вільсона — Коновалова

N. P. Voloshyna, I. K. Voloshyn-Gaponov, O. A. Vazhova

Algorithms of diagnostics and conducting of patients with Wilson's disease

В работе на основании данных литературы и анализа собственных результатов обследования и лечения 100 больных болезнью Вильсона — Коновалова (БВК) предложен алгоритм диагностики и ведения пациентов с БВК. Показано, что в настоящее время нет ни одного метода, на основании лишь которого было бы возможно поставить диагноз БВК, поэтому диагностика БВК основывается только на результатах нескольких клинических и биохимических исследований.

На протяжении всей жизни, кроме приема хелаторов и солей цинка, в зависимости от клинической картины и данных лабораторных исследований, необходимо 1—2 раза в год проводить курсовую терапию с применением нейропротекторов, гепатопротекторов, вазоактивных и антиоксидантных препаратов.

Ключевые слова: болезнь Вильсона — Коновалова, диагностика, лечение

У роботі на підставі даних літератури та аналізу власних результатів обстеження та лікування 100 хворих на хворобу Вільсона — Коновалова (ХВК) запропонований алгоритм діагностики та ведення пацієнтів з ХВК. Показано, що в даний час немає жодного методу, на підставі лише якого було б можливо поставити діагноз ХВК, тому, діагностика ХВК ґрунтується тільки на результатах декількох клінічних та біохімічних досліджень.

Протягом усього життя, крім прийому хелатора і солей цинку, залежно від клінічної картини і даних лабораторних досліджень, необхідно 1—2 рази на рік проводити курсову терапію із застосуванням нейропротекторів, гепатопротекторів, вазоактивних і антиоксидантних препаратів.

Ключові слова: хвороба Вільсона — Коновалова, діагностика, лікування

The algorithm of diagnostics and conducting of persons with Wilson's disease (WD), based on data of literature and analysis of own results of examination and treatment of 100 patients, is offered in this work. The absence of single method for reliable diagnostics of WD this time is shown. That is why diagnostics of WD should be based on results of several clinical and biochemical researches only.

It was made conclusion about necessity of lifetime repeated courses of therapy (once or twice per year depending on clinical picture and results of laboratory tests) with application of neuroprotectors, hepatoprotectors, antioxidants and vasoactive drugs (besides helators and zinc salts).

Key words: Wilson's disease, diagnostics, treatment

В последние годы внимание многих авторов вновь привлекают различные аспекты болезни Вильсона — Коновалова (БВК). Это обусловлено прежде всего затрудненной, а следовательно, поздней диагностикой заболевания, что обуславливает несвоевременную и недостаточно патогенетически обоснованную терапию. Все это приводит к ранней инвалидизации и гибели больных в молодом возрасте.

Болезнь Вильсона — Коновалова — относительно редкое хроническое заболевание, распространенное по всему миру. В среднем, частота гомозиготного носительства гена АТР7В составляет 1:200 тыс. населения [2, 31]. Однако, по данным других авторов, частота гомозиготного носительства значительно выше и достигает до 1:30 тыс. населения. Распространенность гетерозиготного носительства при этом на несколько порядков выше и составляет 1:200. В настоящее время общепризнано, что это заболевание встречается значительно чаще, чем оно диагностируется [9, 24].

Согласно последним данным, развитие болезни Вильсона — Коновалова определяет ген АТР7В, расположенный на длинном плече 13 хромосомы и кодирующий трансмембранный белок АТФ-азу Р-типа, который встраивает молекулу меди в апоцерулоплазмин и осуществляет элиминацию меди в желчь. Вследствие нарушения выделения меди происходит ее накопление не только в печени, но и в головном мозге, почках и других внепеченочных тканях. При этом клинические проявления БВК зависят от количества накопившейся свободной токсической меди в тели или иных органах [4, 26].

С учетом большого количества мутаций гена АТР7В (более 350) для БВК характерны как патоморфологический, так и клинический полиморфизм, а отсюда — и вы-

сокая неспецифичность как структурных изменений, так и клинических симптомов и синдромов заболевания.

По мере накопления свободной меди в структурах головного мозга преневрологическая абдоминальная стадия заболевания переходит в неврологическую, с развитием различных неврологических и психопатологических симптомов и синдромов.

Такой выраженный клинический полиморфизм этого заболевания значительно затрудняет своевременную постановку диагноза, в то время как только ранняя диагностика позволяет проводить эффективную терапию.

Несмотря на то, что БВК является наследственно обусловленным заболеванием, диагноз устанавливают в основном не на основании генетического исследования, а на основании клинико-лабораторных исследований. Данная ситуация обусловлена тем, что генетический анализ весьма дорогостоящий и довольно трудоемкий из-за большого количества (более 350) мутаций гена АТР7В.

Диагностика БВК основывается на результатах нескольких, клинических и биохимических исследований. Однако каждое диагностическое исследование имеет свои ограничения, и только комбинация клинических, биохимических, инструментальных и генетических тестов обеспечивает функциональный и надежный инструмент для диагностики этого заболевания с выраженным клиническим полиморфизмом.

В настоящее время общепризнанным стандартом постановки диагноза БВК является наличие колец Кайзера — Флейшера, снижение церулоплазмينا в сыворотке крови ниже 0,200 г/л (норма: 0,200—0,600 г/л); увеличение экскреции меди с мочой более 60—100 мкг/сутки (норма: менее 60 мкг/сутки), концентрация меди в сухом остатке биоптата ткани печени — более 100 мкг/г.

Дополнительными методами диагностики являются генетические исследования, нейровизуализационные

методи (магнітно-резонансна томографія — МРТ, магніторезонансна спектроскопія — МР-спектроскопія), ультразвукове дослідження (УЗИ) органів брюшної порожнини, визначення рівня мочевої кислоти в сироватці крові [1, 8, 9, 26]. Однак, незважаючи на високу специфічність показателів общепризнанного стандарту, ні один з них не може мати самостійного діагностичного значення.

На обстеженні і лікуванні в клініці Інституту неврології, психіатрії і наркології НАМН України знаходилися 100 пацієнтів з БВК. З них 32 чоловіки спостерігалися в динаміці від одного до п'яти років. Наша вибірка хворих є однією з найбільших в Європі і найбільшою в Україні.

З усіх 100 пацієнтів 45 були жінками, 55 — чоловіками. На період госпіталізації в клініку вік хворих знаходився в межах 5—55 років, в середньому — $27,6 \pm 5,9$ років. Вік хворих на момент дебюту захворювання був від 1 року до 48 років, в середньому — $21,5 \pm 3,2$ років.

Час від появи перших симптомів захворювання до встановлення остаточного діагнозу БВК, а відповідно — до початку етіопатогенетичної терапії, становило в середньому 2,6 року і коливалось в межах 0—7 років.

В залежності від клінічних проявів до прийому в інститут, хворі лікувалися в медичних закладах різного профілю з різними діагнозами: хвороба Боткіна — 7, хронічний гепатит — 8, цирроз печінки — 6, хвороба Паркінсона — 7, енцефаліт — 12, розсіяний склероз — 3, торсійна дистопія — 2, шизофренія — 1, дитячий церебральний параліч — 8.

Початок захворювання хворі пов'язують з різними психотравмуючими факторами, а 12 — з черепно-мозговими травмами. Первично діагноз БВК був встановлений у менше ніж половини хворих. У деяких хворих до встановлення діагнозу БВК, на протязі кількох років діагноз змінювався 3—4 рази.

В клініці інституту, крім контролю обміну міді, хворим була проведена МРТ і МР-спектроскопія головного мозку. З допомогою УЗИ досліджені структурні зміни печінки і нирок. Функціональний стан печінки оцінювали з допомогою таких показателів як загальний білірубін (прямий, непрямий), аланінамінотрансфераза (АЛТ), аспартатамінотрансфераза (АСТ), щелочна фосфатаза (ЩФ) і гамма-глутамілтранспептидаза (ГГТ). Функціональний стан нирок оцінювали з допомогою таких показателів як швидкість клубочкової фільтрації і добродення мочової кислоти.

Усі хворі були оглянуті окулістом на предмет наявності у них кільця Кайзера — Флейшера. Для уточнення діагнозу 20 хворим БВК було проведено молекулярно-генетичне дослідження. При встановленні діагнозу по можливості проводилися сімейні скринінги.

Однією з ведучих складових діагностики БВК є визначення рівня білірубіну в сироватці крові. Однак, у нас, як і у інших авторів, цей показatelj у 15 хворих знаходився в межах норми [23, 26]. Діагностично низький рівень (менше 0,2 г/л) відзначено у 85 пацієнтів. В групу з нормальним рівнем білірубіну в сироватці крові входили хворі, у яких дебют захворювання був після 30 років, а само захворювання протікало доброякісно. Одна хвора з цієї групи прийшла

в клініку інституту після ортотопічної трансплантації печінки. Нормальний рівень білірубіну може визначатися і при активному запальному процесі в печінці, так як він є реагентом гострої фази різних запальних процесів [9, 28].

Разом з тим необхідно врахувати і той факт, що низька концентрація білірубіну в плазмі крові може бути не тільки при БВК. Низький рівень білірубіну відзначається у хворих з гострим і хронічними гепатитами іншого походження, при спадковій гіпо- і ацирулоплазмії, а також у гетерозиготних носіїв єдиного мутантного гену і без клінічних проявів хвороби [6, 9, 10, 27].

Вміст міді в сироватці крові у наших хворих коливався від 1,5 мкмоль/л до 18,7 мкмоль/л і в середньому становив 6,16 мкмоль/л. Концентрація міді в сироватці крові нижче норми була відзначена у 87,8 % хворих, в межах норми концентрація міді була у 12,2 % хворих. Вище норми концентрації міді в сироватці крові не було ні у одного нашого хворого.

Що стосується такого діагностичного критерію як добродення міді з мочою, більшість авторів вважають, що виділення міді з мочою підвищено практично у всіх пацієнтів з симптомами БВК, і що цей метод є важливим і доступним для діагностики даного захворювання [10, 23]. На фоні терапії препаратами з медьелімінуючими властивостями (купренил) ступінь купрурії може зростати в декілька разів, а зниження кількості екскретуваної міді може слугувати маркером зменшення запасів міді в органах і тканинах [9, 27].

Однак, необхідно врахувати і той факт, що добродення міді з мочою може бути підвищеною і при інших захворюваннях, в частині при холестазиїчних захворюваннях печінки — первинному біліарному цирозі печінки, первинному склерозуючому холангіті і др. [8].

Добродення міді з мочою у наших хворих знаходилася в межах від 21,2 мг/добу до 830 мг/добу і в середньому становила 199,1 мг/добу. Добродення міді з мочою менше 60 мг було відзначено тільки у 8,5 % хворих, а у 91,5 % хворих міді з мочою виділялося в декілька разів більше, особливо після початку лікування хворих таким хелатором як купренил.

Золотим стандартом для діагностики БВК вважається такий тест як визначення вмісту міді в печінці. В нормі вміст міді в печінці рідко перевищує показatelj 50 мг/г сухої ваги [2, 7, 26]. Однак, в даний час немає єдиного висновку щодо величини порогового значення вмісту міді в печінці хворих БВК. Тем більше необхідно врахувати і той факт, що не завжди медь розподіляється рівномірно по всій печінці, тому взятий біоптат не завжди може відображати дійсний вміст міді в печінці. Слід врахувати і те, що при цирозі печінки небажано проводити біопсію через виражену коагулопатію і тромбоцитопенію [8, 18, 26].

В діагностичний набір БВК обов'язково входить і такий тест як кільця Кайзера — Флейшера, які представляють собою відкладення міді в десцеметовій мембрані рогової оболонки ока. Частота наявності цих кільць залежить від форми захворювання, а також від якості і тривалості лікування. Більше часто вони зустрічаються у хворих з неврологічними формами,

чем у больных с абдоминальными формами заболевания [8, 9, 23]. Кольца Кайзера — Флейшера в нашей выборке были обнаружены у 78 больных из 100. У всех больных с абдоминальной формой заболевания кольца Кайзера — Флейшера отсутствовали. У одного больного годичный прием хелатора купренила привел к исчезновению колец.

Несмотря на то, что генетический анализ — дорогостоящий и довольно трудоемкий из-за большого количества мутаций гена АТР7В, в последнее время молекулярно-генетические исследования стали чаще применяться и в клинической практике. В настоящее время предпочтение отдается прямому анализу мутаций. Интерпретация результатов остается довольно сложной, так как большинство пациентов являются гетерозиготами с различными мутациями в каждой аллели. Наиболее ценен этот метод в очерченных популяциях, которые обладают ограниченным спектром мутаций АТР7В. К таким популяциям относятся испанцы, корейцы, японцы. В восточной Европе также имеются популяции, в которых преобладает мутация Н1069QGln [19, 33].

По данным российских авторов, у половины больных БВК выявляется одна и та же мутация в 14-м экзоне гена, приводящая к замене в 1069-м положении аминокислоты гистидина на глутамин [3—5, 8].

В Украине молекулярно-генетические исследования пациентов с болезнью Вильсона — Коновалова до настоящего времени не проводились. Анализ проведенного нами молекулярно-генетического обследования 20 больных БВК показал, что мутации выявлены у 14 из 20 больных (70 %). У всех 14 пациентов в гене АТР7В была выявлена лишь мутация His1069 Gln. Две другие мутации (DelC3402 и Gly1667 Arg) не были обнаружены ни у одного из наших больных. Мутация His1069 Gln гена АТР7В была найдена у 7 больных (50 %) в гомозиготном состоянии и у 7 больных (50 %) — в компаунд-гетерозиготном состоянии.

Как дополнительные методы диагностики у 32 больных БВК были использованы РТ и МР-спектроскопия. У 87,5 % больных были выявлены патологические изменения на МР-томограммах в области подкорковых узлов полушарий головного мозга, что характерно для этого заболевания. МР-спектроскопически у 77 % больных было выявлено наличие нейродегенеративного процесса в базальных ганглиях полушарий мозга.

Ультразвуковые исследования органов брюшной полости показали, что у всех больных с неврологическими формами БВК имеются структурные патологические изменения в печени. У 58 % пациентов изменения соответствуют таковым при хронических гепатитах, а у 42 % — при циррозе печени.

Такие относительно специфические показатели функционального состояния печени как АЛТ, АСТ и ГГТ у большинства наших больных находились близко к верхней границе нормы и лишь у 28 % пациентов эти показатели несколько превышали норму.

Болезнь Вильсона — Коновалова — одно из немногих наследственных заболеваний, которое поддается лечению. Несмотря на то, что более чем за 55 лет в мире накоплен большой опыт лечения БВК такими хелаторами как купренил и триентин, а также солями цинка, и в настоящее время нет единого мнения о том, когда и какой препарат предпочтительнее применять больным с той

или иной формой и симптоматикой заболевания, а также об алгоритме ведения и реабилитации этих больных на протяжении всей жизни.

Медь является незаменимым микроэлементом, необходимым для жизнедеятельности человека. Среднестатистический рацион питания человека обеспечивает избыточное поступление меди в организм (2—5 мг/день), в то время как потребность составляет лишь 0,9 мг/день.

С учетом того, что с пищей в организм поступает меди почти в 5 раз больше от потребности в ней, естественно, при этом заболевании основные лечебные мероприятия должны быть направлены на ограничение поступления меди в организм и на ускоренное ее выведение для предотвращения накопления и осаждения свободной токсической меди в печени, мозге и почках.

Когда в 1948 году была обоснована роль меди в патогенезе болезни Вильсона, Cumings J. N. (1948) предположил, что такой хелатообразователь как британский антилюизит (БАЛ) может быть использован для лечения этого заболевания [14]. В 1951 году Denny-Brown and H. Porter подтвердили эффективность внутримышечного введения БАЛ при лечении болезни Вильсона [15].

В 1956 году J. M. Walshe предложил в качестве хелатирующего агента для удаления меди из организма пеницилламин (купренил) [32]. Данный препарат оказался более эффективен и менее токсичен, чем БАЛ. Важно и то, что он был не инъекционным, а таблетированным пероральным препаратом.

За более чем 55 лет в мире накоплен большой опыт лечения БВК этим препаратом. Доказаны как его большая эффективность, так и нередкие осложнения при его применении [20, 23]. К хелаторам относится и триентин, который несколько менее эффективен чем купренил, но реже дает осложнения.

Для нормализации количества меди в организме есть два пути: один — это ускоренное выведение меди из организма, а другой путь — это ограничить поступление меди в организм. Купренил и триентин, являясь хелаторами, ускоряют выведение свободной токсической меди из организма с мочой через почки. Для ограничения поступления меди в организм применяются препараты цинка.

Цинк вмешивается в захват меди из желудочно-кишечного тракта. Он индуцирует металлотионин (эндогенный хелатор), который связывает медь в энтероцитах тонкого кишечника и гепатоцитах печени и замедляет ее выход в портальную циркуляцию. Таким образом, поступившая с пищей и связанная в кишечнике медь не адсорбируется и выводится из организма с фекалиями [13, 26, 28]. Препараты цинка действуют несколько слабее и медленнее, но при этом мягче тиоловых соединений и обладают минимальной токсичностью [11].

В настоящее время начинает применяться комбинированная терапия с использованием цинка в сочетании с хелаторами. При этом, наряду с блокированием захвата меди, происходит удаление ее излишков из организма [7, 25, 26].

Новым эффективным медегонным препаратом, который в настоящее время применяется для лечения БВК в некоторых зарубежных клиниках, является тетрамолибдат аммония. Этот препарат действует на оба основных звена обмена меди. Он уменьшает адсорбцию меди в желудочно-кишечном тракте, а также связывает

прочной связью свободную токсическую медь крови с альбуминами, превращая таким образом свободную медь в неактивную, нетоксичную форму, которая через почки удаляется с мочой.

В последние годы обсуждается вопрос о показаниях и противопоказаниях применения такого радикального метода лечения БВК как пересадка печени. Schilsky M. L. et al. (1994) и Egthesad B. et al. (1999) считают, что ортотопическая трансплантация печени показана больным БВК, если у них имеется острая или прогрессирующая печеночная недостаточность, не поддающиеся консервативному лечению [16, 28]. Такого же мнения придерживаются Kassam N. et al. (1998), Emre S. et al. (2001) и Четкина Т. С. (2011) [11, 17, 20].

В работах Bax R. T. et al. (1998), Egthesad B. et al. (1999) и Schumacher G. et al. (1997), Sorbello O. et al. (2011) пересадка печени рекомендуется и больным БВК, у которых отсутствует печеночная недостаточность, но не эффективна медикаментозная терапия психоневрологических проявлений болезни. Свои рекомендации они обосновывают тем, что у больных после пересадки печени отмечается улучшение психоневрологического статуса. Однако в работах не приведен катамнез этих больных, не указано, сколько месяцев или лет они прожили после пересадки печени и каково дальнейшее качество жизни этих больных [12, 16, 29, 30].

На основании анализа результатов лечения нами 100 больных мы также считаем, что препаратом выбора начала лечения неврологических форм БВК должен быть такой хелатор как купренил или триентин. Однако необходимо учитывать, что в первые недели и месяцы лечебный купрурический эффект выражен максимально и экскреция меди с мочой может возрасть в 10 и более раз, что довольно часто приводит не к улучшению, а к резкому ухудшению состояния больных. Для сведения к минимуму периода обострения в начале лечения купренилом мы использовали метод титрования малыми дозами хелатора под контролем выделения меди с мочой.

С учетом того, что купренил обладает выраженным токсическим влиянием, мы на предсимптомном этапе лечения пациентов (в основном родственников больных), у которых в сыворотке крови содержание церулоплазмина было менее 20 мг/дл применяли монотерапию препаратами цинка (цинктерал по 124 мг 3—4 раза в день).

На этапе поддерживающей терапии, на наш взгляд, лучше применять комбинированное лечение небольшими дозами купренила (до 2—3-х таблеток в сутки) в сочетании с солями цинка (цинктерал по 124 мг 3—4 раза в сутки) с последующим переходом на монотерапию цинком. При плохой переносимости купренила лучше сразу переходить на монотерапию препаратами цинка. Наш опыт ведения больных БВК показал, что признаками непереносимости купренила являются резкое повышение температуры до 40—41 градуса в первые дни приема купренила, выраженный болевой синдром, выраженное ухудшение неврологической симптоматики.

Прием купренила необходимо постоянно мониторировать лабораторными и инструментальными методами исследования и определять не только содержание церулоплазмина в сыворотке крови и меди в моче, но и проводить клинический анализ крови, коагулограмму, ревмопробы, печеночные и почечные пробы.

Кроме лечебных мероприятий, направленных на снижение адсорбции меди из кишечника, необходимым условием нормализации обмена меди является и снижение поступления меди в кишечник с пищей. Поэтому, диета этих больных должна исключать такие продукты с высоким содержанием меди как печень, орехи, шоколад, икра, морепродукты, кофе и др.

Так как при БВК расстройство обмена меди вызывает нейродегенеративный процесс с целым каскадом других метаболических нарушений, лечебные и реабилитационные мероприятия должны быть направлены не только на нормализацию обмена меди, но и на протекцию мозга и печени, а также на нормализацию других нарушенных функций.

С учетом того, что купренил является антагонистом витамина В₆, в систему лечебных мероприятий у больных, принимающих этот хелатор, должен быть включен комплекс витаминов группы В (Мильгамма, Нейрорубин, Нейробион).

Так как БВК относится к нейродегенеративным заболеваниям, необходимо учесть тот факт, что у больных этой группы нервная система характеризуется ограниченной способностью к репарации, регенерации и предотвращению гибели клеток [22]. Поэтому в терапевтическую стратегию лечения пациентов БВК необходимо вводить препараты, обладающие широким спектром нейротрофических факторов. Таким плейотропным многофакторным характером действия на нервную систему обладает церебролизин.

Также нейропротекторное, ноотропное и антиоксидантное воздействие на мозг оказывает Кортексин. Так как эти препараты оказывают и стимулирующее действие на мозг, то нежелательно применять их больным с выраженными гиперкинезами, а также в состоянии психомоторного возбуждения.

В комплекс лечебных мероприятий мы обязательно включали гепатопротекторы и детоксиканты Гепа Мерц, Гептрал, Гепасол Нео 8 %, а также глутаргин 40 %.

Согласно нашим исследованиям, у больных БВК имеются как структурные, так и функциональные нарушения в системе церебральной гемодинамики, поэтому в комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий необходимо включать и вазоактивные препараты — актовегин, милдронат и др.

Таким образом, на основании данных литературы и собственных данных, необходимо отметить, что в настоящее время нет ни одного метода, на основании лишь которого было бы возможно поставить диагноз БВК. Кроме того, у многих врачей нет должной настороженности в отношении этого редкого наследственного заболевания и больные часто годами наблюдаются с другими диагнозами, что ведет к неуклонному прогрессированию заболевания с развитием необратимых изменений в клетках печени и структур головного мозга.

Это обусловлено тем, что при БВК имеется полиорганный, полисистемный и полиморфный проявление заболевания. Поэтому для раннего получения достоверного диагноза необходимо использовать алгоритм — систему правил последовательного выполнения диагностического процесса.

Необходимо в клинической практике обращать внимание на ранние симптомы и синдромы, пусть и не совсем специфические, но часто встречающиеся

при этом заболевании. В частности, больные должны подлежать обследованию на предмет БВК во всех случаях неустановленной причины поражения печени как с выраженными, так и минимальными нарушениями биохимических показателей функциональных проб печени, а также с различной патологической морфологической картиной поражения печени.

Как показали наши исследования, для больных неврологическими формами БВК характерна полиморфная неврологическая симптоматика, в составе которой нет симптомов, специфичных только для этого заболевания. Однако, при наличии у больного в неврологическом статусе гиперкинезов типа "*risus sardonicus*" и типа "*flepping*" — «взмаха крыла птицы», а также специфического подкоркового типа моторной афазии, необходимо заподозрить БВК и проверить уровень церулоплазмينا в сыворотке крови, содержание меди в моче и наличие колец Кайзера — Флейшера. В тоже время, при постановке диагноза необходимо учесть, что у больных БВК почти не встречаются нарушения таких специфических корковых функций как моторная афазия Брока и сенсорная афазия Вернике.

Говоря о таком важном диагностическом критерии БВК как уровень церулоплазмينا, необходимо подчеркнуть, что чрезвычайно низкий уровень сывороточного церулоплазмينا (менее 0,1 г/л) можно рассматривать в качестве убедительного доказательства диагноза БВК. Незначительный субнормальный уровень церулоплазмينا должен предполагать дальнейшее уточнение диагноза. Уровень церулоплазмينا в нормальном диапазоне не исключает диагноза болезни Вильсона — Коновалова.

Для ранней диагностики БВК весьма эффективным является скрининг семьи. Родственники первой степени родства любого пациента, которому поставлен диагноз БВК, должны быть обследованы на это заболевание. В систему скрининга необходимо включать краткую историю болезни, связанную с заболеванием печени, наличием желтухи, возможными признаками неврологических и психических нарушений. Лабораторные исследования должны включать определение в сыворотке крови содержания церулоплазмينا и меди, функционального состояния печени, включая уровень аминотрансферазы, альбумина, связанного и не связанного билирубина; учет количества меди, выделяемой с мочой за сутки. С помощью щелевой лампы определять наличие колец Кайзера — Флейшера, а с помощью ультразвукового обследования брюшной полости определять структуру печени и почек. Если имеются какие-либо сомнения, то для подтверждения диагноза БВК показано проведение биопсии печени, а при возможности — и молекулярно-генетическое исследование мутантного гена АТР7В.

При выборе стратегии лечения перед врачом всегда стоит вопрос: «Как отреагирует организм больного на токсическое влияние хелатора купренила и насколько эффективны для больного соли цинка?». К сожалению, до настоящего времени таких маркеров нет. Поэтому, для уменьшения риска развития патологической реакции организма на купренил, необходимо при первом его назначении больному применять минимальную дозу, с постепенным ее увеличением. При лечении солями цинка эффективность контролировать функциональным состоянием печени (АЛТ, АСТ, ГГТ), количеством меди в суточной моче и анализом качества жизни больного.

При первом назначении купренила перед врачом встает еще один весьма важный вопрос «Появившееся ухудшение состояния больного является временным и оно обусловлено увеличенной мобилизацией и выбросом с мочой свободной токсической меди, или это ухудшение обусловлено непосредственным токсическим влиянием самого купренила?». При первом варианте необходимо снизить дозировку препарата, а затем постепенно, в течение месяца, под контролем суточного выделения меди с мочой, увеличивать дозу купренила. При втором варианте купренил сразу же должен быть заменен на соли цинка.

Больные БВК на протяжении всей жизни должны исключать из рациона питания продукты с высоким содержанием меди. В зависимости от клинической картины и данных лабораторных исследований, необходимо 1—2 раза в год проводить курсовую терапию с применением нейропротекторов, гепатопротекторов, вазоактивных и антиоксидантных препаратов. Пациентам, получающим купренил, необходимо регулярно, не реже 1 раза в месяц, проводить полный анализ крови и мочи.

Список литературы

1. Клиническая картина и течение болезни Вильсона у детей / [Багаева М. Э., Каганов Б. С., Готье С. В. и др.] // Вопросы современной педиатрии. — 2004. — Т. 3. — № 5. — С. 13—18.
2. Залялова З. А. Клинико-МРТ анализ различных вариантов болезни Коновалова — Вильсона / З. А. Залялова, Э. И. Богданов // Неврол. вестник. — 2002. — Т. XXXIV, вып. 1—2. — С. 5—10.
3. Иванова-Смоленская И. А. Болезнь Вильсона — Коновалова / И. А. Иванова-Смоленская // Нервы. — 2006. — № 4. — С. 12—15.
4. Иллариошкин С. Н. ДНК-диагностика и медико-генетическое консультирование в неврологии / [Иллариошкин С. Н., Иванова-Смоленская И. А., Маркова Е. Д.] — М., 2002 — С. 250—261.
5. Карунас А. С. Молекулярно-генетическое изучение болезни Вильсона-Коновалова в Башкортостане : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / А. С. Карунас. — М., 1998.
6. Майер К. П. Гепатит и последствия гепатита / К. П. Майер ; пер. с нем. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 1999. — С. 252—261.
7. Полещук В. В. Случай гепатолентикулярной дегенерации с дебютом неврологической формы после 45 лет / Полещук В. В., Федотова Е. Ю., Иванова-Смоленская И. А. // Новости медицины и фармации. — 2013. — № 458. — С. 39—42.
8. Розина Т. П. Клиническая характеристика, течение и прогноз абдоминальной формы болезни Вильсона — Коновалова : дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / Т. П. Розина ; Московская медицинская академия. — М., 2005 — 25 с.
9. Сухарева Г. В. Гепатолентикулярная дегенерация / Г. В. Сухарева // Избранные главы клинической гастроэнтерологии. — М., 2005. — С. 199—209.
10. Шулуток Б. И. Болезни печени и почек / Б. И. Шулуток. — СПб.: РЕНКОР, 1995. — 480 с.
11. Четкина Т. С. Болезнь Вильсона у детей: диагностика, течение и прогноз : дис. на соискание уч. степени канд. мед. наук / Т. С. Четкина. — М., 2011.
12. Cerebral manifestation of Wilson's disease successfully treated with liver transplantation / [Bax R. T, Hässler A., Luck W. et al.] // Neurology. — 1998. — Vol. 51. — P. 863—865
13. Worsening of neurologic syndrome in patients with Wilson's disease with initial penicillamine therapy / [Brewer GJ, Terry C. A., Aisen A. M., Hill G. M.] // Arch Neurol. — 1987. — Vol. 44. — P. 490—493.
14. Cumings J. N. The copper and iron content of brain and liver in the normal and in hepatolenticular degeneration / J. N. Cumings // Brain — 1948. — Vol. 71. — P. 410—415.
15. Denny-Brown D. The effect of BAL (2,3-dimercaptopropanol) on hepatolenticular degeneration (Wilson's disease) / D. Denny-Brown, H. Porter // N. Engl. J. Med. — 1951. — Vol. 245, № 24. — P. 917—925.
16. Liver transplantation for Wilson's disease: a single-center experience / [Eghtesad, B., Nezakatoog N., Geraci L. C., et al.] // Liver Transpl. — Vol. 1991. — 5 (6). — P. 467—474.

17. Orthotopic liver transplantation for Wilson's disease: A single centre experience / [Emre S., Atillasoy E. O., Ozdemir S. et al.] // *Transplantation*. — 2001. — Vol. 72. — P. 1232—1236.
18. Diagnostic value of quantitative hepatic copper determination in patients with Wilson's Disease / [Ferenci P, Steindl-Munda P, Vogel W., et al.] // *Clin Gastroenterol Hepatol*. — 2005. — Vol. 3. — P. 811—818.
19. Common mutations of ATP7B in Wilson disease patients from Hungary / [Firniesz G., Lakatos P. L., Szalay F., et al.] // *Am J. Med Genet*. — 2002. — Vol. 108. — P. 23—28.
20. Kassam N. Liver transplantation for neuropsychiatric Wilson disease / Kassam N., Witt N., Kneteman N. // *Can. J. Gastroenterol*. — 1998. — Vol. 12, № 1. — P. 65—68.
21. Wilson's disease: long-term follow-up of a cohort of 24 patients treated with D-penicillamine / [Lowette K. G. Lowette K. F., Desmet K. et al.] // *Eur J. Gastroenterol Hepatol*. — 2010 — Vol. 22, № 5. — P. 564—71.
22. Masliah E. The pharmacology of neurotrophic treatment with cerebrolysin: brain protection and repair to counteract pathologies of acute and chronic neurological disorders / E. Masliah, E. Díez-Tejedor // *International neurological journal*. — 2014. — Vol. 1, № 63. — P. 101—120.
23. Merle U. Clinical presentation, diagnosis and long-term outcome of Wilson's disease: a cohort study / U. Merle, M. Schaefer, P. Ferenci // *Gut*. — 2007. — Vol. 56. — P. 115—120.
24. Owen C. A. Inherited copper toxicosis in Bedlington terriers Wilson's disease / C. A. Owen, I. Ludwig // *Amer. J. Path.* — 1982. — Vol. 106. — P. 432—434.
25. Clinical presentation and treatment of Wilson's disease: a single-centre experience / [Pellecchia M. T., Criscuolo C, Longo K. et al.] // *Eur. Neurol*. 2003. — Vol. 50, № 1. — P. 48—52.
26. Roberts E. A. Diagnosis and treatment of Wilson disease: an update / E. A. Roberts, M. L. Schilsky // *Hepatology Baltimore, Md.* — 2008. — Vol. 47, № 6. — P. 2089—2111.
27. Scheinberg I. H. Wilson disease and idiopathic copper toxicosis / I. H. Scheinberg, I. Sternlieb // *Am. J. Clin. Nutr.* — 1996. — Vol. 63. — P. 842—845.
28. Schilsky M. L. Wilson disease: current status and the future / M. L. Schilsky // *Biochimie*. — 2009. — Vol. 91, № 10. — P. 1278—1281.
29. Schumacher, G. Liver transplantation: treatment of choice for hepatic and neurological manifestation of Wilson's disease /

[Schumacher G., Platz K. P., Mueller A. R., et al.] // *Clin. Transplant*. — 1997. — Vol. 11. — P. 217—224.

30. Resolved psychosis after liver transplantation in a patient with Wilson's disease / [Sorbello O., Riccio D., Sini M., et al.] // *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health*. — 2011. — Vol. 7. — P. 182—184.

31. Sternlieb I. Wilson's disease / I. Sternlieb // *Clin. Liver Dis*. — 2000. — Vol. 4, № 1. — P. 229—239.

32. Walshe J. M. Penicillamine, a new oral therapy for Wilson's disease / J. M. Walshe // *Am. J. Med*. — 1956. — Vol. 21. — P. 487—495.

33. Mutation analysis of Taiwanese Wilson disease patients / [Wan L, Tsai CH, Tsai Y. et al.] // *Biochemical and biophysical research communications*. — 2006. — Vol. 345, № 2. — P. 734—738.

Надійшла до редакції 17.12.2014 р.

ВОЛОШИНА Наталья Петровна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая отделом нейроинфекций и рассеянного склероза Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины» (ГУ «ИНПН НАМН Украины»), г. Харьков; e-mail: omo.inpn@mail.ru

ВОЛОШИН-ГАПОНОВ Иван Константинович, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела нейропсихокрибернетики ГУ «ИНПН НАМН Украины», г. Харьков; e-mail: voloshingaponov.ivan@mail.ru

ВАЖОВА Елена Александровна, врач-нейроофтальмолог отдела функциональной нейрохирургии с группой патоморфологии ГУ «ИНПН НАМН Украины», г. Харьков

VOLOSHYNA Natalia, Doctor of Medical Science, Professor, the Head of the Department of Neuroinfections and Multiple Sclerosis; State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv; e-mail: omo.inpn@mail.ru

VOLOSHYN-GAPONOV Ivan, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Neuropsychocrybernetics of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: voloshingaponov.ivan@mail.ru

VAZHOVA Olena, Physician-neuroophthalmologist of Department of functional neurosurgery with a group of pathomorphology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv

В. В. Гейко

СОПОСТАВИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОДИФИКАЦИОННОЙ (ОБУСЛОВЛЕННОЙ ВНУТРИУТРОБНЫМ ВЛИЯНИЕМ) И ГЕНЕТИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩИХ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К РАЗВИТИЮ АУТОИММУННОЙ ДЕМИЕЛИНИЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У КРЫС РАЗНОГО ПОЛА, НАСЛЕДСТВЕННО ОТЯГОЩЕННЫХ РАССЕЯНЫМ СКЛЕРОЗОМ ПО МАТЕРИНСКОЙ ЛИНИИ

В. В. Гейко

Порівняльний аналіз модифікаційної (зумовленої внутрішньоутробним впливом) і генетичної складових схильності щодо розвитку аутоімунної демієлінізуючої патології у щурів різної статі, спадково обтяжених розсіяним склерозом за материнською лінією

V. V. Geiko

Comparative analysis of modification (due to prenatal influence), and genetic components of the predisposition to the induction of autoimmune demyelinating pathology in the rats of different sex with the family history of multiple sclerosis, maternally

С целью определения средовой и генетической составляющих в обеспечении половых особенностей риска развития экспериментального рассеянного склероза проведен сопоставительный анализ восприимчивости и устойчивости к индукции аутоиммунного энцефаломиелита в качестве модели рассеянного склероза у сибсов I поколения иммунизированных самок в различных условиях их антенатального и постнатального развития, сопряженного с периодами болезни и ремиссии у матери. При оценке наследственного риска показана существенная роль эпигенетической наследственности у самочек, наряду с самцами, для которых характерно преобладание собственно генетического компонента, что, вероятно, свидетельствует о необходимости учета терапевтической чувствительности и пластичности демиелинизирующей патологии на этапе планирования беременности у больных рассеянным склерозом пациенток с целью ослабления экспрессии наследственной отягощенности потомства.

Ключевые слова: экспериментальный рассеянный склероз, наследственная отягощенность, потомство, фенотипическая дисперсия, относительный риск

З метою визначення середовищної та генетичної складових у забезпеченні статевих особливостей ризику розвитку експериментального розсіяного склерозу проведений порівняльний аналіз сприйнятливості та стійкості щодо індукції аутоімунного енцефаломієліту як моделі розсіяного склерозу у сибсів I покоління імунізованих самок за різних умов їх антенатального і післянатального розвитку, пов'язаного з періодами хвороби та ремісії у матері. Під час оцінки спадкового ризику показано суттєву роль епігенетичної спадковості у самочок, поряд із самцями, для яких характерним є переважання власне генетичного компонента, що, ймовірно, свідчить про необхідність урахування терапевтичної чутливості і пластичності демієлінізуючої патології на етапі планування вагітності у хворих на розсіяний склероз пацієнток з метою послаблення експресії спадкової обтяженості потомства.

Ключові слова: експериментальний розсіяний склероз, спадкова обтяженість, потомство, фенотипова дисперсія, відносний ризик

The aim was to determine the environmental and genetic components to ensure the risk of sexual characteristics of experimental multiple sclerosis and comparative analysis was carried out to access the susceptibility and resistance to induction of autoimmune encephalomyelitis in siblings of the 1st generation of immunized female rats under various conditions of their antenatal and postnatal development, coupled with the periods of illness and remission in mother. In assessing the risk of hereditary the essential role of epigenetic inheritance in female rats was shown, along with males, which are characterized by the predominance of the actual genetic component, which is probably can indicate on the need to consider the type and severity of demyelinating disease, as well as its therapeutic sensitivity and plasticity at the planning stage of pregnancy in patients with multiple sclerosis in order to reduce the expression of hereditary in progeny.

Key words: experimental multiple sclerosis, family history of multiple sclerosis, posterity, phenotypical dispersion, related risk

С учетом результатов клинического анализа заболеваемости и течения экспериментального рассеянного склероза (РС) у потомства иммунизированных самок-матерей, свидетельствующих об определенном вкладе молочного вскармливания в реализацию предрасположенности к развитию аутоиммунной демиелинизирующей патологии [1], а также в продолжение дальнейшего изучения эндоэкологических триггеров, способствующих ее инициации, является актуальным исследование половых особенностей внутриутробного влияния как фактора эпигенетической наследственности, обусловленной модуляцией структуры ДНК и хроматина, а также модификацией гистонов, регулирующих функции генома [2, 3]. Наряду с этим, выяснение доли собственно генетической составляющей, связанной с наследственным аппаратом особи в условиях исключения непосредственных модулирующих воздействий на экспрессию генов, представляет существенный научный интерес как в вопросах

влияния болезни матери на склонность к формированию заболевания у потомства, так и в общей проблеме «семейного» РС, приобретающей все возрастающую актуальность в связи с повышением уровня деторождения среди пациенток на фоне совершенствования современных терапевтических стратегий РС. В рамках этого в работе проведен сопоставительный анализ качественно-количественных показателей заболеваемости и клинического течения экспериментального РС у потомства одних и тех же самок-матерей в двух пометах. Первый — был получен в условиях параллельного развития беременности и болезни путем иммунизации самок на разных сроках гестации, что, по сути, является моделью процесса возможных эксцессиваций демиелинизирующей патологии. Второй помет развивался в состоянии «практического здоровья» самок-матерей, вследствие спонтанной обратимости экспериментального аутоиммунного энцефаломиелита как модели РС у крыс, спустя 2 месяца после их иммунизации.

Таким образом, потомство представляло собой первое поколение животных по типу «родные братья-сестры» (сисбы) по материнской линии, а сравнительные данные о формировании РС у интактных и внутриутробно скомпрометированных болезнью матери животных были использованы для изучения средовой и генетической составляющих биологической предрасположенности к индукции экспериментальной демиелинизирующей патологии. Тот факт, что часть самок-матерей отличалась устойчивостью к ее моделированию, послужил основанием для дифференцированного изучения половых особенностей отягощенного потомства, которое в пределах групп, в свою очередь, подразделялось на подгруппы в зависимости от заболеваемости матери — от болевшей и от устойчивой. Целью работы являлось проведение сопоставительного анализа восприимчивости и устойчивости к индукции РС у сисбов в различных условиях их антенатального и постнатального развития, сопряженного с периодами болезни и ремиссии у матери.

Исследование выполнено в соответствии с «Общезначительными принципами экспериментов на животных» (Украина, 2001), которые согласуются с положениями «Европейской конвенции о защите позвоночных животных, используемых для экспериментальных и других научных целей» (Страсбург, 1985), с использованием 123 иммунизированных животных обоего пола. В их числе — 57 крыс случайной популяции (контроль), 66 — потомство иммунизированных самок, из которых 33 — от болевших и 33 — от устойчивых матерей. В качестве модели РС индуцировали экспериментальный аутоиммунный энцефаломиелит посредством активной иммунизации животных энцефалитогенной смесью, приготовленной *extemporae* из гомогената аллогенного спинного мозга в дозе 55—60 мг на 100 г массы тела с 0,2 мл полного адьюванта Фрейнда ("Difco Laboratories", USA) общим объемом 0,35—0,40 мл путем инокуляции антигена в подошвенные поверхности задних конечностей.

Дизайн исследования включал анализ общей фенотипической дисперсии признаков — заболеваемости (восприимчивости) и устойчивости — у самок и самцов в группах сравнения с соответствующим контролем и относительно фактора непосредственного внутриутробного влияния болезни. В каждой исследуемой группе определяли относительный риск заболевания (*related risk*) с последующим вычислением отношения шансов развития РС с учетом влияния отягощенной наследственности, в том числе вклада дополнительных сопутствующих факторов — внутриутробной интоксикации и последующего грудного вскармливания с возможным наличием антител в составе материнского молока.

Определение риска развития рассеянного склероза (OP_{PC}) в каждой изучаемой группе осуществлялось по формуле: $OP_{PC} = A/B$, где A — количество заболевших животных, B — количество устойчивых животных.

При интерпретации полученных показателей учитывалось, что отношение рисков, равное 1, свидетель-

ствует об отсутствии разницы между двумя группами; отношение рисков меньше 1 — указывает на то, что в экспериментальной группе событие развивается реже, чем в контрольной; отношение рисков больше 1 — отражает преобладание исследуемого показателя над контролем.

Кроме этого, в работе применен широко используемый статистический показатель «отношение шансов» (*odds ratio*) с указанием 95 % доверительного интервала (95 % ДИ), позволяющий сравнивать уровень значимости факторов риска посредством ретроспективного сопоставления их влияния в двух группах сравнения [4].

Отношение шансов (ОШ), являясь показателем риска наступления события (болезни) в группе сравнения (отягощенная наследственность, внутриутробное развитие и контроль), вычислялось по формуле: $ОШ = (A/B) : (C/D)$, где A — количество заболевших животных в группе изучаемого фактора, B — количество устойчивых животных в группе изучаемого фактора, C — количество заболевших животных в группе сравнения, D — количество устойчивых животных в группе сравнения.

В результате анализа фенотипической дисперсии по признаку наличия восприимчивости к индукции РС у потомства подверженных РС и устойчивых к нему самок показано, что самочки обоих пометов тотально характеризовались повышенной склонностью к развитию экспериментальной демиелинизирующей патологии, более выраженной (в 2—3 раза) в группе животных, антенатальное развитие которых осуществлялось в условиях клинической манифестации демиелинизирующих процессов с прогрессированием неврологической симптоматики. Однако данные расчета ОР и ОШ (табл., см. тонировку), свидетельствовали в пользу того, что наследственная предрасположенность в виде увеличения риска развития заболевания в сравнении с контрольной группой (ОШ — 1,50, 95% ДИ = 2,38—10,85) реализуется только в условиях внутриутробного влияния, что, вероятно, способствует ее эпигенетической экспрессии, являясь дополнительным разрешающим фактором реализации.

Вместе с тем, у самцов первого помета иммунизированных матерей, независимо от болезни у матери, наблюдалось существенное повышение риска развития экспериментального РС, которое у сисбов второго помета отмечалось только у животных из подгруппы — от болевшей самки-матери ($OP = 4,0$; $ОШ = 2,47$, 95 % ДИ = 2,30—9,99), что, очевидно, указывает на значительную роль наследственной отягощенности РС в обеспечении риска его развития. Факт того, что заболеваемость самцов превышала контрольный уровень как у внутриутробно скомпрометированного потомства, так и у потомства болевших самок-матерей в состоянии ремиссии, вероятно, свидетельствует, в отличие от самочек, о превалировании собственно наследственного компонента восприимчивости к индукции экспериментального аутоиммунного энцефаломиелита и подчеркивает перспективность исследований полового фактора при прогнозировании риска развития демиелинизирующих нарушений у отягощенного по материнской линии потомства.

Соотношение генетического и средового компонентов в реализации предрасположенности к развитию аутоиммунной демиелинизирующей патологии у крыс разного пола

Группа животных	Заболее- ваемость	Устойчи- вость	Относител- ный риск заболевания (ОР), у. е.	Отношение шансов, у. е.; 95 % доверительный интервал			
				ОР _п /ОР _к	ОР _{п1} /ОР _{п2}	ОР _{п2} /ОР _{п1}	ОР _{♀♂} /ОР _{♂♀}
САМКИ							
Контроль (n = 23)	20	3	6,67	—	—	—	4,12 (1,40—4,05)
П1 (n = 20):	16	4	4,00	0,60 (1,63—5,10)	2,00 (1,53—4,62)	—	—
от болевшей ♀ (n = 11)	10	1	10,00	1,50 (2,38—10,85)	3,33 (2,60—13,56)	—	—
от устойчивой ♀ (n = 9)	6	3	2,00	0,30 (1,84—6,29)	1,50 (2,03—7,67)	—	—
П2 (n = 15):	10	5	2,00	0,30 (1,62—5,03)	—	0,50 (1,53—4,62)	—
от болевшей ♀ (n = 8)	6	2	3,00	0,45 (2,00—7,45)	—	0,30 (2,60—13,60)	—
от устойчивой ♀ (n = 7)	4	3	1,33	0,26 (1,92—6,82)	—	0,67 (2,04—7,67)	—
САМЦЫ							
Контроль (n = 34)	21	13	1,62	—	—	—	0,24 (1,40—4,05)
П1 (n = 19):	17	2	8,50	5,25 (1,63—5,09)	8,47 (2,32—10,16)	—	—
от болевшей ♀ (n = 9)	8	1	8,00	4,94 (2,14—8,48)	2,00 (2,30—9,99)	—	—
от устойчивой ♀ (n = 10)	9	1	9,00	5,56 (2,18—8,86)	22,24 (2,64—13,97)	—	—
П2 (n = 12):	6	6	1,00	0,62 (1,34—3,83)	—	0,06 (1,86—6,42)	—
от болевшей ♀ (n = 5)	4	1	4,00	2,47 (2,30—9,99)	—	0,04 (3,02—20,56)	—
от устойчивой ♀ (n = 7)	2	5	0,40	0,25 (1,78—5,96)	—	0,04 (2,64—13,97)	—

Примечания: П — потомство, П1 — первый помет, П2 — второй помет; К — контроль; ♀ — самки, ♂ — самцы; *тонировка серым цветом*: заболеваемость выше, чем в группе сравнения (ОР > 1)

Таким образом, данные генетического анализа на основе разложения общей фенотипической дисперсии признаков восприимчивости и устойчивости к индукции РС, свидетельствующие о важном значении средовой составляющей в обеспечении наследственной предрасположенности к формированию демиелинизирующей патологии, указывают на необходимость обязательного учета терапевтической чувствительности и пластичности заболевания на этапе планирования беременности с целью оценки как возможности ее благополучного исхода, так и снижения «груза» наследственной отягощенности потомства.

Список литературы

1. Гейко, В. В. Влияние грудного вскармливания на формирование рассеянного склероза у потомства самок, иммунизированных в раннем послеродовом периоде / В. В. Гейко, С. В. Утевская, О. В. Кириченко // Матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю «Досягнення та перспективи експериментальної і клінічної ендокринології» (Дванадцяті Данилевські читання). — Харків, 2013. — С. 37—38.

2. Handel, A. E. Epigenetics: molecular mechanisms and implications for disease / A. E. Handel, G. C. Ebers, S. V. Ramagopalan // Trends Mol Med. — 2010. — 16(1). — P. 7—16.

3. Epigenetics in multiple sclerosis susceptibility: difference in transgenerational risk localizes to the major histocompatibility complex / [M. J. Chao, S. V. Ramagopalan, B. M. Herrera et al.] // Hum Mol Genet. — 2009. — Vol. 18. — P. 261—266.

4. Влияние генетических факторов на фенотипическую экспрессию рассеянного склероза / [Д. С. Коробко, Н. А. Малкова, Е. В. Булатова и др.] // Журнал неврологии и психиатрии имени С. С. Корсакова. — М., 2013. — Вып.2, № 2. — С.10—16.

Надійшла до редакції 08.11.2014 р.

ГЕЙКО Валентина Василівна, кандидат біологічних наук, провідний науковий співробітник лабораторії нейрофізіології, імунології та біохімії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків; e-mail: elevelteria@rambler.ru

GEYKO Valentyna, PhD in Biological Sciences, Leading Researcher of the Laboratory of Neurophysiology, Immunology and Biochemistry of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv; e-mail: elevelteria@rambler.ru

Л. Н. Кузьмина

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ МИАСТЕНИИ

Л. М. Кузьмина

Клінічні особливості перебігу різних форм міастенії

L. M. Kuzmina

The clinical features of course of different forms of the myasthenia

В статье приведены данные о наиболее сложной проблеме в неврологии — миастении. Было проведено клинико-неврологическое обследование 104 больных с различными формами миастении. Представлены данные об изучении «пусковых» факторов и симптомов при первичном обращении пациентов, в зависимости от формы заболевания. Установлено, что дебют миастении чаще встречается у женщин в молодом, трудоспособном возрасте $32,6 \pm 2,4$ года, после перенесенной ранее инфекции, и наиболее характерным поражением скелетной мускулатуры у больных с тимомогенной миастенией является слабость дельтовидной мышцы и мышц верхней конечности, а также слабость экстраокулярной мускулатуры. При локальной форме миастении преобладали глазодвигательные расстройства и гипомимия мышц лица.

Ключевые слова: нейромышечные заболевания, тимомы, миастения

У статті наведено дані про найбільш складну проблему в неврології — міастенію. Було проведено клініко-неврологічне обстеження 104 хворих з різними формами міастенії. Подано дані про вивчення «пускових» чинників і симптомів при первинному зверненні пацієнтів, в залежності від форми захворювання. Встановлено, що дебют міастенії частіше спостерігався у жінок у молодому, працездатному віці $32,6 \pm 2,4$ роки, після перенесеної раніше інфекції та найбільш характерним ураженням скелетної мускулатури у хворих з тимомогенною міастенією є слабкість дельтоподібного м'яза та м'язів верхньої кінцівки, а також слабкість екстраокулярної мускулатури. При локальній формі міастенії переважали окоорухові розлади та гіпомімія м'язів обличчя.

Ключові слова: нейро м'язові захворювання, тимомы, міастенія

The article is devoted to the most difficult problems in neurology, myasthenia. A clinical and neurological examination of 104 patients with different forms of myasthenia was carried out.

Data concerning investigation of triggers and symptoms in the primary visits of patients in dependence of the disease form. It was found out that onset of myasthenia more often was in females of young age of $32,6 \pm 2,4$ years, and in persons who had experienced infection. In patients with thymogenous myasthenia the most inherent impairments of skeletal muscles were weakness of the delta-form muscle and muscles of upper extremities as well as extraocular muscles. In a local form of myasthenia eye-movement disorders and hypomimia of facial muscles prevailing.

Key words: neuromuscular diseases, thymoma, myasthenia

Проблема нейромышечных заболеваний является одной из наиболее сложных в неврологии. Миастения (*myasthenia gravis*) — МГ представляет собой тяжёлое аутоиммунное заболевание с прогрессирующим типом течения, основой патогенеза которого является нарушение нервно-мышечного проведения, клинически проявляющееся развитием патологической мышечной слабости и утомляемости в различных группах мышц [2, 3, 6, 8, 16].

Согласно литературным данным, в последнее время отмечается тенденция к увеличению заболеваемости МГ [2, 5, 7, 15]. Частота заболевания в разных странах мира различна и составляет от 0,5 до 5 случаев на 100 тыс. населения [4, 15, 16]. Наиболее часто, до 80 %, встречается генерализованная форма заболевания, нередко приводящая к тяжелой инвалидности. В последнее время возросла частота прозеринорезистентных форм МГ, а также сочетание ее с другими аутоиммунными заболеваниями и патологией эндокринной системы [1, 4, 10, 11]. Среди большого количества аутоиммунных заболеваний МГ занимает особое место, так как механизмы ее развития непосредственно связаны с патологическими изменениями в тимусе, которые встречаются у 60 % пациентов [2, 6, 10, 12]. Эти изменения способствуют развитию аутоиммунных процессов с участием как гуморального, так и клеточного звеньев иммунитета, ведущих к нарушению работы никотиновых ацетилхолиновых рецепторов постсинаптических мембран и блокированию передачи электрического сигнала [7, 9, 14]. Ни при одном другом аутоиммунном заболевании удаление вилочковой железы не дает такого высокого показателя положительных результатов (улучшение или выздоровление), как при МГ, составляющего 60—80 % наблюдений [1, 5, 10, 12].

Основным патогенетическим механизмом генерализованной формы МГ является образование аутоантител к никотиновым холинорецепторам концевых пластинок миофибрилл, калиевым, натриевым каналам постсинаптических мембран [14]. В результате антителоопосредованной дисфункции ацетилхолиновых рецепторов происходит нарушение нейротрансмиссии на уровне нервно-мышечного синапса [2, 7, 8].

За последние годы классификация МГ претерпела существенные изменения. Наиболее распространена систематизация МГ, предложенная Гехтом Б. М. и Ильиной Н. А., 1982 [2] и дополненная Пономарёвой Е. Н., 2002 [6].

Варианты классификации миастении базируются, в основном, на клинических принципах.

1. По характеру течения миастенического процесса выделяют:

- миастенические эпизоды;
- миастенические состояния;
- прогрессирующую миастению;
- злокачественную миастению.

2. По степени генерализации двигательных расстройств выделяют:

- локальные и генерализованные формы. Среди локальных форм миастении выделяют: — глазную, глоточно-лицевую, скелетно-мышечную. К генерализованным формам МГ относят: — МГ без миастенических кризов;
- МГ с миастеническими кризами.

3. По степени тяжести двигательных расстройств дифференцируют как:

- легкая;
- средней степени тяжести;
- тяжелая.

4. По восстановлению двигательных функций на приём антихолинэстеразных препаратов (АХЭП):

- полная компенсация;
- неполная компенсация.

5. По отношению к вилочковой железе:

- тимогенная (при гиперплазии, нормоплазии или атрофии тимуса);
- тимомогенная (с указанием характера тимомы).

До настоящего времени существуют определенные трудности ранней диагностики МГ. В связи с выраженной лабильностью клиники заболевания, высокой частотой нарушения витальных функций возникают существенные проблемы подбора адекватной комплексной терапии МГ [4, 8, 11, 16].

Целью настоящего исследования является сравнительный аспект клинико-неврологических особенностей, у больных миастений в зависимости от клинической формы заболевания и морфологических изменений вилочковой железы.

Было обследовано 104 пациента, страдающих МГ, которые находились на стационарном лечении в неврологическом отделении областной клинической больницы. При обследовании использовали следующие методы: клинико-неврологический; инструментальный — электронейромиография (ЭНМГ), магнитно-резонансная томография (МРТ) органов средостения; морфологический (биопсия вилочковой железы); статистический (метод параметрической и непараметрической статистики).

Все больные были распределены на три группы. В I группу вошли 37 пациентов с классической формой МГ (генерализованная форма без тимомы), с началом заболевания в относительно молодом возрасте. Средний возраст обследуемых I группы составил $32,6 \pm 2,3$ года. Во II группу вошли 44 пациента с генерализованной МГ, сочетающейся с тимомой. Средний возраст обследуемых II группы составил $44,6 \pm 2,3$ года. В III группу вошли 23 больных с локальными формами МГ (скелетно-мышечная, глазная, глоточно-лицевая), их средний возраст — $37,6 \pm 2,3$ года. В контрольную группу вошли 30 практически здоровых людей (доноры). Средний возраст мужчин контрольной группы был $42,2 \pm 3,3$ года, женщин — $37,6 \pm 2,3$ года.

Среди пациентов основных групп было 26 (25,0 %) мужчин и 78 (75,0 %) женщин. Соотношение мужчин и женщин составило 1 : 3. Средний возраст обследуемых мужчин был $42,2 \pm 3,3$ лет, женщин — $37,6 \pm 2,3$ года. Распределение больных по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение обследованных больных МГ по возрасту и полу

Возраст больных, лет	Пол				Всего	
	мужчины (n = 26)		женщины (n = 78)		абс. ч.	%
	абс. ч.	%	абс. ч.	%		
До 20	2	1,9	8	7,8	10	8,7*
21—30	2	1,9	21	20,2*	23	21,1*
31—40	8	7,8	37	34,6*	45	42,3
41—50	11	10,6*	7	6,7	18	16,3*
51—55	3	2,9	5	4,8	8	7,7

Примечание: * — достоверность различий между исследуемыми группами ($p < 0,01$)

Как видно из данных, МГ чаще наблюдается в молодом, трудоспособном возрасте (21—40 лет) и средний возраст пациентов во время дебюта заболевания составил $32,6 \pm 2,4$ года.

Среди наших обследуемых преобладали лица с генерализованной формой МГ — 81 пациент (77,9 %), реже наблюдались случаи локальных форм МГ: глазной — 10 больных (9,6 %), глоточно-лицевой — 8 человек (7,7 %) и скелетно-мышечной — 5 пациентов (4,8 %) (рис. 1).

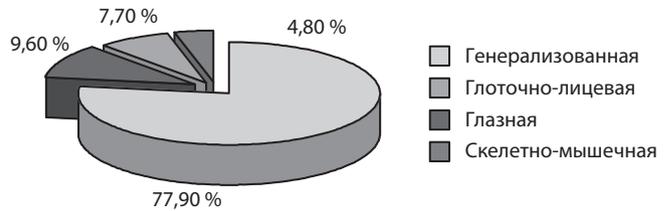


Рис. 1. Распределение больных МГ по клинической форме заболевания

На основании проведенного обследования (рис. 2) было установлено, что пациенты с генерализованной МГ, сочетающейся с тимомой, составили 42,3 % — 44 человека, генерализованная форма без тимомы наблюдалась у 37 больных (35,6 %), с локальными формами МГ было 23 пациента (22,1 %).

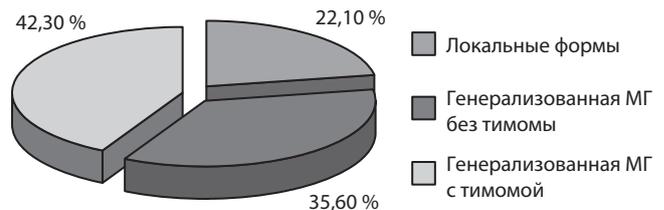


Рис. 2. Распределение больных миастений по клинической форме заболевания с наличием опухоли

Среди всех обследуемых с МГ тяжелая степень заболевания имела место у 9,6 % и легкая — в 15,4 % случаях (рис. 3). При генерализованной форме МГ преобладала средняя степень тяжести (75,0 %).

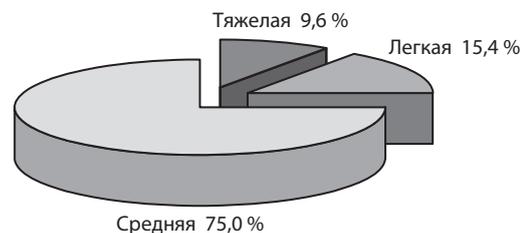


Рис. 3. Распределение больных миастений по степени тяжести

Анализ наблюдений за пациентами II группы свидетельствует о том, что при опухолевом поражении вилочковой железы отмечается примерно равное соотношение мужчин и женщин, в то время как при неопухоловом поражении — 1 : 3. В этой же группе больных отмечено более позднее начало заболевания (до 30 лет — лишь у 13 больных, 29,5 % от числа пациентов II группы), наличие пациентов с тяжелыми формами заболевания (злокачественное течение МГ регистрировалось

в 2 случаях (4,5 %) и частыми миастеническими кризами (15 больных — 34,1 % от числа пациентов II группы).

У обследуемых больных развитие миастенических кризов наблюдалось в 20,2 % случаев, они чаще наблюдались при генерализованной форме МГ. При глазной форме миастении, как правило, миастенических кризов не наблюдалось.

Значительная часть больных миастенией рано утрачивали трудоспособность и имели различную степень инвалидности. Так, инвалидность I группы была у 5 (4,8 %) больных, соответственно инвалидность II группы — у 39 (37,5 %) и инвалидность III группы — у 30 (28,8 %) пациентов, не работающие по собственному желанию, но без утраты трудоспособности — 17 (16,4 %). Работающие трудоспособные пациенты составили 12,5 % случаев (13 больных). У 42,3 % больных МГ трудоспособность была утрачена полностью, у 28,8 % больных — частично и у 28,8 % пациентов трудоспособность оставалась сохранной.

Нами также был проведен анализ распространенности МГ с целью определения влияния экологических факторов на форму и течение данного заболевания. Так, большее количество наблюдений МГ регистрировалось в крупных промышленных городах. По нашим данным, МГ подвержены жители преимущественно городского населения (73,0 %) в 2,7 раза больше, чем жители сёл (27,0 %) (рис. 4). Это, возможно, связано с неблагоприятным действием экологических факторов, а также с более совершенными диагностическими возможностями в лечебных учреждениях городов.



Рис. 4. Соотношение городских и сельских жителей с диагнозом МГ

При анализе амбулаторных карт обследованных пациентов обращало на себя внимание то, что, как правило, диагноз «миастения» был установлен с определенным опозданием, несмотря на относительную простоту и однотипность клинических проявлений данного заболевания и общедоступность диагностических тестов, подтверждающих его. Среди ошибочных диагнозов были такие как инсульт в вертебробазилярном бассейне (16,3 %), стволовой энцефалит (7,7 %), дерматомиозит (1,9 %).

Среди факторов, вызвавших появление первых симптомов МГ, у наших больных были инфекционные заболевания (27,9 %), физическое переутомление (14,4 %), стрессы (7,7 %), травмы конечностей (5,8 %) (рис. 5). Наибольшее количество (27,9 %) обследуемых указывали на связь заболевания с перенесенной ранее инфекцией (острое респираторное заболевание, гайморит, бронхит, пневмония).

У женщин возникновение первых симптомов МГ нередко наблюдалось при беременности (4,8 %), родах (9,6 %), или аборте (2,9 %).

Четвертая часть (26,9 %) наших пациентов не могла связать появление заболевания с какими-либо конкрет-

ными факторами. Начало заболевания в 50,0 % наблюдений отличалось острым течением с развитием переходящих параличей в глазодвигательных и бульбарных группах мышц, в связи с чем у клиницистов и возникали диагностические затруднения.

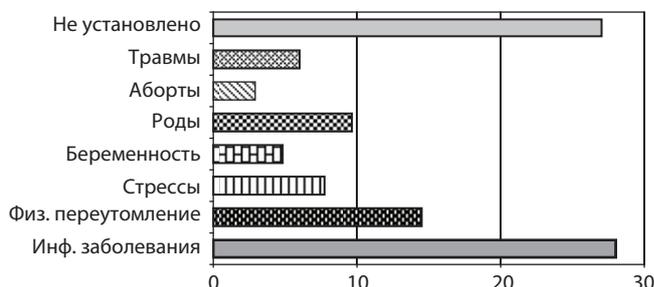


Рис. 5. Пусковые факторы дебюта МГ

У обследованных нами больных при всех формах МГ чаще отмечались общие жалобы на слабость век (88,5 %), двоение в глазах (80,7 %), общую слабость (77,9 %), слабость в руках (72,1 %), повышенную утомляемость (66,3 %). Нами также проанализированы особенности субъективных симптомов заболевания при первичном обращении у больных с разными формами МГ (табл. 2).

Таблица 2. Частота симптомов при первичном обращении больных с разными формами МГ, %

Жалобы	I группа (n = 37)	II группа (n = 44)	III группа (n = 23)
Двоение в глазах	81,1	86,4	69,6**
Слабость век	86,5*	95,5**	78,3**
Общая слабость	91,9**	95,5**	21,7
Повышенная утомляемость	75,7*	79,5*	26,1
Изменение голоса	29,7	65,9*	34,8**
Затруднение при глотании	24,3	47,7	26,1
Затруднение при жевании	29,7	47,7	26,1*
Слабость в ногах	75,7*	81,8*	21,7
Слабость в руках	83,8*	88,6*	21,7
Затруднённое дыхание	24,3	29,5	21,7
Слюнотечение	13,5	13,6	17,4
Снижение веса	16,2	18,2	8,7

Примечание: достоверность различий между исследуемыми группами: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$

У обследованных нами пациентов с тимомогенной МГ (II группа) был выявлен ряд особенностей: более частое поражение экстраокулярной мускулатуры и соответственные жалобы на слабость век (95,5 % больных, $p < 0,01$), по сравнению с пациентами I и III групп, соответственно (86,5 % больных, $p < 0,05$ и 78,3 %; $p < 0,01$); двоение в глазах (86,4 % больных, $p < 0,01$), соответственно (81,1 % больных, $p < 0,05$ и 69,6 %; $p < 0,01$); общую слабость (95,5 % больных, $p < 0,01$) в сравнении с пациентами I и III групп (91,9 % больных, $p < 0,05$ и 21,7 %; $p < 0,01$); а также повышенную утомляемость (79,5 %, $p < 0,01$), соответственно (75,7 % больных, $p < 0,05$ и 26,1 %; $p < 0,01$); слабость в руках (88,6 % больных, $p < 0,01$), соответственно (83,8 % больных, $p < 0,05$ и 21,7 %; $p < 0,01$);

слабость в ногах (81,8 % больных, $p < 0,01$) соответственно (75,7 % больных, $p < 0,05$ и 21,7 %; $p < 0,01$); изменение голоса (65,9 % больных, $p < 0,01$), соответственно (29,7 % больных, $p < 0,05$ и 34,8 %; $p < 0,01$); затруднение при жевании (47,7 % больных, $p < 0,01$), соответственно (29,7 % больных, $p < 0,05$ и 26,1 %; $p < 0,01$); затруднение при глотании (47,7 % больных, $p < 0,05$), соответственно (24,3 % больных, $p < 0,05$ и 26,1 %; $p < 0,01$).

При первичном неврологическом обследовании больных со всеми формами МГ, нами, чаще выявлялись следующие симптомы: птоз (85,5 %), гипомимия (70,2 %), ограничение подвижности глазных яблок (60,6 %), снижение мышечного тонуса (50,96 %). Средние значения силы мышц при оценке ее в баллах составили $3,7 \pm 0,5$ балла в руках и $4,1 \pm 0,7$ балла в ногах.

Нами проанализированы особенности объективных симптомов заболевания при первичном неврологическом обследовании больных с разными формами МГ (табл. 3). У пациентов с тимогенной МГ (II группа) также был выявлен ряд особенностей, чаще наблюдали птоз (93,2 % больных, $p < 0,01$), по сравнению с пациентами I и III групп, соответственно (83,8 % больных, $p < 0,05$ и 73,9 %; $p < 0,01$), генерализованное снижение мышечного тонуса (68,2 % больных, $p < 0,01$), в сравнении с пациентами I и III групп (59,5 % больных, $p < 0,05$ и 8,7 %; $p < 0,01$), дисфония (65,9 % больных, $p < 0,01$), соответственно (29,7 % больных, $p < 0,05$ и 34,8 %; $p < 0,01$), дисфагия (47,7 %, $p < 0,01$) в сравнении с пациентами I и III групп (24,3 % больных, $p < 0,05$ и 26,1 %; $p < 0,01$), асимметрию носогубных складок (45,5 % больных, $p < 0,01$), в сравнении с пациентами I и III групп (29,7 % больных, $p < 0,05$ и 43,5 %; $p < 0,01$), снижение сухожильных рефлексов (45,5 % больных, $p < 0,01$), соответственно (29,7 % больных, $p < 0,05$ и 8,7 %; $p < 0,01$), более частые мышечные атрофии (29,5 % больных, $p < 0,01$), по сравнению с пациентами I и III групп соответственно (18,9 % больных, $p < 0,05$ и 8,7 %; $p < 0,01$). В III группе больных с локальными формами МГ в сравнении с пациентами I и II групп преобладали ограничение подвижности глазных яблок (69,6 % больных, $p < 0,01$), соответственно (56,8 % больных, $p < 0,05$ и 59,1 %; $p < 0,01$); гипомимия (73,9 % больных, $p < 0,01$), соответственно (67,6 % больных, $p < 0,05$ и 70,5 %; $p < 0,01$); косоглазие (56,5 % больных, $p < 0,01$), соответственно (35,1 % больных, $p < 0,05$ и 22,7 %; $p < 0,01$).

Таблица 3. Результаты неврологического статуса больных в зависимости от формы МГ

Симптомы	I группа (n = 37)	II группа (n = 44)	III группа (n = 23)
Птоз	83,8*	93,2**	73,9**
Ограничение подвижности глаз	56,8*	59,1	69,6
Косоглазие	35,1	22,7**	56,5*
Асимметрия носогубных складок	29,7	45,5**	43,5
Гипомимия	67,6*	70,5**	73,9**
Улыбка «рычания»	24,3	20,5	13,0
Дисфония	29,7	65,9	34,8
Дисфагия	24,3	47,7	26,1*
Снижение сухожильных рефлексов	29,7*	45,5**	8,7
Снижение мышечного тонуса	59,5*	68,2**	8,7
Мышечные атрофии	18,9*	29,5*	8,7

Примечание: достоверность различий между исследуемыми группами: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$

Единственный симптом, «улыбка рычания», возникающий вследствие поражения круговой мышцы рта, преобладал у пациентов I группы, с генерализованной формой МГ без тимомы (24,3 % больных, $p < 0,01$), соответственно в сравнении с II и III группами обследуемых (20,5 % больных, $p < 0,05$ и 13,0 %; $p < 0,01$).

Таким образом, основными клиническими критериями диагностики МГ у больных всех групп были следующие:

- глазоподвижные расстройства — минимальные, преходящие (30,8 %), умеренные, рецидивирующие со стойкой диплопией (64,4 %), максимальные в виде офтальмоплегии (4,8 %);
- бульбарные нарушения — легкие, преходящие (56,7 %), умеренные, с постоянной дисфонией (29,8 %), выраженные в виде дисфагии (12,5 %);
- нарушение функции дыхательной мускулатуры — легкие, после физической нагрузки (45,2 %), умеренные с одышкой на фоне отмены АХЭП (34,6 %), выраженные, требующие проведения ИВЛ (19,2 %);
- нарушение функции мышц туловища и конечностей мы оценивали согласно 6-балльной шкале, где минимальное снижение функции оценивается как 4 балла (18,0 % больных), умеренное — как 2—3 балла (62,0 %) и выраженное — менее 2 баллов (19,2 %).

Нами проанализированы особенности двигательных расстройств у больных с разными формами МГ (табл. 4).

Таблица 4. Клинико-неврологические симптомы двигательных нарушений

Симптомы	I группа (n = 37)		II группа (n = 44)		III группа (n = 23)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Слабость глазоподвижных мышц	26	70,3	34	77,3**	17	73,9
Слабость щечных мышц	15	40,5	20	45,5	10	43,5
Слабость дыхательной мускулатуры	9	24,3	13	29,5**	5	21,7*
Слабость передней группы мышц шеи	10	27,0	25	56,8**	7	30,4**
Слабость задней группы мышц шеи	8	21,6	23	52,3**	6	26,1**
Слабость дельтовидной мышцы	31	83,8	39	88,6**	5	21,7*
Слабость подвздошно-поясничной мышцы	20	54,1	17	38,6**	4	17,4**
Слабость мышц верхней конечности	29	78,4	37	84,1**	5	21,7*
Слабость мышц нижней конечности	28	75,7*	36	81,8*	5	21,7*

Примечание. Достоверные отличия от показателей I группы больных: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; # — достоверные отличия от показателей II группы больных (с тимогенной МГ) $p < 0,05$

У обследованных нами пациентов с тимогенной МГ (II группа) были выявлены более значимые поражения двигательной мускулатуры, в сравнении с I группой: слабость дельтовидной мышцы (88,6 % больных, $p < 0,01$ и 83,8 % соответственно, $p < 0,01$), слабость мышц верхней конечности (84,1 % больных, $p < 0,01$ и 78,4 % соответственно, $p < 0,01$), слабость мышц

нижней конечности (81,8 % больных, $p < 0,01$ и 75,7 % соответственно, $p < 0,01$), слабость экстраокулярной мускулатуры (77,3 % больных, $p < 0,01$ и 70,3 % соответственно, $p < 0,01$) слабость передних мышц шеи (56,8 % больных, $p < 0,01$ и 27,0 % соответственно, $p < 0,01$), слабость задних мышц шеи (52,3 % больных, $p < 0,01$ и 21,6 % соответственно, $p < 0,01$) а слабость подвздошно-поясничной мышцы более выражена в I группе (54,1 % больных, $p < 0,01$ в сравнении с 38,6 % больных II группы, $p < 0,01$) (см. табл. 4).

Глазная форма МГ диагностировалась у 10 (9,6 %) больных. Наблюдалась патологическая утомляемость глазодвигательных мышц, которая характеризовалась вариабельностью, часто — асимметричностью поражения. Так, поражение внутренней прямой мышцы глаза наблюдалось у 6 (60,0 %) больных, наружной прямой, соответственно в 4 (40,0 %) случаях. У всех больных присутствовала диплопия, которая была выражена 7 (70,0 %) во всех направлениях зрения и лишь в определенном направлении зрения в 3 (30,0 %) наблюдениях, офтальмоплегия имела место у 4 (40,0 %) больных. Кроме того, при глазной форме МГ наблюдался птоз, который был односторонним у 8 (80,0 %) и двухсторонним у 2 (20,0 %) больных. Выраженность птоза варьировала от полного у 4 (40,0 %) пациентов, при котором прикрывалась вся область зрачка, до неполного — у 6 (60,0 %). Следует отметить, что выраженность птоза усиливалась при интенсивной нагрузке мышц конечностей, длительной фиксации взгляда, неоднократных движениях глазных яблок по горизонтали, после быстрого многократного открывания и закрывания глаз. У 5 (50,0 %) больных наблюдался лагофталм, у 8 (80,0 %) — истощаемость зрачковых рефлексов на свет, сужение полей зрения отмечено в 9 (90,0 %) наблюдениях.

Среди всех наших пациентов с МГ преобладали клинические формы со среднетяжелым течением заболевания, состоянием субкомпенсации нарушенных моторных функций на фоне приема АХЭП. У 15 пациентов (14,0 %) клиническое течение отличалось злокачественностью в виде частых миастенических кризов (частотой 3—4 раза в год), сопровождающихся слабостью дыхательных и бульбарных мышц, в связи с чем больные неоднократно поступали в реанимационное отделение. В одном клиническом наблюдении у пациентки миастенический криз осложнился состоянием пароксизмальной миоплегии.

У больных с МГ в патологический процесс вовлекались чаще поперечно-полосатые мышцы верхних (68,3 %) и нижних (66,3 %) конечностей, поражение глазодвигательных мышц наблюдалось в 74,0 %. У лиц с тимомогенной МГ преобладали генерализованные формы заболевания с более тяжелым клиническим течением. Последнее, очевидно, можно объяснить также угнетением иммунологической реактивности организма на фоне опухоли вилочковой железы.

Проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы.

1. Дебют миастении чаще встречался у женщин в молодом, трудоспособном возрасте $32,6 \pm 2,4$ года, после перенесенной ранее инфекции.

2. У пациентов всех групп наблюдались глазодвигательные расстройства, бульбарные нарушения, нарушение функции дыхательной мускулатуры, снижение силы мышц туловища и конечностей.

3. Выявлены более значимые особенности поражения скелетной мускулатуры у больных с тимомогенной МГ: слабость дельтовидной мышцы 88,6 % ($p < 0,01$), слабость мышц верхней конечности 84,1 % ($p < 0,01$), слабость мышц нижней конечности 81,8 % ($p < 0,01$), слабость экстраокулярной мускулатуры 77,3 % ($p < 0,01$).

4. У пациентов с локальными формами преобладали глазодвигательные расстройства и гипомимия мышц лица ($p < 0,01$).

Список литературы

1. Бойко В. В. Лечение миастении с учётом иммунофизиологических фенотипов / В. В. Бойко, Е. М. Климова, А. Н. Кудревич. — Харьков, 2008. — 424 с.
2. Гехт Б. М. Диагностика и лечение миастении / Б. М. Гехт // Информационное письмо МЗ РФ. — М.: — 2003. — 24 с.
3. Диагностика и лечение миастении / [Н. М. Жулев, А. П. Керн, В. Д. Косачев и др.] // Научные труды IX Всероссийского съезда неврологов. — Ярославль, 2006. — С. 104—105.
4. Косачев В. Д. Миастения (диагностика и лечение) : учебное пособие / В. Д. Косачев, Н. А. Беляков, Н. М. Жулев. — СПб.: МАПО, 2006. — 83 с.
5. Мироненко Т. В. Особенности и клиническое течение миастении у лиц, проживающих в условиях Луганской области / Т. В. Мироненко, Е. Ф. Сафонова, О. А. Стратонова // Український медичний альманах. — 2004. — Т. 7. — № 2. — С. 114—116.
6. Пономарёва Е. Н. Миастения: клиника, патогенез, дифференциальная диагностика, тактика ведения / Е. Н. Пономарёва. — Мн.: МЕТ, 2002. — 175 с.
7. Санадзе А. Г. Антитела к ацетилхолиновому рецептору в диагностике миастении и других форм, связанных с патологией нервно-мышечной передачи / А. Г. Санадзе, Д. В. Сиднев, Б. М. Гехт // Неврологический журнал. — 2003. — Т. 8. — Приложение 1. — С. 19—20.
8. Сепп Е. К. Миастения / Е. К. Сепп, В. Б. Ланцова. — М.: Медицина, 2002. — 64 с.
9. Антитела к ацетилхолиновому рецептору у больных с различными клиническими формами миастении и миастеническим синдромом Ламберта — Итона / [Санадзе А. Г., Щербакова Н. И., Карганов М. Ю. и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова, 2006. — № 1. — С. 53—55.
10. Современные взгляды на диагностику и лечение миастении / [В. В. Бойко, Н. П. Волошина, О. В. Егоркина и др.] // Нейро news. — 2009. — № 1(12). — С. 25—30.
11. Яхно Н. Н. Болезни нервной системы : руководство для врачей [в 2-х томах] / Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульман. — М.: Медицина, 2003. — Т. 1. — 744 с.
12. Hohlfeld R. The role of the thymus in myasthenia gravis / R. Hohlfeld, H. Wekerle // Adv. Neuroimmunol. — 1994. — Vol. 4. — P. 373—386.
13. Kondo K. Myasthenia gravis appearing after thymectomy for thymoma / K. Kondo, Y. Monden // Eur. J. Cardiothorac. Surg. — 2005. — Vol. 28. — P. 22—25.
14. Lindstrom J. Acetylcholine receptor and myasthenia / J. Lindstrom // Muscle et Nerve. — 2000. — № 23. — P. 453—477.
15. Phillips L. H. The epidemiology of myasthenia gravis / L. H. Phillips // Ann NY Acad Sci. — 2003. — Vol. 998. — P. 407—412.
16. Romi F. Myasthenia gravis: clinical, immunological and therapeutic advances / F. Romi, N. E. Gilhus, J. A. Aarli // Acta Neurol. Scand. — 2005. — Vol. 111. — № 2 — P. 134—141.

Надійшла до редакції 25.12.2014 р.

КУЗЬМИНА Лилия Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии с нейрохирургией Государственного учреждения «Луганский государственный медицинский университет», г. Рубежное; e-mail: dr_kln@ukr.net

KUZMINA Liliia, MD, PhD, Associate Professor of Department of neurology and neurosurgery of the State Institution "Luhans'k medical University", Rubizhne; e-mail: dr_kln@ukr.net

Т. С. Мищенко, В. Н. Мищенко, І. А. Лапшина
ОПТИМИЗАЦИЯ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Т. С. Мищенко, В. М. Міщенко, І. О. Лапшина
Оптимізація терапії хворих на дисциркуляторну енцефалопатію

T. S. Mishchenko, V. N. Mishchenko, I. O. Lapshyna
Optimization of treatment of patients with encephalopathy dyscirculatory

Цереброваскулярные заболевания являются серьезной проблемой современной медицины. Высокий уровень инвалидизации и смертности при этих заболеваниях заставляют уделять много внимания их лечению, которое должно быть этиотропным и патогенетически обоснованным. Препарат Билобил Интенс обладает широким спектром действия (ноотропным, вазоактивным, антиоксидантным и др.). Проведено исследование эффективности и безопасности применения препарата Билобил Интенс у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией II—III стадии гипертонического и/или атеросклеротического генеза (30 пациентов). Трехмесячный курс лечения (по 120 мг препарата Билобил Интенс 2 раза в день) позволил улучшить как субъективные, так и объективные проявления болезни, повысить качество жизни и уменьшить выраженность астении у пациентов. Данные ультразвуковой доплерографии показали улучшение мозгового кровотока. При этом трехмесячный курс лечения хорошо переносился пациентами. Препарат Билобил Интенс показал высокую безопасность при применении у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией.

Ключевые слова: Билобил Интенс, клиническое исследование, дисциркуляторная энцефалопатия

Цереброваскулярні захворювання становлять серйозну проблему сучасної медицини. Високий рівень інвалідизації та смертності при цих захворюваннях змушують приділяти багато уваги їх лікуванню, яке має бути етіотропним та патогенетично обґрунтованим. Препарат Білобіл Іntenс має широкий спектр дій (ноотропну, вазоактивну, антиоксидантну та ін.). Проведено дослідження ефективності та безпеки застосування препарату Білобіл Іntenс у пацієнтів із дисциркуляторною енцефалопатією II—III стадії гіпертонічного та/або атеросклеротичного генезу (30 пацієнтів). Тримісячний курс лікування (по 120 мг препарату Білобіл Іntenс двічі на добу) дозволив покращити як суб'єктивні, так й об'єктивні прояви хвороби, підвищити якість життя та зменшити прояви астенії у пацієнтів. Результати ультразвукової доплерографії показали покращання мозгового кровообігу. При цьому тримісячний курс лікування добре переносився хворими. Препарат Білобіл Іntenс показав високу безпеку при застосуванні у пацієнтів із дисциркуляторною енцефалопатією.

Ключові слова: Білобіл Іntenс, клінічне дослідження, дисциркуляторна енцефалопатія

Cerebrovascular diseases are the actual problem of modern medicine. The high level of the morbidity and mortality require a special attention to their treatment, which must be etiologic and pathogenetically grounded. Bilobil Intens broad-spectrum agent (nootropic, vasoactive, antioxidant, etc.). The study of Bilobil Intens efficacy and safety in patients with II—III stage dyscirculatory encephalopathy of hypertensive or/and atherosclerotic origin was carried out (30 patients). Three-month course of treatment (120 mg Bilobil Intens twice a day) has improved the subjective and objective symptoms of disease, improved the quality of life and decreased the asthenia manifestations in patients. The results of ultrasound Doppler showed a cerebral circulation improving. Three-month course of treatment was tolerated well by patients. Bilobil Intens showed a high safety in patients with dyscirculatory encephalopathy.

Key words: Bilobil Intens, clinical study, dyscirculatory encephalopathy

Одной из ведущих проблем здравоохранения на сегодня является цереброваскулярная патология — третья по частоте причина смертности и одна из основных причин инвалидизации населения земного шара. В настоящее время в Украине зарегистрировано более 3 млн человек с цереброваскулярными заболеваниями (ЦВЗ). Немалую долю в их структуре занимают хронические сосудистые заболевания головного мозга (дисциркуляторные энцефалопатии — ДЭ) [6—9, 13].

Артериальная гипертензия и атеросклероз являются основными причинами ДЭ. Установлено, что в процессе развития и прогрессирования гипертензии и атеросклероза на всех структурно-функциональных уровнях сосудистой системы головного мозга формируется сложный и многообразный комплекс первичных деструктивных (острых и повторных), вторичных репаративных изменений и адаптивных процессов — ДЭ головного мозга [2, 10, 12].

Лечение ДЭ, развившейся на фоне артериальной гипертензии и/или атеросклероза, должно быть, по возможности, этиотропным и патогенетически обоснованным и включать выявление и коррекцию факторов риска у каждого больного, улучшение церебральной гемодинамики и метаболизма мозга, коррекцию когнитивных расстройств, лечение неврологических симптомов

и синдромов. Обосновано в лечении ДЭ применение препаратов, обладающих антиоксидантным, мембраностабилизирующим, нейромедиаторным, нейротрофическим, вазотропным эффектами. Таким требованиям отвечает препарат Билобил Интенс, содержащий в своем составе экстракт гинкго билобы (ЭГБ) [4, 5, 14].

Препараты ЭГБ давно завоевали популярность в клинической медицине. Основными действующими веществами ЭГБ являются флавоноидные гликозиды, терпеновые вещества (гинкголиды А, В, С, билобалид) и проантоцианиды, которые оказывают положительное воздействие на процессы свободнорадикального окисления, тканевый метаболизм и микроциркуляцию. В экспериментальных условиях показано, что гинкго билоба воздействует на нейромедиаторные процессы в центральной нервной системе путем усиления высвобождения нейромедиаторов из пресинаптических нервных терминалей, ингибирования обратного захвата биогенных аминов и усиления чувствительности постсинаптических мускариновых рецепторов к ацетилхолину [1, 3, 11, 13].

Проведено много исследований, в ходе которых изучалась эффективность ЭГБ в суточной дозе 120 и 160 мг у пациентов с хроническими нарушениями мозгового кровообращения. Эти исследования показали, что увеличение суточной дозы ЭГБ способствует достижению хороших результатов лечения при сохранении высокой безопасности препарата [4, 5, 14].

С учетом вышеизложенного, представляло интерес изучение эффективности и безопасности применения препарата Билобил Интенс у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией.

Нами проведено открытое исследование эффективности и переносимости препарата Билобил Интенс у больных с дисциркуляторной энцефалопатией II—III стадии атеросклеротического и/или гипертонического генеза.

В исследование было включено 30 пациентов (17 мужчин и 13 женщин) в возрасте от 52 до 70 лет, с диагнозом ДЭ II—III стадии, развившейся на фоне атеросклероза и/или артериальной гипертензии. Все пациенты находились на лечении в отделении сосудистой патологии головного мозга ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины». Диагноз ДЭ устанавливали на основании жалоб больных, анамнестических данных, результатов неврологического обследования, а также данных ультразвуковой доплерографии, дуплексного сканирования каротидных артерий на шее, компьютерной томографии головного мозга.

Все пациенты получали препарат Билобил Интенс в дозе 120 мг 2 раза в сутки на протяжении 90 дней (3 месяца).

Сопутствующую терапию проводили по показаниям, больные получали гипотензивную, гиполипидемическую и антидиабетическую терапию.

Для решения поставленных цели и задач исследования в работе были применены следующие методы обследования: оценка субъективных клинических проявлений заболевания на основании балльной рейтинговой шкалы, оценка неврологического статуса, оценка влияния препарата на когнитивные функции с помощью

шкалы MMSE, теста Лурия, таблицы Шульте. Для оценки астенического состояния пациентов и качества их жизни применяли шкалу астенического состояния (ШАС) (Л. Д. Малкова, Т. Г. Черткова) и опросник качества жизни пациента (Mezzich, 1999). Оценку состояния церебральных артерий до и после исследования проводили с помощью ультразвуковой доплерографии.

Оценка переносимости препарата Билобил Интенс проводилась на основании субъективных ощущений пациентов и результатов объективных клинических данных.

При клиническом обследовании, которое включало подробный сбор жалоб, данные анамнеза, неврологического статуса и психодиагностического исследования, у всех обследованных пациентов были признаки ДЭ атеросклеротического и/или гипертонического генеза.

До начала исследования в клинико-неврологической симптоматике у многих пациентов обращало на себя внимание разнообразие субъективной симптоматики. Для всех обследованных больных ДЭ большинство клинических симптомов можно считать характерными. В их число входит головная боль, головокружение, шум в голове, шаткость при ходьбе, быстрая утомляемость, снижение памяти.

Из распределения больных в зависимости от динамики выраженности неврологических признаков ДЭ на фоне лечения препаратом Билобил Интенс (табл. 1) видно, что под влиянием терапии препаратом Билобил Интенс отмечается как существенное количественное ослабление выраженности неврологической симптоматики ДЭ, так и улучшение распределения больных внутри группы в зависимости от степени выраженности симптомов заболевания.

Таблица 1. Распределение больных по динамике выраженности неврологических признаков ДЭ на фоне лечения препаратом Билобил Интенс

Неврологические признаки заболевания	Дни исследования	Распределение числа больных по степени выраженности признака, баллы			
		0	1	2	3
Головная боль	Исходный визит	—	3	15	12
	Промежуточный визит (30 ± 5 дней)	3	8	10	9
	Промежуточный визит (60 ± 5 дней)	6	15	8	1
	Финальный визит (90 ± 5 дней)	11	17	2	—
Головокружение	Исходный визит	1	4	8	17
	Промежуточный визит (30 ± 5 дней)	2	3	15	12
	Промежуточный визит (60 ± 5 дней)	9	12	6	3
	Финальный визит (90 ± 5 дней)	14	14	2	—
Шаткость при ходьбе	Исходный визит	5	2	8	15
	Промежуточный визит (30 ± 5 дней)	2	3	15	12
	Промежуточный визит (60 ± 5 дней)	9	12	6	3
	Финальный визит (90 ± 5 дней)	14	14	2	—
Шум, звон в голове и ушах	Исходный визит	6	6	6	12
	Промежуточный визит (30 ± 5 дней)	7	8	5	10
	Промежуточный визит (60 ± 5 дней)	12	10	2	4
	Финальный визит (90 ± 5 дней)	15	13	2	1
Снижение работоспособности	Исходный визит	7	8	6	9
	Промежуточный визит (30 ± 5 дней)	10	10	8	2
	Промежуточный визит (60 ± 5 дней)	12	15	3	—
	Финальный визит (90 ± 5 дней)	15	15	—	—
Снижение памяти	Исходный визит	5	3	5	17
	Промежуточный визит (30 ± 5 дней)	7	8	8	9
	Промежуточный визит (60 ± 5 дней)	11	13	4	2
	Финальный визит (90 ± 5 дней)	16	11	3	1

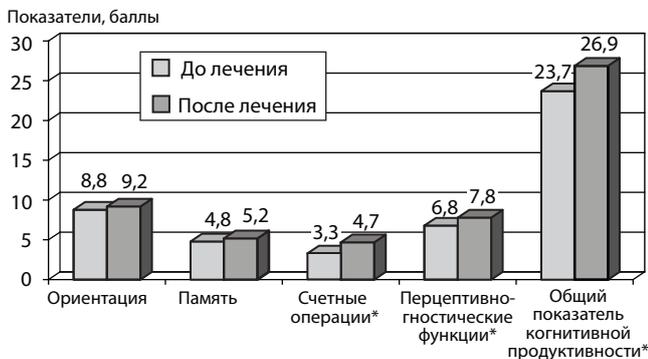
Примечание: 0 — симптом отсутствует, 1 — легкие проявления, 2 — умеренная выраженность, 3 — выраженные проявления

Как правило, соответствующие позитивные сдвиги у пациентов проявлялись уже на промежуточных визитах и в дальнейшем редукция неврологической симптоматики усиливалась. Терапия препаратом Билобил Интенс способствовала существенному уменьшению количественной выраженности и встречаемости практически всего перечня характерной для ДЭ неврологической симптоматики. У большинства пациентов степень выраженности неврологической симптоматики снизилась от 3 до 1—2 баллов, а у значительного числа больных отмечена полная редукция.

Следует отметить, что к окончанию исследования у части пациентов отмечалась полная редукция неврологических синдромов. Так, до начала исследования цефалгический синдром отмечался у 100 % больных, к окончанию исследования он сохранялся у 63,3 % пациентов, вестибуло-атактический синдром до начала исследования наблюдался у 96,7 % пациентов, к окончанию исследования он сохранялся у 53,3 % больных, астенический синдром до начала исследования — у 76,7 %, после лечения — у 50,0 % больных.

Состояние когнитивных функций до и после лечения препаратом Билобил Интенс оценивали с помощью шкалы MMSE.

До начала лечения у всех обследуемых пациентов имелись когнитивные нарушения различной степени выраженности. Анализ динамики когнитивных функций в ходе лечения показал отчетливое и значимое улучшение всех показателей когнитивной сферы. Так, на фоне приема препарата Билобил Интенс улучшились показатели вербальной памяти ($4,8 \pm 0,9$ до лечения и $5,2 \pm 0,3$ после лечения), произошли достоверные улучшения показателей счетных операций ($3,3 \pm 0,9$ и $4,7 \pm 0,2$), функций гнозиса ($6,8 \pm 1,3$ и $7,8 \pm 1,1$), а также возрос общий показатель когнитивной продуктивности ($23,7 \pm 0,8$ и $26,9 \pm 0,5$) (рисунок).



* — $p < 0,05$ между результатами до и после лечения

Динамика показателей по шкале MMSE до и после лечения

Показатели вербальной памяти по методике запоминания 10 слов (тест Лурия) у обследованных больных (табл. 2) свидетельствуют, что до начала исследования мнестические расстройства имели место у всех пациентов, у которых наблюдались низкие показатели объема памяти. В ходе трехмесячной терапии отмечены отчетливые позитивные изменения функций вербальной памяти. Достоверно улучшались объемы непосредственного запоминания (до лечения — $4,3 \pm 1,2$; после лечения — $5,6 \pm 0,7$), объемы второго воспроизведения (до лечения — $5,5 \pm 1,1$; после лечения — $6,2 \pm 0,8$), объемы отсроченного воспроизведения (до лечения — $5,3 \pm 1,1$; после лечения — $6,1 \pm 1,2$).

Таблица 2. Динамика показателей вербальной памяти (по методике запоминания 10 слов) у обследованных больных в ходе лечения препаратом Билобил Интенс

Показатели (количество слов)	До лечения	После лечения
Объем 1-го воспроизведения	$4,3 \pm 1,2$	$5,6 \pm 0,7^*$
Объем 2-го воспроизведения	$5,5 \pm 1,1$	$6,2 \pm 0,8^*$
Объем 3-го воспроизведения	$6,3 \pm 1,5$	$6,9 \pm 1,1$
Объем 4-го воспроизведения	$6,4 \pm 1,2$	$7,0 \pm 1,3$
Объем 5-го воспроизведения	$7,1 \pm 1,4$	$7,6 \pm 1,4$
Объем отсроченного воспроизведения	$5,3 \pm 0,8$	$6,1 \pm 1,2^*$

Примечание: * — $p < 0,05$ между результатами до и после лечения

Представленные данные свидетельствуют, что к окончанию лечения у обследованных пациентов значительно улучшились количественные показатели теста, характеризующие состояние памяти и внимания. Это выразилось в запоминании большинства слов уже со второго или третьего предъявления (повторений) стимульного материала, истощаемость к концу исследования существенно уменьшалась.

По данным методики «Таблицы Шульте», до начала лечения у обследованных больных оперативная память была в пределах $49,6 \pm 2,9$ с. К окончанию лечения препаратом Билобил Интенс результаты тестирования по таблицам Шульте показали значимое и статистически достоверное ($p < 0,01$) уменьшение времени отыскивания чисел ($с\ 49,6 \pm 2,9$ до $38,5 \pm 2,8$ с).

Оценка выраженности астенического состояния по данным шкалы астенического состояния (ШАС) до и после трехмесячной терапии препаратом Билобил Интенс у больных с ДЭ представлены в табл. 3. ШАС состоит из 30 пунктов-утверждений, отражающих характеристики астенического состояния. В ходе ответов пациента выясняется степень выраженности астении. Максимальный показатель (120 баллов) отражает тяжелое астеническое состояние.

Средний балл астенического состояния по данным ШАС до начала лечения препаратом Билобил Интенс составил $79,8 \pm 4,9$. После 3-месячной терапии выраженность астении у больных с ДЭ значительно снизилась и составила $59,1 \pm 5,1$ балла (см. табл. 3).

Таблица 3. Влияние 3-месячной терапии препаратом Билобил Интенс на динамику выраженности астенического состояния по данным ШАС

Этапы лечения	Средний балл
До лечения	$79,8 \pm 4,9$
После лечения	$59,1 \pm 5,1$

С целью оценить влияние болезни не только как физического и психического ущерба, но и как комплекса проблем, включающих эмоциональное и социальное благополучие, в исследовании был изучен интеграционный показатель качества жизни по методике I. Mezzich. При использовании данной методики оценка состояния больного базируется на его субъективном восприятии собственного общего состояния, своего заболевания и изменений, происходящих в процессе лечения.

Результаты оценки качества жизни больных ДЭ до и после 3-месячной терапии препаратом Билобил Интенс представлены в табл. 4.

До лечения больные наиболее низко оценивали такие показатели как физическое благополучие ($4,5 \pm 1,3$), психологическое/эмоциональное благополучие ($5,7 \pm 2,5$), работоспособность ($6,3 \pm 1,5$), самообслуживание и независимость действий ($6,5 \pm 0,7$), что соответственно отражалось на общем восприятии качества жизни ($5,9 \pm 1,8$). В ходе лечения препаратом Билобил Интенс отмечалось существенное улучшение восприятия качества жизни практически по всем показателям. Так, значительно улучшилось восприятие пациентами своего физического благополучия (до лечения — $4,5 \pm 1,3$; после лечения — $8,1 \pm 1,2$); психологического/эмоционального благополучия (до лечения — $5,7 \pm 2,5$; после лечения — $8,2 \pm 1,4$), повысилась работоспособность (до лечения — $6,3 \pm 1,5$; после лечения — $8,7 \pm 0,5$), пациенты выше оценивали свои межличностные взаимодействия, чувствовали как служебную, так и эмоциональную поддержку от окружающих, а также отмечалось повышение удовлетворенности пациентов от личностной (до лечения — $6,1 \pm 2,1$; после лечения — $8,5 \pm 0,6$) и духовной реализаций (до лечения — $6,0 \pm 1,2$; после лечения — $8,3 \pm 0,5$). Все эти показатели положительно влияли на общее восприятие качества жизни (до лечения — $5,9 \pm 1,8$; после лечения — $8,2 \pm 1,0$).

Таблица 4. Динамика показателя качества жизни больных с дисциркуляторными энцефалопатиями до и после 3-месячной терапии препаратом Билобил Интенс

Показатель (макс. 10 баллов)	До лечения	После лечения
Физическое благополучие	$4,5 \pm 1,3$	$8,1 \pm 1,2$
Психологическое/эмоциональное благополучие	$5,7 \pm 2,5$	$8,2 \pm 1,4$
Самообслуживание и независимость действий	$6,5 \pm 0,7$	$8,5 \pm 1,1$
Работоспособность	$6,3 \pm 1,5$	$8,7 \pm 0,5$
Межличностные взаимодействия	$7,1 \pm 1,6$	$9,2 \pm 0,3$
Социоэмоциональная поддержка	$7,3 \pm 1,3$	$9,1 \pm 0,2$
Служебная и общественная поддержка	$6,6 \pm 1,1$	$8,8 \pm 1,0$
Личностная реализация	$6,1 \pm 2,1$	$8,5 \pm 0,6$
Духовная реализация	$6,0 \pm 1,2$	$8,3 \pm 0,5$
Общее восприятие качества жизни	$5,9 \pm 1,8$	$8,2 \pm 1,0$

При проведении ультразвуковой доплерографии оценивали среднюю линейную скорость кровотока (ЛСК) в церебральных артериях, ход внутренних и наружных сонных артерий, наличие атеросклеротических бляшек, их локализацию, степень стенозирования сонных артерий в экстракраниальном отделе, состояние комплекса интима-медиа. Показатели ЛСК во всех сосудистых бассейнах до и после трехмесячного курса приема препарата Билобил Интенс представлены в табл. 5.

У обследованных больных отмечалась положительная динамика изменений церебральной гемодинамики после курса лечения препаратом Билобил Интенс в виде увеличения средней ЛСК во всех сосудистых бассейнах.

Таблица 5. Показатели средней ЛСК у больных с ДЭ до и после трехмесячной терапии

Оцениваемый показатель	До лечения	После лечения
ЛСК a.carotis communis справа	$35,5 \pm 3,6$	$38,6 \pm 4,3$
ЛСК a.carotis communis слева	$36,4 \pm 2,6$	$39,2 \pm 4,8$
ЛСК a.vertebrales справа	$28,4 \pm 3,9$	$30,9 \pm 4,0$
ЛСК a.vertebrales слева	$30,2 \pm 2,5$	$31,7 \pm 2,8$

В ходе настоящего клинического исследования больных ДЭ II—III стадии атеросклеротического и/или гипертонического генеза было зарегистрировано два нежелательных явления: у одного пациента была острая респираторная вирусная инфекция (что не связано с приемом исследуемого препарата); еще у 1 пациента отмечалась легкая тошнота, которая прошла самостоятельно, без коррекции дозы препарата. Ни в одном случае лечение не было прервано.

Препарат не оказывал отрицательного влияния на основные показатели сердечной деятельности и гемодинамики. По завершении исследования у больных не отмечалось достоверных изменений показателей частоты сердечных сокращений и артериального давления.

При приеме препарата Билобил Интенс не наблюдалось изменений показателей морфологического состава периферической крови, основных биохимических показателей, а также показателей коагулограммы.

В целом, проведенное клиническое исследование показало, что применение препарата Билобил Интенс эффективно у пациентов с дисциркуляторными энцефалопатиями, что проявляется улучшением как субъективных, так и объективных проявлений заболевания. При этом прием препарата в суточной дозе 240 мг хорошо переносится пациентами.

Препарат Билобил Интенс при назначении больным с дисциркуляторной энцефалопатией II—III стадии атеросклеротического и/или гипертонического генеза в дозе 120 мг 2 раза в день в течение 3 месяцев способствует регрессу субъективных и объективных симптомов данной патологии, оказывает положительное влияние на когнитивные функции, астеническую симптоматику у пациентов, способствует улучшению качества жизни больных.

Препарат Билобил Интенс показал хорошую переносимость и высокую безопасность при трехмесячном курсе лечения.

Эффективность и безопасность препарата Билобил Интенс позволяют рекомендовать его в дозе 120 мг 2 раза в день на протяжении 3 месяцев в качестве средства лечения больных дисциркуляторной энцефалопатией II—III стадии атеросклеротического и/или гипертонического генеза.

Список литературы

1. Арушанян Э. Б. Ноотропные свойства препаратов гинкго билоба / Э. Б. Арушанян, Э. В. Бейер // Эксп. клин. фармакол. — 2008. — № 4. — С. 57—63.
2. Бугрова С. Г. Проблемы диагностики и лечения сосудистых когнитивных нарушений / С. Г. Бугрова // Международный неврологический журнал. — 2009. — № 2(24). — С. 81—84.
3. Бурчинский С. Г. Новые возможности ноотропной и вазотропной фармакотерапии в стратегии лечения цереброваскулярной патологии / С. Г. Бурчинский // Международный неврологический журнал. — 2011. — № 2(40). — С. 13—16.

4. Грибачева И. А. Влияние препарата Билобил Форте на умственные когнитивные нарушения у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией 1—2-й стадии: клинично-нейропсихологическое исследование / Грибачева И. А., Коберская Н. Н., Мхитарян Э. А. // Новости медицины и фармации. — 2008. — № 243. — С. 9—12.

5. Марута Н. А. Применение Билобила Форте в лечении пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией / Н. А. Марута, И. А. Явдак // Международный неврологический журнал. — 2009. — № 4(26). — С. 88—98.

6. Мищенко Т. С. Достижения в области сосудистых заболеваний головного мозга за последние 2 года / Т. С. Мищенко // Здоров'я України. — 2010. — № 5. — С. 12—13.

7. Мищенко Т. С. Современная диагностика и лечение неврологических заболеваний / Т. С. Мищенко // Справочник врача. — Киев, 2010. — 470 с.

8. Мищенко Т. С. Современные подходы к лечению больных дисциркуляторной энцефалопатией / Т. С. Мищенко // Здоров'я України. Тематический номер «Неврология и психиатрия». — 2007. — С. 8—10.

9. Мищенко Т. С. Эпидемиология цереброваскулярных заболеваний в Украине / Т. С. Мищенко // Практична ангіоневрологія. — 2009. — № 1/1. — С. 5.

10. Ощепкова Е. В. Гипертоническая энцефалопатия: терапевтическая или неврологическая проблема? / Е. В. Ощепкова // Практична ангіоневрологія. — 2009. — № 5. — С. 9.

11. Шахпаронова Н. В. Место препарата Билобил в комплексной терапии сосудистых заболеваний головного мозга / Н. В. Шахпаронова, А. С. Кадыков // Ліки України. — 2010. — № 9 (145). — С. 54—56.

12. Яхно Н. Н. Когнитивные расстройства в неврологической клинике / Н. Н. Яхно // Неврол. журнал. — 2006. — № 11. — С. 4—13.

13. Kazmierczak H. Clinical trial with Bilobil in treatment of vestibular disorders / H. Kazmierczak, K. Pawlak-Osinska // Krka. Data on File, 2003.

14. Napryeyenko O. Ginkgo biloba Special Extract in Dementia with Neuropsychiatric Features / O. Napryeyenko, I. Borzenko // Arzneimittel-Forschung. — 2007. — № 57. — P. 4—11.

Надійшла до редакції 06.01.2015 р.

МИЩЕНКО Тамара Сергіївна, доктор медичних наук, професор, науковий керівник відділу судинної патології головного мозку Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, e-mail: mishchenko11@ukr.net

МИЩЕНКО Владислав Миколайович, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу нейропсихокібернетики ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: 1976mv@ukr.net

ЛАПШИНА Ірина Олександрівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу судинної патології головного мозку ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків

MISHCHENKO Tamara, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Vessels Pathology of Brain of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Science of Ukraine" ("INPN of NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv; e-mail: mishchenko11@ukr.net

MISHCHENKO Vladyslav, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Neuropsychocypernetics of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: 1976mv@ukr.net

LAPSHYNA Iryna, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Vessels Pathology of Brain of the "INPN of NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv

О. А. Мяловицька, Г. С. Трепет, І. В. Синицький
**НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ІЗОЛЬОВАНИХ ІНФАРКТАХ МОЗОЧКА
 ТА ЇХ ДІАГНОСТИКА З ВИКОРИСТАННЯМ ТЕСТУ СТРУПА**

Е. А. Мяловицкая, А. С. Трепет, И. В. Сынцкий
**Нейropsychologische Störungen bei isolierten cerebellaren Infarkten und ihre Diagnostik
 mit Verwendung des Stroop-Tests**

О. А. Mialovytska, H. S. Trepet, I. V. Synytskyi
Neuropsychological disorders after isolated cerebellar infarction and their diagnostics with Stroop test

У роботі висвітлено особливості нейropsychологічних порушень, індукованих ізольованим інфарктом мозочка і зумовлених дисфункцією супратенторіальних асоціативних кіркових ділянок, з якими мозочок зв'язаний системою провідникових шляхів. Обстежено 25 пацієнтів з мозочковим інфарктом у гострій і відновний періоди. Діагноз інфаркту встановлювали за даними неврологічної клініки та нейровізуалізації. Нейropsychологічні порушення оцінювали з використанням показників ефекту словесно-колірної інтерференції — тесту Струпа. Результати дослідження показали, що у 23 із 25 пацієнтів після інфаркту мозочка виявляли субклінічні порушення пізнавальних процесів: дефіцит селективної уваги, уповільнення виконавчих функцій, прийняття рішень, стомлюваність і/або зниження спроможності інгібувати поточні конкретні процеси, які міцно пов'язані з дисфункцією конвексимальної асоціативної кори префронтальної ділянки лобових часток головного мозку. Когнітивні порушення у хворих поєднувалися з мозочковим руховим синдромом і були вираженішими при інфарктах на території верхньої артерії мозочка, порівняно з інфарктами на території задньої нижньої артерії мозочка, хоча різниця була статистично недостовірною ($p < 0,2$). Проспективне спостереження через 3 і 12 місяців показало, що пізнавальні функції в пацієнтів мали тенденцію до поліпшення. Наші дані свідчать, що тест Струпа є важливим психометричним методом діагностики когнітивних порушень у хворих з мозочковим інфарктом, але для повної оцінки вищих психічних функцій його доцільно поєднувати з батареєю інших тестів.

Ключові слова: інфаркт мозочка, когнітивні порушення, діагностика, тест Струпа

В работе освещены особенности нейropsychологических нарушений, индуцированных изолированным инфарктом мозжечка и обусловленных дисфункцией супратенториальных ассоциативных корковых участков, с которыми мозжечок связан системой проводящих путей. Обследовано 25 пациентов с мозжечковым инфарктом в острой и восстановительный периоды.

Диагноз инфаркта устанавливали по данным неврологической клиники и нейровизуализации. Нейropsychологические нарушения оценивали с использованием показателей эффекта словесно-цветовой интерференции — теста Струпа. Результаты исследования показали, что у 23 из 25 пациентов после инфаркта мозжечка выявляли субклинические нарушения познавательных процессов: дефицит селективного внимания, замедление исполнительных функций, принятия решений, утомляемость и/или снижение способности ингибировать текущие конкретные процессы, которые тесно связаны с дисфункцией конвексимальной ассоциативной коры префронтального участка лобных долей головного мозга. Когнитивные нарушения у больных сочетались с мозжечковым двигательным синдромом и были более выражены при инфарктах на территории верхней артерии мозжечка по сравнению с инфарктами на территории задней нижней артерии мозжечка, хотя разница была статистически незначительной ($p < 0,2$). Проспективное наблюдение через 3 и 12 месяцев показало, что познавательные функции у пациентов имели тенденцию к улучшению. Наши данные свидетельствуют, что тест Струпа является важным психометрическим методом диагностики когнитивных нарушений у больных с мозжечковым инфарктом, но для полной оценки высших психических функций его целесообразно сочетать с батареей других тестов.

Ключевые слова: инфаркт мозжечка, когнитивные нарушения, диагностика, тест Струпа

This study determines the features of neuropsychological disorders induced by isolated cerebellar infarction and which are considered to result from damage in the neural circuit that links the cerebellum with the cerebral cortex. 25 patients with cerebellar infarction were examined in acute and recovery periods. All of them underwent neurological examination and MR imaging scan. Neuropsychological disorders were evaluated by the effect of word-color interference — Stroop test. The results showed that 23 of 25 patients after cerebellar infarction determined by such subclinical cognitive disorders as: the deficit of selective attention, slowing of executive functions and decision making, fatigue and/or reduce of current capacity to inhibit specific processes, and were closely related to the dysfunction of the prefrontal cortex of associative areas of the frontal lobes of the brain. Cognitive impairment was combined with motor syndrome and was more pronounced in patients with the infarction in the territory of superior cerebellar artery in comparison with infarcts in the territory of posterior inferior cerebellar artery, although the difference was not statistically significant ($p < 0.2$). Prospective study at 3 and 12 months showed that cognitive function in patients was tended to improve. Our data suggest that Stroop test is an important psychometric method of diagnostics of cognitive impairment in patients with cerebellar infarction, but for a full assessment of higher mental functions it is expedient to combine with a battery of other tests.

Key words: cerebellar infarction, cognitive impairment, diagnostics, Stroop test

У літературі останніх двох десятиліть з'являється все більше даних, що мозочок відіграє важливу роль не тільки у контролі за координацією рухів, регуляцією ходи і рівноваги тіла, але й у немоторних функціях, зокрема, в модуляції пізнавальних та емоційних процесів [16, 22, 27, 35, 39, 40].

До того ж, когнітивний дефіцит у разі ураження мозочка якісно і кількісно відмінний від тих нейropsychоло-

гічних порушень, які виникають за умови пошкодження супратенторіальних анатомічних утворень головного мозку [19, 26, 46].

Порушення вищих психічних функцій (ВПФ) при інфаркті мозочка класифікують на *первинні*, клінічно очевидні, безпосередньо зумовлені ураженням первинної ланки функціональної системи і описані в літературі як мозочковий когнітивний афективний синдром [37]; *вторинні* (системні) субклінічні, індуковані первинним ураженням мозочка і відображають дисфункцію

принаймні тих супратенторіальних асоціативних кіркових ділянок півкуль головного мозку, з якими мозочок функціонально взаємозв'язаний системою провідникових шляхів [25, 30, 46].

Як відомо, в корі півкуль великого мозку розрізняють дві основні асоціативні зони: передня — конвексимальна поверхня префронтальних ділянок лобових часток та задня — ділянки кори задньої тім'яної, верхньої скроневої і потиличної часток (зони перекриття окремих аналізаторів), за участі яких здійснюються складні надмодальні види психічної діяльності: мова, пам'ять, планування, мотивація, виконавчі функції та дії, тобто завершується формування відповідних почуттів, здійснюються складні аналітико-синтетичні процеси [2, 6].

Патофізіологічні аспекти

Для інтерпретації механізмів впливу мозочка на ВПФ важливе значення мали відкриття про існування суворої відокремленості, ізольованості функціональних шляхів, що йдуть від мозочка до моторної кори та кори префронтальних і тім'яних ділянок півкуль великого мозку [28, 43, 42, 41]. У подальшому за допомогою методу функціональної магнітно-резонансної томографії (фМРТ) у людини виявили дихотомію (*грец.*, *dicha* — дві частини + *томе* — перетин — послідовний поділ цілого на дві частини) між функціональними зв'язками передньої частки мозочка з моторною корою, а також задньої частки — з асоціативними кірковими полями префронтальної, задньої тім'яної та верхньої скроневої ділянок півкуль головного мозку [18]. Саме суворе відокремлення специфічних провідникових шляхів від мозочка до моторної кори і до асоціативних зон кори півкуль великого мозку та послідовність надходження інформації до них є важливою передумовою селективного впливу мозочка на рухові та вищі психічні функції, що в свою чергу визначає можливість ізольованого виникнення моторно-координаторних і когнітивних розладів при ураженні відповідних часточок передньої і задньої частки мозочка [36]. Треба зазначити, що субклінічні когнітивні порушення, які можуть бути наслідком ураження мозочка, бувають прихованими мозочковими руховими розладами [26, 36]. Припускають, що можливим анатомофізіологічним субстратом цих нейропсихологічних симптомів може бути дисфункція мозочково-лобової, мозочково-тім'яної та мозочково-скроневої паралельних асоціативних петель, які формують церебрально-мозочкову взаємодію [18, 32]. Найімовірніше когнітивні розлади, індуковані ураженням мозочка, відображають прояви метаболічних порушень дистантних супратенторіальних асоціативних кіркових ділянок півкуль головного мозку, тобто пов'язані з феноменом перехресного мозочково-півкульного діашизу [8, 12].

Діагностика порушень вищих психічних функцій без очевидних клінічних проявів

Оскільки мозочок не генерує, а функціонує як слабко виражений модулятор когнітивних процесів, стандартні психологічні тести, спрямовані на виявлення явних когнітивних порушень, часто виявляються недостатньо чутливими і не можуть бути ефективними для якісної та кількісної діагностики вторинних, субклінічних когнітивних порушень у хворих з мозочковим інфарктом [39, 26]. Безумовно, у такому разі їх можна ідентифікувати лише за умови використання чутливіших нейропсихологічних тестів, які відповідали б поставленим завданням і ґрунтувалися на припущенні щодо наявності локальної

дисфункції асоціативних ділянок кори префронтальної, тім'яної та скроневої часток півкуль головного мозку.

Для діагностики таких керуючих нейропсихологічних функцій як планування, послідовне мислення, увага, розумові операції, прийняття рішень, міцно пов'язаних з префронтальною корою лобових часток [23, 34], важливе значення в літературі надається тесту Струпа [11, 21, 38, 9]. Водночас популярний у сучасній зарубіжній психології тест Струпа і дотепер не отримав належного розвитку в Україні.

Тест Струпа (Test Stroop Effect)

Тривало, майже протягом усього XIX і XX ст. і дотепер для нейропсихологічної діагностики ВПФ в англійській літературі широко використовується тест Струпа або ефект Струпа [10, 13, 15, 20, 29, 30, 31, 33].

Цей тест або метод ефекту словесно-колірної інтерференції [*лат.* *inter + ferens (ferentis)* переносити — взаємне підсилення або послаблення сприйняття при накладанні інформації однієї на іншу] розробив Дж. Р. Струп (США) і висвітлив його в 1935 р. у публікації під назвою «Дослідження інтерференції в серії вербальних реакцій» [44].

Автор вважав розроблений ним тест як завдання на серійну вербальну реакцію. З того часу Струп тест став «золотим стандартом» для психологів, а дослідження автора — одним із найчастіше цитованих в історії експериментальної психології та клінічній практиці [9, 24, 48].

У класичному варіанті ефектом Струпа називають затримку реакції суб'єкта на прочитання слів, колір шрифту яких не збігається зі змістом надрукованого слова (наприклад, слово «червоний» надруковано шрифтом «синього» кольору), що створює «конфлікт» між двома процесами діяльності кори головного мозку — визначенням кольору шрифту і значенням слова. Інакше кажучи, це латентний період тривалості часу називання кольору шрифту букв, якими надруковано слово, що визначає назву іншого кольору. У такому разі латентний час збільшується пропорційно суб'єктивній важкості зміни способів переробки інформації в ситуації когнітивного конфлікту. Переробка інформації потребує участі інгібіторних процесів. Ригідність когнітивного контролю свідчить про важкість переходу від вербальних функцій до сенсорно-перцептивних у зв'язку з низьким ступенем їх автоматизації [44].

Отже, патофізіологія Струп тесту ґрунтується на різниці процесів зорового і логічного сприйняття кольору, коли протиставляється реальний колір і його вербальна назва. Для прийняття правильного рішення кірковим ділянкам кори, які відповідають за виконавчі функції, необхідний додатковий (латентний) час для оброблення зорового і вербального сприйняття. Звичайно, тривалість часу реакції буде збільшуватись із втомою суб'єкта дослідження. Збільшення тривалості часу реакції свідчить про наявність ефекту інтерференції. Тому тепер цей ефект носить ім'я Струпа (інтерференція Струпа).

Тест Струпа використовують в когнітивній нейропсихології для вивчення селективної уваги [14, 49, 38], оцінювання виконавчих функцій, когнітивної гнучкості, швидкості оброблення інформації [7, 9, 30] та інших нейропсихологічних порушень.

У подальшому класичний варіант експерименту Струпа стали застосовувати в дещо змінених формах. Зокрема, в російськомовних публікаціях останніх років повідомляється про значимість і надійність емоційного ефекту Струпа для оцінки таких нейропсихологічних

процесів як увага, виконавчі функції і короткострокова пам'ять [1, 3]. Розроблені методика вивчення і трактовка емоційного ефекту Струпа, встановлений зв'язок вираженості цього феномену з рівнем емоційного інтелекту [5, 4].

Аналіз результатів попередніх і сучасних досліджень свідчить, що впровадження психометричного Струп тесту в практику нейропсихологічного обстеження пацієнтів з мозочковим інфарктом, безумовно, є важливим і актуальним для клініки. Однак у вітчизняній літературі результати клінічних досліджень з використанням цієї методики не висвітлені, що визначило доцільність підготовки даної публікації. До того ж науковці недостатньо інформовані щодо діагностичних можливостей тесту Струпа для визначення нейропсихологічних порушень. Оскільки перероблення інформації під час виконання тесту Струпа потребує участі інгібіторних процесів, тому його доцільно використовувати у клінічній нейропсихології для дослідження когнітивних порушень, зумовлених ураженням лобових часток головного мозку.

Мета дослідження: оцінити значення тесту Струпа для діагностики субклінічних нейропсихологічних порушень у хворих з ізолюваним інфарктом мозочка у гострий і відновний періоди.

Проведено комплексне клініко-неврологічне та нейропсихологічне обстеження 25 хворих із гострим ізолюваним інфарктом мозочка (чоловіків було 16, жінок — 9) віком від 41 до 75 років (середній вік — $59,6 \pm 8,58$ роки). Основною причиною захворювання була артеріальна гіпертензія ($n = 23$) в поєднанні з атеросклерозом судин ($n = 24$) або цукровим діабетом ($n = 3$). Серед пацієнтів праворуких було 24, ліворуких — 1. Хворі надходили до відділення цереброваскулярної патології Олександрівської клінічної лікарні м. Києва в перші 24 години після розвитку захворювання. Критерії включення пацієнтів у дослідження: клінічний діагноз гострого ізолюваного мозочкового інфаркту, верифікований даними нейровізуалізації. Критерії виключення: наявність супутніх осередків ішемії в різних відділах півкуль, стовбура головного мозку, злоякісні інфаркти мозочка, пацієнти віком понад 75 років, а також особи, що зловживали алкоголем або приймали лікарські засоби з побічними ефектами на центральну нервову систему. Контрольну групу ($n = 15$) склали особи, які не надходили в клініку і були відібрані із числа сімей пацієнтів, не відрізнялись від основної групи за віком (середній вік — $55,2 \pm 14,4$ роки), статтю, освітнім рівнем та були без клінічних проявів патології головного мозку. Критерії виключення для них були такими, як і для пацієнтів основної групи. Рівень освіти оцінювали таким чином: за одиницю відліку взято середню освіту — 1 бал; для суб'єктів із середньою спеціальною освітою використовували коефіцієнт 2 бали, а для осіб з вищою освітою — коефіцієнт 3 бали. Освітній рівень пацієнтів складав $2,84 \pm 0,09$ бали, а контрольної групи — $2,93 \pm 0,14$ бали.

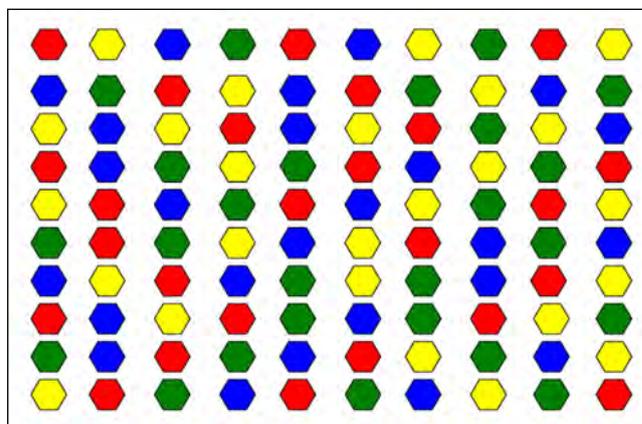
Діагноз ізолюваного інфаркту мозочка встановлювали за даними неврологічної клініки та магнітно-резонансної томографії. Локалізацію ішемічного осередку та його розмір верифікували на апараті Flexart (Toshiba) з напругою поля 1,5 Тл, які виконували в стандартних T1-, T2-режимах і в дифузійно-зваженому (ДЗ) режимі. Всім хворим досліджували стандартні лабораторні тести, проводили 12-канальну електрокардіографію (ЕКГ), ехокардіографію (Ехо-КГ). Стан магістральних артерій голови в екстракраніальному відділі та інтракраніальних артерій оцінювали за допомогою транскраніальної

доплерографії (ТКДГ) та триплексного доплерівського сканування (Ultima PA «Радмір») за стандартними методиками. Функціональну локалізацію інфаркту та тяжкість мозочкового рухового синдрому визначали з використанням напівкількісної Міжнародної кооперативної рейтингової шкали атаксії ICARS (International Cooperative Ataxia Rating Scale; [47]). Ступінь інвалідизації визначали за модифікованою шкалою Ренкіна (мШР) та індексом Бартел.

Оцінку нейропсихологічних функцій — активної уваги, планування, прийняття рішень, виконавчих дій, проводили шляхом читання завдань тесту Струпа, який включав три види стимулів: карта слів, надрукованих чорним шрифтом; карта кольорів, наведених у формі шестикутника; карта слів, у яких колір шрифту не відповідав значенню слова (рисунки).



Стимул 1



Стимул 2



Стимул 3

Стимульні карти (1, 2, 3) тесту Струпа

У дослідженні використовували чотири забарвлених слова: «червоний», «синій», «зелений» і «жовтий». Слова і кольори на білих картах наведені у вигляді матриці, яка складається з 10 рядків і 10 стовпців. Кожний з чотирьох кольорів (чи слів) зустрічається двічі в кожному рядку і в кожному стовпці, але вони не повторювалися поспіль і не утворювали певних закономірних послідовностей. Слова з невідповідними шрифту значеннями надруковані з однаковою кількістю разів фарбою кожного із трьох інших кольорів (наприклад, слово «червоний» було надруковано з однаковою частотою фарбою синього, зеленого, жовтого кольору).

У відповідності з наведеним стимульним матеріалом та після відповідного інструктажу пацієнту пропонували виконувати такі три завдання: читання уголос назв кольорів, надрукованих нейтральним чорним шрифтом (ЧНКч); називання кольорів (НК); називання кольору слова, де колір шрифту відрізняється від значення слова (НКсв).

Для виконання наведених стандартизованих завдань пацієнту пропонували три карти: на першій — сто слів, які означали назви основних кольорів, надрукованих чорним шрифтом, їх необхідно якомога швидше і без помилок уголос прочитати; на другій — сто різнокольорових шестикутників, необхідно якомога швидше назвати їх колір; на третій карті — сто слів назв кольорів, що не відповідають кольору шрифту, яким надруковане дане слово (наприклад, слово «синій» надруковане червоним шрифтом, а необхідно сказати «червоний» і т. д.), тобто бажано якомога швидше назвати колір шрифту, яким надруковане слово. У разі помилки пацієнт повинен виправити її самостійно, якщо помітив, чи після вказівки лікаря, а потім продовжити виконання завдання. У кожному дослідженні фіксували тривалість часу читання всього списку і кількість зроблених помилок.

Оцінка результатів дослідження включала такі показники: тривалість читання назв кольорів, надрукованих чорним шрифтом, $t(ЧНКч)$, с; тривалість називання кольорів шестикутників $t(НК)$, с; тривалість опрацювання кольорових рядків слів $t(НКсв)$, с; кількість помилок під час опрацювання рядків з чорним шрифтом; кількість помилок при називанні кольорів шестикутників; кількість помилок під час опрацювання карти слів кольорових рядків. Помилками вважали всі неправильні дії (пропуск слів, неправильне читання слова чи називання кольору). Досліджували також інші показники, які стосуються певного аспекту процесу виконання завдань Струп тесту, запропоновані А. А. Jensen (1965): фактор колірної складності (*color difficulty*), який відображається показником $t(НК)/t(ЧНКч)$; фактор інтерференції — $t(НКсв) - t(НК)$; фактор швидкості оброблення інформації — $t(ЧНКч)$.

Обстеження пацієнтів і суб'єктів контрольної групи проводив той ж самий лікар-невролог (вона пройшла стажування в клініці з досвідченим нейропсихологом) в окремій кімнаті в першій половині дня до 13 год. Основні показники Струп тесту пацієнтів досліджували в перші 5—7 діб від початку захворювання, на 90-ту добу і через 12 міс. після розвитку інсульту.

Статистичний аналіз матеріалу проводили з використанням стандартних методик оцінки відмінностей у порівняльних групах за допомогою непараметричних тестів на базі цифрових програм Microsoft Office Excel 2003 та програми SPSS 13.0 (Statistical Package for the Social Sciences). Результати окремих даних виражені у вигляді середньої ($M \pm m$). Статистично вірогідними

вважали різницю при $p < 0,05$. Порівняння динаміки показників проведено за допомогою критерію Вілкоксона.

Клінічна оцінка результатів

Комплексне клініко-неврологічне, доплерографічне та нейровізуалізаційне обстеження 25 хворих з гострим ізолюваним інфарктом мозочка показало, що у 13 із них осередок інфаркту локалізувався на території кровопостачання верхньої артерії мозочка (ВАМ) і в 12 пацієнтів — на території задньої нижньої артерії мозочка (ЗНАМ). Здебільшого у 17 хворих виявляли часткові, малі за об'ємом інфаркти, які виникали внаслідок оклюзії медіальної або латеральної гілок ВАМ чи ЗНАМ; у 8 пацієнтів діагностували територіальні мозочкові інфаркти без мас-ефекту з доброякісним перебігом. У 13 пацієнтів інфарктний осередок локалізувався в правій півкулі мозочка, у 10 — у лівій, ще у 2 хворих верифікували білатеральне ураження півкулі мозочка.

Аналіз неврологічної клініки пацієнтів показав, що у неврологічному статусі переважав мозочковий руховий синдром: рухові порушення за пунктами напівкількісної Міжнародної кооперативної рейтингової шкали атаксії (ICARS) при інфаркті на території ВАМ становили $44,2 \pm 3,3$ бали, на території ЗНАМ — $60,4 \pm 5,1$ бали, що відповідає атаксії середнього ступеня тяжкості.

Розподіл хворих з урахуванням показника інвалідизації за мШР у перші години/дні після інфаркту був таким: у 16 — помірний (3 бали); у 8 — помірно тяжке порушення, хворі неспроможні ходити без сторонньої допомоги (4 бали); у одного пацієнта ступінь інвалідизації був тяжким (5 балів).

За оцінкою функціонування за індексом Бартел лише у 2 хворих він складав 80 балів і більше, у 23 пацієнтів виявлено різні варіанти повсякденної активності — індекс Бартел менш 80 балів.

Неврологічний дефіцит за шкалою NIHSS також визначали, але не аналізували, оскільки він не відображав тяжкість функціональних порушень у хворих з ізолюваним інфарктом мозочка.

Оцінка суб'єктивних скарг пацієнтів засвідчила, що у жодного із пацієнтів не виявляли очевидних клінічних ознак дисфункції асоціативної кори префронтальної, нижньої тім'яної та задньої скроневі ділянок головного мозку. Водночас, крім моторних порушень, під час детального опитування пацієнтів найхарактернішими скаргами у них були швидка стомлюваність, трудність зосередження уваги, уповільнення темпу мови, підвищена збудливість.

Нейропсихологічна оцінка з використанням тесту Струпа

Аналіз результатів виконання нейропсихологічних завдань тесту Струпа пацієнтів і суб'єктів контрольної групи проводила лікар-невролог за участю нейропсихолога, який не був обізнаний щодо локалізації інфарктного осередку в півкулях мозочка. За таким же алгоритмом проводили аналіз виконання завдань Струп тесту при кожному повторному дослідженні на 90-й день і через 12 міс. після перенесеного мозочкового інфаркту. Всі пацієнти сприяли успішному виконанню завдань дослідження. У 23 хворих виявлені ознаки субклінічних нейропсихологічних порушень, лише у 2 — не виявлено. Середні показники виконання стандартизованих завдань Струп тесту наведені у таблиці.

Середні показники нейропсихологічного тестування 25 пацієнтів з ізольованим інфарктом мозочка за даними тесту Струпа в різні періоди рандомізації ($M \pm m$)

Тест Струпа	Контроль ($n = 15$)	Період обстеження пацієнтів ($n = 25$), дні/міс.		
		5—7-й день	90-й день	12 міс.
Тривалість читання карти слів, надрукованих чорним шрифтом, с	104,2 ± 4,5 (50—110)	106,1 ± 3,1 (60—120) $p > 0,5$	105,2 ± 2,8 (60—115) $p > 0,5$	104,8 ± 3,1 (50—110) $p > 0,5$
Тривалість називання кольорових шестикутників, с	109,6 ± 4,8 (50—115)	114,4 ± 3,3 (60—125) $p > 0,2$	113,6 ± 3,1 (60—120) $p > 0,5$	113,5 ± 2,8 (60—115) $p > 0,5$
Тривалість опрацювання карти слів кольорових рядків, с	112,2 ± 4,1 (60—115)	125,8 ± 3,1 (70—130) $p < 0,02$	122,6 ± 2,8 (70—125) $p < 0,05$	122,2 ± 2,8 (60—115) $p < 0,05$
Кількість помилок під час опрацювання карти слів з чорним шрифтом, n	2,3 ± 0,15 (1—3)	2,6 ± 0,10 (2—4) $p < 0,1$	2,5 ± 0,05 (2—3) $p > 0,2$	2,4 ± 0,10 (1—3) $p > 0,1$
Кількість помилок при називанні кольорів шестикутників, n	2,8 ± 0,15 (1—3)	3,5 ± 0,15 (2—5) $p < 0,05$	3,2 ± 0,15 (1—4) $p > 0,1$	2,9 ± 1,0 (1—3) $p > 0,5$
Кількість помилок під час опрацювання карти слів кольорових рядків, n	4,0 ± 0,15 (2—4)	6,8 ± 0,21 (3—7) $p < 0,001$	4,6 ± 0,15 (2—5) $p < 0,02$	4,5 ± 0,10 (2—5) $p < 0,05$

Як свідчать отримані дані, тривалість виконання пацієнтами завдань після використаних різних стимулів тесту Струпа була неоднаковою. Найтриваліше за часом 125,8 ± 3,1 с хворі опрацьовували інформацію в перші 5—7 діб після інфаркту мозочка в разі використання неконгруентного (*lat. congruens* — такий, що збігається) стимулу 3, коли колір шрифту і значення слова не збігалися. Інтерференція в такому разі була результатом «конфлікту» між двома процесами діяльності кори головного мозку — словесно-мовних (вербальних) і сенсорно-перцептивних (*lat. perceptio* — сприйняття, безпосереднє відображення об'єктивної дійсності органами чуттів) функцій. За таких умов пацієнтам необхідно було інгібувати (подавити) неправильний вибір відповіді (значення слова) і назвати колір, який він бачить, тобто колір шрифту. Звичайно, за таких умов хворі після мозочкового інфаркту витрачали більше часу, ніж під час опрацювання кольору шестикутників (114,4 ± 3,3 с). Тому ж вони частіше припускалися помилки (відповідно 6,8 ± 0,21 і 3,5 ± 0,15, $p < 0,001$).

Показник фактора інтерференції — збільшення тривалості часу реакції на стимул на 5—7 день після інфаркту мозочка складав 11,4 с, тобто спостерігався ригідний когнітивний пізнавальний контроль, який свідчив про трудність (затримку) переходу від вербальних функцій до сенсорно-перцептивних у зв'язку з низьким ступенем їх автоматизації. Триваліший період опрацювання пацієнтами інформації на кольорні стимули відображав такі психічні функції в корі головного мозку, як дефіцит уваги, порушення виконавчих функцій, уповільнення прийняття рішень, стомлюваність і/або зниження спроможності інгібувати поточні конкурентні процеси, міцно пов'язані з дисфункцією префронтальної асоціативної кори лобових часток головного мозку. Як відомо, префронтальна кора більш відома своїм внеском у пізнавальні процеси, ніж у здійсненні рухових функцій [17, 34].

Водночас такої затримки реакції не спостерігалось під час опрацювання карти слів з нейтральним (чорним) шрифтом, що можна пояснити автоматизацією читання,

коли розумова діяльність автоматично визначає значення слова (наприклад, пацієнт читає слово «синій» і думає про синій колір).

Фактор колірної складності в обстежуваних пацієнтах складав 1,08, а фактор швидкості оброблення інформації — 106,1 с.

Сам Дж. Р. Струп (1935), аналізуючи подібні результати дослідження, пояснював їх таким чином: «Ті асоціативні зв'язки, які були сформовані між вербальними стимулами і реакцією читання, мабуть, є стійкішими, ніж ті, які були сформовані між кольорними стимулами і реакцією називання кольору».

Нами виявлена різниця, хоча несуттєва ($p > 0,05$), між швидкістю називання кольорів і читанням слів з нейтральним (чорним) шрифтом, що можна пояснити різним ступенем тренуваності цих дій; читання слів вимагало тільки артикуляції, а називання кольорів потребувало ще й використання відповідних асоціацій. Мабуть, саме тому в перші 5—7 діб після мозочкового інфаркту при називанні кольорів хворі допускалися більшій кількості помилок (3,5 ± 0,15), ніж під час опрацювання слів з нейтральним шрифтом (2,6 ± 0,10); $p < 0,001$. Подібні дані можна пояснити наявним фактором словесно-кольорної інтерференції, що зумовлювало можливі варіанти відповіді та утруднювало вибір оптимальної назви кольору. Такі патофізіологічні процеси могли свідчити про порушення селективної функції кори головного мозку, і виникають при дисфункції асоціативної кори нижнього відділу тім'яної частки, з якою мозочок зв'язаний системою еферентних мозочково-тім'яних провідникових шляхів [18, 41]. Тому таку патофізіологічну ситуацію ми розцінювали як прояв феномену перехресного мозочково-півкульного діашизу, який не виявлявся в подальшому на 90-й день і 12 міс. під час контрольного огляду.

За період проспективного спостереження (3 і 12 місяців) виявлено тенденцію до зменшення тривалості часу на прочитання слів кольорових рядків, але різниця порівняно з групою контролю залишалася статистично недостовірною ($p > 0,05$). Водночас знижувався також

показник фактора інтерференції (відповідно 9,0 і 8,7). Це могло свідчити про посилення спроможності гальмувати сильніші за своєю природою вербальні функції заради сприйняття кольору. Разом з тим фактор колірної складності зберігався на вихідному рівні — 1,08. Кількість помилок зменшувалась, але не досягала ступеня достовірності. Швидкість читання кольорів була задовільною, кількість помилок практично відповідала показнику контрольної групи.

Ми дослідили також особливості виконання завдань тесту Струпа залежно від ураженої артеріальної території мозочка в гострий період інфаркту. Результати дослідження показали, що у пацієнтів з інфарктом на території ВАМ спостерігалася значніша затримка реакції на прочитання кольорових слів неконгруентного стимулу ($132,6 \pm 5,4$ с), порівняно з тривалістю опрацювання слів пацієнтами з інфарктом на території ЗНАМ ($120,2 \pm 5,8$ с; $p < 0,2$). Фактор інтерференції складав відповідно 15,4 і 7,8 с.

Збільшення тривалості часу опрацювання карти слів кольорових рядків і наростання ефекту словесно-колірної інтерференції в групі пацієнтів з мозочковим інфарктом на території васкуляризації ВАМ можна пояснити функціональною значимістю для когнітивних функцій філогенетично новішої передньої частки і зубчастого ядра мозочка, які кровопостачаються ВАМ [45]. Нижча інтерференція при інфаркті мозочка на території ЗНАМ свідчила про спроможність гальмування сильніших за своєю природою вербальних функцій заради сприйняття кольору.

Таким чином, тест Струпа і пов'язаний з ним ефект — складний феномен, який неможливо пояснити лише на підставі уявлень про певний єдиний патофізіологічний механізм, на якому він ґрунтується. Разом з тим, його треба оцінювати як важливий психометричний метод діагностики нейропсихологічних порушень у хворих після перенесеного ізольованого мозочкового інфаркту.

Нейропсихологічні розлади, індуковані ізольованим інфарктом мозочка, мали субклінічний перебіг в поєднанні з мозочковим руховим синдромом і проявлялися порушенням планування селективної уваги, прийняття рішень, виконавчих функцій, міцно пов'язаних з асоціативною корою префронтальної ділянки лобових часток головного мозку.

Субклінічні когнітивні порушення в пацієнтів з інфарктом на території ВАМ були вираженішими, порівняно з пацієнтами з інфарктами на території ЗНАМ, хоча різниця була статистично недостовірною. Проспективне спостереження через 3 і 12 міс. показало, що пізнавальні функції мали тенденцію до поліпшення.

Методика Струп тесту завдяки компактності при виконанні, психометричній валідності важлива для діагностики субклінічних нейропсихологічних порушень, індукованих ураженням мозочка. Водночас для повної оцінки порушень вищих психічних функцій Струп ефект доцільно поєднувати з батареєю інших нейропсихологічних тестів.

Список літератури

1. Агафонов А. Ю. Изучение Струп феномена при усложнении задачи игнорирования / А. Ю. Агафонов, А. Ю. Федотова // Психологические исследования : сб. науч. тр. Вып. 1 / под ред. А. Ю. Агафонов, В. В. Шпунтовой. — Самара : Изд-во «Универс-Групп», 2005. — С. 5—8.

2. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А. Р. Лурия. — [3-е изд.]. — М.: Академический проект, 2000. — 512 с.

3. Романов В. А. Мнестический эффект Струпа и эффект мнестического улучшения: зависимость от скорости предъявления стимуляции / Романов В. А., Дормашев Ю. Б., Шилко Р. С. // Психологический журнал. — 2006. — № 2. — С. 69—78.

4. Сысоева Т. А. Эмоциональный эффект Струпа / Т. А. Сысоева // Когнитивная психология. Феномены и проблемы [под ред. В. Ф. Спиридонова]. — М.: Ленанд, 2014. — С. 172—178.

5. Сысоева Т. А. Эмоциональный эффект Струпа и его связь с эмоциональным интеллектом / Т. А. Сысоева // Психология: журн. Высшей школы экономики. — 2010. — № 7(4). — С. 117—125.

6. Хомская Е. Д. Нейропсихология / Е. Д. Хомская. — [4-е изд.]. — СПб.: Питер, 2005. — 465 с.

7. Archibald S. J. Identification and description of new tests of executive functioning in children / S. J. Archibald, K. A. Kems // Child Neuropsychol. — 1999. — Vol. 5. — P. 115—129.

8. Crossed cerebello-cerebral diaschisis in a patient with cerebellar infarction / [Broich K., Hartmann A., Biersack H. J. et al.] // Neurosci Lett. — 1987. — Vol. 83(1—2). — P. 7—12.

9. Carter C. S. Anterior cingulate cortex and conflict deflection: an update of theory and data / C. S. Carter, V. van Veen // Cogn. Affect Behav. Neurosci. — 2007. — Vol. 7(4). — P. 367—379.

10. Coffey E. The dimensions of emotional intelligence, alexithymia, and mood awareness: Associations with personality and performance on an emotional Stroop task / Coffey E., Berenbaum H., Kerns J. G. // Cognition and Emotion. — 2003. — Vol. 17(4). — P. 671—679.

11. Connor A. Effects of practice and differential instructions on Stroop Performance / Connor A., Franzen M. D., Sharp B. // Inter J. Clin. Neuropsychol. — 1988. — Vol. 10. — P. 1—4.

12. Crossed cerebellar diaschisis and hemiataxia after thalamic haemorrhage / [Engelborgh S., Pickut B. A., Mariën P. et al.] // J. Neurol. — 2000. — Vol. 247. — P. 476—478.

13. Golden Ch. J. A group version of the Stroop Color and Word Test / Ch. J. Golden // J. Person. Assessment. — 1975. — Vol. 39. — P. 386—388.

14. Henik A. Paying attention to the Stroop task / A. Henik // J. Inter. Neuropsychol. Soc. — 1996. — Vol. 2. — P. 467—470.

15. Jensen A. R. Scoring the Stroop test / A. R. Jensen // Acta Psychologica. — 1965. — Vol. 24. — P. 398—408.

16. Consensus Paper: The role of cerebellum in movement and cognition / [Kaziol L. K., Budding D., Andersen N. et al.] // Cerebellum: published online. — 2013.

17. Kelly R. M. Cerebellar loops with motor cortex and prefrontal cortex of a nonhuman primate / R. M. Kelly, P. L. Strick // J. Neurosci. — 2003. — Vol. 23(23). — P. 8232—8244.

18. Krienen F. M. Segregated fronto-cerebellar circuits revealed by intrinsic functional connectivity / F. M. Krienen, R. L. Buchner // Cereb. Cortex. — 2009. — Vol. 19. — P. 2485—2497.

19. Neuropsychological disorders induced by cerebellar damage / [Lagarde J., Hantkiewicz O., Hayjoni A., Yelnik A.] // Annals of physical and rehabilitation medicine. — 2009. Vol. 52. — P. 360—370.

20. Lansbergen M. M. Stroop interference and attention-deficit/hyperactivity disorder: a review and meta-analysis / Lansbergen M. M., Kenemans J. L., van Engeland H. // Neuropsychology. — 2007. — Vol. 21(2). — P. 251—262.

21. Lavoie M. E. The discriminant validity of the Stroop Color and Word Test: Toward a cost-effective strategy to distinguish subgroups of disruptive preadolescents / M. E. Lavoie, P. Charlebois // Psychol. in the Schools. — 1994. — Vol. 31. — P. 98—107.

22. Leiner H. C. Cognitive and language functions of human cerebellum / Leiner H. C., Leiner A. L., Dow R. S. // Trends Neurosci. — 1993. — Vol. 16(11). — P. 444—447.

23. Leiner H. C. Reappraising the cerebellum: What does the hindbrain contribute to the forebrain? / Leiner H. C., Leiner A. L., Dow R. S. // Behav. Neurosci. — 1989. — Vol. 103. — P. 998—1008.

24. MacLeod C. M. Half a century of research on the Stroop effect: an integrative review / C. M. MacLeod // Psychological Bulletin. — 1991. — Vol. 109(2). — P. 163—203.

25. Cognitive impairment in young adults with infratentorial infarcts / [Malm J., Kristensen B., Karlsson T. et al.] // Neurology. — 1998. — Vol. 51(2). — P. 433—440.

26. Mariën P. Cerebellar neurocognition: a new avenue / Mariën P., Engelborghs S. and De Deyn P. P. // *Acta Neurol. Belg.* — 2001. — Vol. 101. — P. 96—109.
27. Middleton F. A. Cerebellar output: motor and cognitive channels / F. A. Middleton, P. L. Strick // *Trends Cogn. Sci.* — 1998. — Vol. 2. — P. 348—354.
28. Middleton F. A. Cerebellar projections to the prefrontal cortex of the primate / F. A. Middleton, P. L. Strick // *J. Neurosci.* — 2001. — Vol. 21(2). — P. 700—712.
29. Implementation of the Stroop task using an interactive table: an experimental study [Electronic Resource] / [Miller H., Kubicki S., Kolski C., Naveteur J.]. In "Works in Progress", at CHI'2013, Paris, May. — 2013. — Mode of access : URL : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00864291>
30. Neuropsychological disturbances in cerebellar infarcts / [Nean J.-Ph., Arroyo-Anllo E., Bonnaud V. et al.] // *Acta Neurol. Scand.* — 2000. — Vol. 102. — P. 363—370.
31. Newman J. P. The Stroop Color-Word Test as a measure of hierarchic integration / J. P. Newman // *J. Clin. Psychol.* — 1978. — Vol. 34. — P. 901—902.
32. Distinct and overlapping functional zones in the cerebellum defined by resting state function connectivity / [O'Reilly J. X., Beckmann C. F., Tomassini V. et al.] // *Cereb. Cortex.* — 2010. — Vol. 20. — P. 953—965.
33. Phaf R. H. The automaticity of emotional Stroop: A meta-analysis / R. H. Phaf, K. J. Kan // *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry.* — 2007. — Vol. 38. — P. 184—199.
34. Romnani N. Frontal lobe and posterior parietal contributions to the cortico-cerebellar system / N. Romnani // *Cerebellum.* — 2012. — Vol. 11(2). — P. 366—383.
35. Schmahmann J. D. An emerging concept. The cerebellar contribution to higher function / J. D. Schmahmann // *Arch. Neurol.* — 1991. — Vol. 48(11). — P. 1178—1187.
36. Schmahmann J. D. Cerebellar stroke without motor deficit: clinical evidence for motor and non-motor domains within the human cerebellum / Schmahmann J. D., More J. M., Zangel M. // *Neuroscience.* — 2009. — Vol. 162(3). — P. 852—861.
37. Schmahmann J. D. The cerebellar cognitive affective syndrome / J. D. Schmahmann, J. C. Sherman // *Brain.* — 1998. — Vol. 121. — P. 561—579.
38. Semrud-Clikeman M. Using MRI to examine brain-behavior relationships in males with attention deficit disorder with hyperactivity / M. Semrud-Clikeman // *J. Am. Acad. Child and Adolescent Psychiatry.* — 2000. — Vol. 39. — P. 477—484.
39. Silveri M. C. Language, memory, and the cerebellum / M. C. Silveri, S. Misciagna // *Journ. of Neurolinguistics.* — 2000. — Vol. 13. — P. 129—143.
40. Stoodley C. J. The cerebellum and cognition: evidence from functional imaging studies / C. J. Stoodley // *Cerebellum.* — 2012. — Vol. 11(2). — P. 352—365.
41. Stoodley C. J. Evidence for topographic organization in the cerebellum of motor control versus cognitive and affective processing / C. J. Stoodley, J. D. Schmahmann // *Cortex.* — 2010. — Vol. 46. — P. 831—844.
42. Stoodley C. J. Functional topography in the human cerebellum: A meta-analysis of neuroimaging studies / C. J. Stoodley, J. D. Schmahmann // *Neuroimage.* — 2009. — Vol. 44. — P. 489—501.
43. Strick P. L. Cerebellum and non-motor function / Strick P. L., Dum R. P., Fiez J. A. // *Ann. Rev. Neurosci.* — 2009. — Vol. 32. — P. 413—434.
44. Stroop J. R. Studies of interference in serial verbal reactions / J. R. Stroop // *Journal of Experimental Psychology.* — 1935. — Vol. 18. — P. 643—662.
45. Arterial territories of human brain: brainstem and cerebellum / [Tatu L., Maulin T., Bogousslavsky J. et al.] // *Neurology.* — 1996. — Vol. 47(5). — P. 1125—1135.
46. The cerebellar cognitive profile / [Todesco A. M., Chirio-cozzi F. R., Clausi S. et al.] // *Brain.* — 2011. — Vol. 134(12). — P. 3672—3686.
47. International Cooperative Ataxia Rating Scale for pharmacological assessment of the cerebellar syndrome / [Trouillas P., Takayanagi T., Hallet M. et al.] // *J. Neurol. Science.* — 1997. — Vol. 145. — P. 205—211.
48. Van Maanen L. Stroop and picture-word interference are two sides of the same coin / Van Maanen L., Van Rijn H., & Borst J. P. // *Psychonomic Bulletin & Review.* — 2009. — Vol. 16(6). — P. 987—999.
49. Weinstein M. Sustained attention and related perceptuomotor functions / [Weinstein, M., Silverstein, M. L., Nader, T., & Turnbull, A.] // *Percept. Motor Skills.* — 1999. — Vol. 89. — P. 387—388.

Надійшла до редакції 09.12.2014 р.

МЯЛОВИЦЬКА Олена Анатоліївна, доктор медичних наук, професор кафедри неврології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ; e-mail: salyuk@i.ua

ТРЕПЕТ Ганна Сергіївна, заочна аспірантка кафедри неврології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ; e-mail: anna_trepet@mail.ru

СИНІЦЬКИЙ Ігор Валерійович, лікар, Територіальне медичне об'єднання «Психіатрія» у місті Києві; e-mail: isinitskiy@ukr.net

MIALOVYTSKA Olena, Doctor of Medical Sciences, Professor of Department of Neurology of the O. O. Bohomolets's National medical University, Kyiv; e-mail: salyuk@i.ua

TREPET Hanna, Postgraduate Student of Department of Neurology of the O. O. Bohomolets's National medical University, Kyiv; e-mail: anna_trepet@mail.ru

SYNYTSKYI Ihor, Physician of Territorial medical Association "Psychiatry" in Kyiv; e-mail: isinitskiy@ukr.net

УДК 616.831-02:[615.36+615.849.11]

А. В. Носатов

АДРЕНЕРГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ БОЛЬНЫХ С ДИСЦИРКУЛЯТОРНЫМИ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯМИ В ДИНАМИКЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ КВЧ-АУТОГЕМОТЕРАПИИ

А. В. Носатов

Адренергічна активність мембран еритроцитів хворих з дисциркуляторною енцефалопатією у динаміці комплексної терапії з використанням КВЧ-аутогемотерапії

A. V. Nosatov

Adrenergic activity erythrocyte membranes in the dynamics of complex therapy dyscirculatory encephalopathy using EHF-autohaemotherapy

Цель исследований — изучение состояния адренергической активности мембран эритроцитов больных с дисциркуляторными энцефалопатиями (ДЭ) в динамике комплексной терапии с применением КВЧ-аутогемотерапии для оценки ее эффективности. В процессе лечения эффективность метода оценивали двумя методами — методом КВЧ-диэлектротометрии и методом измерения осмотической резистентности мембран эритроцитов при воздействии β-адреноблокаторов.

Измерения проводились с использованием эритроцитов условно здоровых доноров 28—35 лет обоих полов ($n = 10$), а также пациентов с ДЭ I ст. ($n = 58$), и II ст. ($n = 66$) обоих полов в возрасте от 45 лет до 71 года. Установлено, что показатели адренореактивности β-АРМ условно здоровых доноров находятся в пределах нормы. Для пациентов с ДЭ показатель β-АРМ превышает нормальный в 2—3 раза и соответствует низкой степени адренореактивности, т. е. указывает на сниженную способность адренорецепторов связывать блокатор (при $p < 0,05$).

В результате исследований выявлено, что динамика электрофизических характеристик крови зависит от физиологического состояния пациента. Установлено, что достоверные изменения коэффициента диэлектрической проницаемости эритроцитов при воздействии на них адренергических средств наблюдаются преимущественно в контрольной группе и незначительны у пациентов с ДЭ, что свидетельствует о сниженной адренореактивности их мембранно-рецепторного комплекса. Применение КВЧ-аутогемотерапии в комплексном лечении больных с ДЭ позволяет эффективно улучшать состояние адренергической активности мембран эритроцитов, что подтверждается увеличением абсолютного значения коэффициента диэлектрической проницаемости и свидетельствует об изменении уровня гидратации эритроцитов.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, лечение, адренергическая активность мембран эритроцитов

Мета досліджень — вивчення стану адренергічної активності мембран еритроцитів хворих з дисциркуляторними енцефалопатіями (ДЕ) в динаміці комплексної терапії із застосуванням КВЧ-аутогемотерапії для оцінки її ефективності. У процесі лікування ефективність методу оцінювали двома методами — методом КВЧ-діелектротометрії і методом вимірювання осмотичної резистентності мембран еритроцитів під впливом β-адреноблокаторів.

Вимірювання проводили з використанням еритроцитів умовно здорових донорів 28—35 років обох статей ($n = 10$), а також пацієнтів з ДЕ I ст. ($n = 58$), і II ст. ($n = 66$) обох статей віком від 45 до 71 роки. Встановлено, що показники адренореактивності β-АРМ умовно здорових донорів були в межах норми. Для пацієнтів з ДЕ показник β-АРМ перевищує нормальний в 2—3 рази і відповідає низькому ступеню адренореактивності, тобто вказує на знижену здатність адренорецепторів зв'язувати блокатор (при $p < 0,05$).

В результаті досліджень виявлено, що динаміка електрофізичних характеристик крові залежить від фізіологічного стану пацієнта. У пацієнтів з різним ступенем ДЕ встановлено, що достовірні зміни коефіцієнта діелектричної проникності еритроцитів при впливі на них адренергічних засобів спостерігаються переважно в контрольній групі, і незначні в еритроцитах пацієнтів із ДЕ, що свідчить про знижену адренореактивність їх мембранно-рецепторного комплексу. Застосування КВЧ-аутогемотерапії в комплексному лікуванні хворих із ДЕ дозволяє ефективно покращувати стан адренергічної активності мембран еритроцитів, що підтверджується збільшенням абсолютного значення коефіцієнта діелектричної проникності і свідчить про зміну рівня гідратації еритроцитів.

Ключові слова: дисциркуляторна енцефалопатія, лікування, адренергічна активність мембран еритроцитів

Purpose of research — the study of the state of adrenergic activity of erythrocyte membranes of patients with dyscirculatory encephalopathy (DE) in the dynamics of complex therapy with the use of EHF-autohaemotherapy to assess its effectiveness. During therapy effectiveness of the method was evaluated 2 method, EHF-dielectrometry and method for measuring osmotic resistance of erythrocyte membranes under the influence of β-blockers.

Measurements were performed using erythrocytes of healthy donors of both sexes of 28—35 years ($n = 10$) and patients with DE I st. ($n = 58$), and II st. ($n = 66$) of both sexes, aged from 45 to 71 years. Found that parameters β-ARM apparently healthy donors are in the normal range. For patients with DE figure β-ARM exceeds the normal 2—3 times, and corresponds to a low degree adrenoreactivity, i. e. indicates a reduced ability to bind adrenoceptor blocker ($p < 0.05$).

The studies revealed that the dynamics of electrophysical characteristics of the blood depends on the physiological condition of the patient. In patients with varying degrees DE found that significant changes in the dielectric constant of erythrocytes upon exposure to adrenergic agents are mainly observed in the control group, and insignificant in erythrocytes of patients with DE, indicating reduced adrenoreactivity their membrane receptor complex. EHF-autohaemotherapy in complex treatment of patients with DE can effectively improve the state of erythrocyte membranes adrenergic activity, as evidenced by an increase in the absolute value of the dielectric constant, and indicate a change in the hydration level of red blood cells.

Key words: dyscirculatory encephalopathy, treatment, adrenergic activity of erythrocyte membranes

Цереброваскулярные заболевания в прошлом и на настоящий момент были и остаются наиболее акту-

альными медико-биологическими и социальными проблемами во всех странах мира. Проведенные эпидемиологические исследования показывают, что цереброваскулярные заболевания у лиц в возрасте 20—59 лет

© Носатов А. В., 2015

в структуре общей заболеваемости составляют 20 %. Заболеваемость инсультом с возрастом возрастает вдвое на протяжении каждого следующего десятилетия жизни. В течение 2010 г. зарегистрировано 85,5 млн обращений в лечебные учреждения Украины по поводу различных заболеваний, среди них в связи с сердечно-сосудистыми и сердечно-мозговыми — 25,9 млн [5]. При проведении анализа структуры распространенности цереброваскулярной патологии выявлено, что до 95 % составляют хронические медленно прогрессирующие формы, порядка 6,1 % населения Украины страдают дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) [4].

Значительное распространение, высокая смертность, инвалидизация населения вследствие цереброваскулярных заболеваний и их тяжелейшего проявления — инсульта требуют поставить профилактику и лечение этих заболеваний в один ряд с наиболее актуальными медико-социальными проблемами, определяют необходимость разработки новых, более доступных и эффективных методов их лечения, как медикаментозных, так и немедикаментозных.

Одним из новых и перспективных методов является применение КВЧ-аутогемотерапии в комплексном лечении больных с ДЭ. КВЧ-аутогемотерапия — новый метод немедикаментозного лечения больных с ДЭ, при котором применяется введение аутокрови больного, облученной электромагнитным излучением миллиметрового диапазона в специальной камере-резонаторе [1, 9, 14].

В процессе лечения эффективность метода оценивали путем определения адренореактивности эритроцитов методом КВЧ-диэлектрометрии.

Данный метод, а также его усовершенствованная техническая реализация [6], позволяет осуществлять измерения коэффициента диэлектрической проницаемости (КДП) с высокой точностью ($\epsilon' \pm 1\%$ и $\epsilon'' \pm 0,5\%$) в автоматизированном режиме, в течение времени сохранения жизнеспособности (нативности) образцов крови (все манипуляции с кровью осуществляются в течение 3 часов с момента забора крови).

Критерием оценки является адренергическая активность (или адренореактивность) мембран эритроцитов (АРЭ), которая имеет непосредственное отношение к патогенезу целого ряда сердечно-сосудистых заболеваний [8]. В качестве фактора воздействия используют биологически активные вещества (БАВ): адренергические лекарственные средства адреналин и его антагонисты β -адреноблокаторы (β -АБ). Измерения проводят до и после их действия, т. е. регистрируют БАВ-индуцированные отличия измеряемых диэлектрических характеристик. Методология исследования функциональной активности биообъектов методом КВЧ-диэлектрометрии была разработана в середине 80-х годов группой ученых ИРЭ НАНУ во главе с д. ф.-м. н. Т. Ю. Щеголевой [12], взята за основу и впоследствии модифицирована в способ оценки АРЭ [13, 15].

В качестве альтернативного метода исследования АРЭ использовали метод измерения осмотической резистентности мембран эритроцитов при действии β -АБ (оценка показателя адренореактивности β -АРМ).

Измерения проводили с использованием эритроцитов условно здоровых доноров 28—35 лет обоих полов ($n = 10$), а также пациентов с ДЭ I ст. ($n = 58$), и II ст. ($n = 66$) обоих полов в возрасте от 45 лет до 71 года. Забор крови осуществляли при поступлении пациентов в стационар, до начала медикаментозного лечения. Для контрольной группы также с помощью метода измерения осмотичес-

кой резистентности мембран эритроцитов при действии β -адреноблокатора получены значения β -АРМ [7, 8, 10]. Данный показатель использован для валидации адренергического состояния мембран эритроцитов доноров, с целью отнесения их к контрольной группе (табл. 1).

Таблица 1. Значения показателя β -АРМ условно здоровых доноров, больных с ДЭ I ст. и ДЭ II ст.

Группа	Средний показатель β -АРМ, усл. ед.
Контроль ($n = 10$)	$15,3 \pm 4,4$
ДЭ I ст. ($n = 58$)	$30,2 \pm 4,9$
ДЭ II ст. ($n = 66$)	$47,9 \pm 8,5$

Примечание: различия достоверны по сравнению с контролем ($P < 0,05$)

Из результатов табл. 1 следует, что показатели β -АРМ условно здоровых доноров находятся в пределах нормы (среднегрупповой показатель составил $15,3 \pm 4,4$ усл. ед.), что позволяет отнести эту группу к контрольной. Для пациентов с ДЭ показатель β -АРМ превышает нормальный в 2—3 раза и соответствует низкой степени адренореактивности, т. е. указывает на сниженную способность адренорецепторов связывать блокатор вследствие эффекта десенситилизации.

На следующем этапе исследования были проведены измерения КДП при воздействии на эритроциты доноров разных групп адреналином с целью выявления реакции эритроцитов на стресс-фактор.

В табл. 2 представлены относительные значения реальной части коэффициента диэлектрической проницаемости ($\Delta\epsilon'$) — разницы между измеренными КДП до и после воздействия адреналина.

Таблица 2. Значения $\Delta\epsilon'$ суспензий эритроцитов после воздействия адреналином в контрольной и исследуемых группах больных с ДЭ I ст. и ДЭ II ст.

Группа	$\Delta\epsilon' \pm s$
Контрольная группа ($n = 10$)	$-1,21 \pm 0,22$
ДЭ I ст. ($n = 58$)	$0,05 \pm 0,04$
ДЭ II ст. ($n = 66$)	$0,2 \pm 0,12$

Примечание: различия достоверны по сравнению с контролем ($P < 0,05$)

Для наглядности полученные результаты (см. табл. 2) можно представить в виде диаграммы отличий $\Delta\epsilon'$ (рис. 1), на которой представлены величины эффектов.

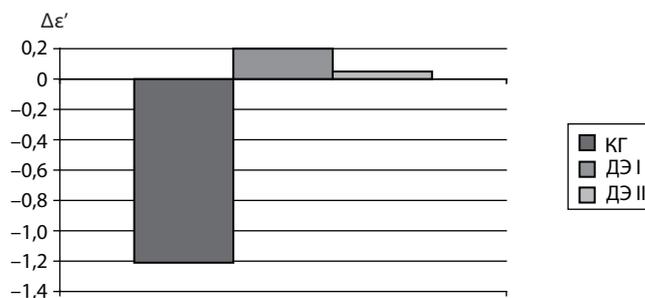


Рис. 1. Сравнение отличий $\Delta\epsilon'$ эритроцитов после их стимуляции адреналином в контрольной и исследуемой группах — с ДЭ I ст. и ДЭ II ст.

Как видно из таблицы и диаграммы, относительные значения $\Delta\epsilon'$ четко дифференцированы по группам. В контрольной группе наблюдается существенное (величина эффекта в некоторых случаях превышает 10 %) уменьшение диэлектрической проницаемости $\Delta\epsilon'$ после воздействия адреналина. В исследуемой группе больных с ДЭ II ст. реакция на адреналин практически отсутствует (в пределах погрешности), что может быть объяснено снижением чувствительности β -АР эритроцитов вследствие их десенсибилизации. По величине изменений в группе больных с ДЭ I ст. можно утверждать, что эритроциты являются более реактивными, чем в группе больных с ДЭ II ст.

Подобный эффект наблюдается также при сравнении реакций эритроцитов при воздействии β -АБ пропранололом (табл. 3 и рис. 2):

Таблица 3. Значения $\Delta\epsilon'$ суспензий эритроцитов после воздействия β -АБ пропранололом в контрольной и исследуемых группах больных с ДЭ I ст. и ДЭ II ст.

Группа	$\Delta\epsilon' \pm s$
Контрольная группа (n = 10)	-1,48 ± 0,16
ДЭ I ст. (n = 58)	0,4 ± 0,24
ДЭ II ст. (n = 66)	-0,16 ± 0,08

Примечание: различия достоверны по сравнению с контролем ($P < 0,05$)

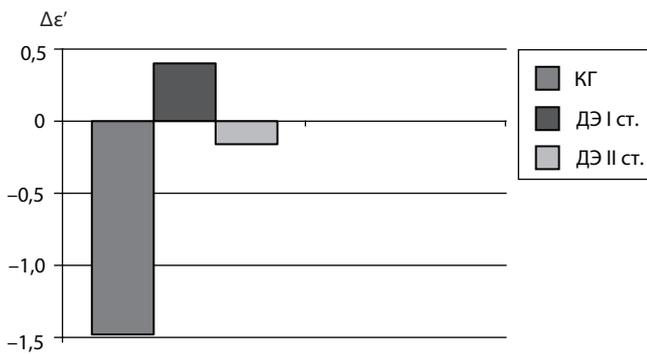


Рис. 2. Сравнение отличий $\Delta\epsilon'$ эритроцитов после их стимуляции β -АБ пропранололом в контрольной и исследуемой группах — с ДЭ I ст. и ДЭ II ст.

Эффекты в контрольной группе имеют отрицательный знак, величины эффектов превышают 10 % относительно образцов с эквивалентной добавкой физиологического раствора. В группе ДЭ II ст. все изменения в пределах погрешности, а в группе ДЭ I ст. — наблюдается реакция на β -блокатор, однако, знак эффекта — противоположный контролю, как и в случае с адреналином (см. рис. 2).

Что же касается совместного действия адреналина и пропранолола (адреналин добавляли после предварительной инкубации клеток с блокатором), то реакции наблюдаются только в 20 % случаев в группе с ДЭ II ст. Отсутствие реакций в контрольной группе было ожидаемым, т. к. β -АР подверглись предварительной блокаде (рис. 3).

Сопоставив показатели β -АРМ и результаты, полученные методом КВЧ-диэлектротрии, можно сделать вывод об их некоторой взаимосвязи, т. к. выраженные реакции наблюдаются именно на эритроцитах обследуе-

мых контрольной группы, для которых уровень адренореактивности был определен как высокий. И наоборот — преимущественное отсутствие реакций на действие адренергических лекарственных средств наблюдается в группах лиц с ДЭ, эритроциты которых имеют низкую степень адренореактивности. Выявленное разнесение полученных результатов указывает на связь между электрофизическими свойствами и функциональным состоянием эритроцитов и представляет большой интерес для дальнейшего изучения.

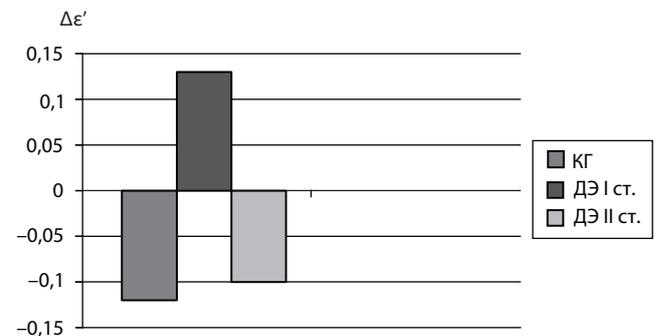


Рис. 3. Сравнение отличий $\Delta\epsilon'$ эритроцитов после их стимуляции адреналином на фоне β -АБ пропранолола

Следующим этапом исследования был анализ повторных измерений исследуемых образцов в динамике — до и после комплексного (медикаментозного и КВЧ-аутогемотерапии) лечения в стационаре. Так, измерения показателей крови осуществлялись в первый день поступления пациента и через 5—7 дней, в течение которых пациент получал необходимое ему лечение. Результаты измерений представлены на рис. 4, 5, и 6.

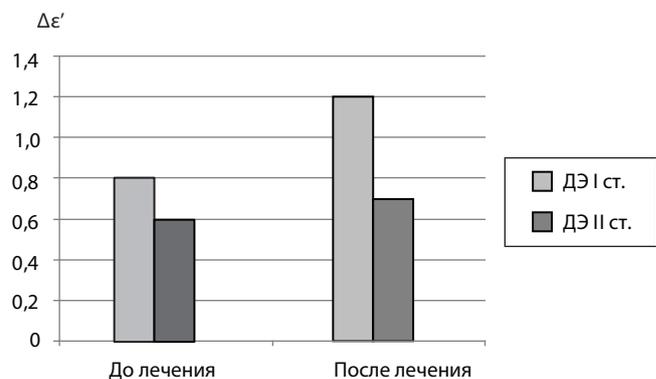


Рис. 4. Реакции эритроцитов на стимуляцию адреналином, блокатором пропранололом, а также на действие адреналина после преинкубации блокатором до начала лечения и после терапии (5—7 день)

На данном этапе эксперимента однозначной тенденции в изменении реактивности эритроцитов выявить не удалось, лишь в некоторых случаях наблюдается незначительное снижение АРЭ у пациентов.

Однако, при анализе данных удалось выявить следующий эффект: увеличение абсолютных значений ϵ' и ϵ'' эритроцитов пациентов после лечения (чистые образцы крови без добавления БАВ).

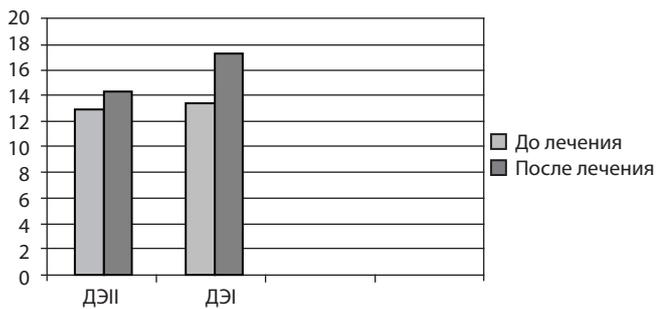


Рис. 5. Абсолютні значення реальної частки КДП ϵ' еритроцитів пацієнтів ($n = 124$) с ДЭ до і після лікування

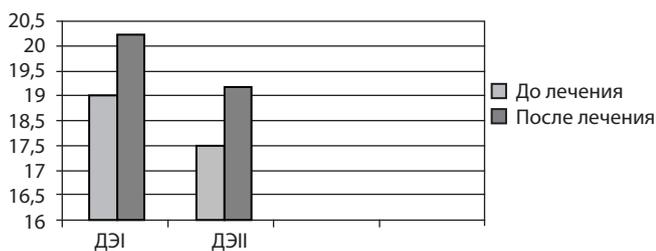


Рис. 6. Абсолютні значення мнимі частки КДП ϵ'' еритроцитів пацієнтів ($n = 124$) с ДЭ до і після лікування (5—7 день)

Как видно из рис. 5 и 6, во всех случаях наблюдается достоверное увеличение абсолютных значений КДП после курса лечения, что свидетельствует об изменении уровня гидратации эритроцитов: увеличение значения КДП свидетельствует об увеличении количества свободной воды в образцах и уменьшении количества связанной, что вызвано курсом КВЧ-аутогемотерапии. Данное заключение можно сделать, исходя из ранних результатов [14], а также механизмов, описываемых в работе [3], согласно которым воздействие на эритроциты электромагнитным облучением ультрафиолетовой и миллиметровой области в течение 2—4 минут уменьшает толщину примембранного водного слоя до 20 %. Известно, что уменьшение эффективной толщины примембранного водного слоя изменяет скорость обменных процессов в системе «клетка — межклеточная среда», тем самым изменяя режим функционирования клетки [2, 5, 7]. Кроме того, различными авторами было обнаружено пониженное содержание воды в эритроцитах по сравнению с контролем при артериальной гипертензии [7], основном факторе в генезе ДЭ. Таким образом, наблюдая увеличение фракции свободной воды, можно сделать вывод о положительном эффекте КВЧ-аутогемотерапии, подтвержденном физическими методами на уровне клетки.

Полученные результаты указывают на перспективность КВЧ-диэлектротометрии в мониторинге функционального состояния пациентов с ДЭ в динамике лечения, что требует дальнейшего изучения с увеличением клинического материала и привлечения параллельных методов исследования.

Продемонстрирована возможность использования метода волноводной КВЧ-диэлектротометрии (39,5 ГГц) в медико-биологическом эксперименте. Проведены серии измерений образцов крови по выявлению

БАВ-индуцированных отличий КДП в норме и при патологии. Показано, что динамика электрофизических характеристик крови зависит от физиологического состояния донора. Так, в эксперименте с использованием клинического материала пациентов с различной степенью ДЭ установлено, что достоверные изменения КДП эритроцитов при воздействии на них адренергических средств наблюдаются преимущественно в контрольной группе и незначительны в эритроцитах пациентов с ДЭ, что свидетельствует о сниженной адренореактивности их мембранно-рецепторного комплекса. Полученные результаты позволили дифференцировать состояния нормы и патологии на клеточном уровне и представляют интерес для исследования с целью дальнейшей разработки диагностического теста по оценке эффективности лечения пациентов с цереброваскулярной патологией.

Подтвержден положительный эффект КВЧ-аутогемотерапии при лечении больных с ДЭ на клеточном уровне. Определен один из механизмов положительного воздействия КВЧ-аутогемотерапии — увеличение фракции свободной воды, уменьшение толщины примембранного слоя воды с последующей активацией обменных процессов в системе «клетка — межклеточная среда».

Список литературы

1. Роль КВЧ излучения в повышении биологической активности крови / О. И. Белоус, Б. Г. Емец, В. А. Малахов и др. // Радиофизика и электроника. — 2008. — Т. 13, № 3. — С. 556—561.
2. Габуда С. П. Связанная вода: факты и гипотезы / С. П. Габуда. — Новосибирск, 1982. — 159 с.
3. Емец Б. Г. О механизме влияния излучения газоразрядной ртутной ультрафиолетовой лампы на толщину примембранного водного слоя эритроцитов человека / Б. Г. Емец, Е. Б. Алмазова // Биофизический вестник. — 2008. — Т. 2, вып. 21. — С. 88—94.
4. Стан неврологічної служби України в 2009 р.: статистично-аналітичний довідник / [Жданова М. П., Зінченко О. М., Голубчиков М. В., Міщенко Т. С.]. — Х., 2010. — С. 32.
5. Зозуля І. С. Епідеміологія цереброваскулярних захворювань в Україні / І. С. Зозуля, А. І. Зозуля // Український медичний часопис. — 2011. — № 5. — С. 38—41.
6. Красов П. С. Волноводная диэлектротометрия биологических объектов в области частотной дисперсии свободной воды : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. физ.-мат. наук : спец. 01.04.01 «Физика приборов, элементов и систем» / Красов Павел Сергеевич; Харьк. национ. ун-т радиоэлектроники. — Харьков, 2011. — 20 с.
7. Коробова А. А. Динамика когнитивных и эмоциональных нарушений при лечении начальной дисциркуляторной энцефалопатии на фоне артериальной гипертензии бетаблокаторами в зависимости от адренореактивности / А. А. Коробова // Таврический медико-биологический вестник. — 2009. — Т. 13, № 1 (46). — С. 107—112.
8. Стрюк Р. И. Адренореактивность и сердечно-сосудистая система / Р. И. Стрюк, И. Г. Длусская. — М.: Медицина, 2003. — 160 с.
9. Пристрій для опромінювання біологічних рідин електромагнітними хвилями міліметрового діапазону : патент на винахід № 90704 Україна, клас патенту Н0Р7/00, А61К41/00 / Білоус О. І., Малахов В. А., Носатов А. В., Сіренко С. П., Фісун А. І.; власник — Інститут радіофізики та електроніки ім. О. Я. Усикова Національної академії України. — № а2007 10113; заяв. 10.09.2007; публ. 10.03.2009, Бюл. № 5.
10. Пенионжквич Д. Ю. Новый метод восстановительного лечения больных с нарушениями церебрального метаболизма электрофорезом с мексидолом / Д. Ю. Пенионжквич // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. — 2006. — С. 62—70.

12. Применение миллиметрового диапазона радиоволн в медицине / [Т. Ю. Щеголева, В. Г. Колесников, Е. В. Васильева и др.]. — Харьков : ХИМБ. — 1999. — 233 с.

13. Arkhypova K.A. Monitoring the functional properties of human red blood cells by means of waveguide microwave single-frequency dielectrometry method / K. A. Arkhypova // Telecommunications and Radio Engineering. — 2011. — Vol. 70, 6. — P. 547—552.

14. EHF-Autohemotherapy / [O. I. Belous, A. I. Fisun, V. A. Malakhov, A. V. Nosatov] // Ibid. — 2008. — Vol. 67, No 10. — P. 867—874.

15. Krasov P. S. Instrument for measuring the complex permittivity of biological objects / P. S. Krasov, K. A. Arkhipova // Ibid. — 2009. — Vol. 68, 8. — P. 727—733.

16. Watterson J. G. A role for water in cell structure/ J. G. Watterson // Biochem. J. — 1987. — Vol. 248. — P. 615—617.

Надійшла до редакції 22.12.2014 р.

НОСАТОВ Андрей Васильевич, заведующий 3-м неврологическим отделением Коммунального учреждения здравоохранения «Харьковская городская больница № 7», г. Харьков; e-mail: anri1963@bigmir.net

NOSATON Andrii, Head of the 3rd neurological Department of the Public Health Institution "Kharkiv Municipal Hospital № 7", Kharkiv; e-mail: anri1963@bigmir.net

УДК 616.831-001.31-06.004.58

Г. Д. Перцев
**ОСОБЕННОСТИ ТИПОВ РАБОТОСПОСОБНОСТИ У БОЛЬНЫХ
 С ОТДАЛЕННЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМ**

Г. Д. Перцев
Особливості типів працездатності у хворих з віддаленими наслідками черепно-мозкових травм

H. D. Pertsev
**The characteristics of physical efficiency types in patients with remote consequences
 of traumatic brain injuries**

У больных с отдаленными последствиями черепно-мозговых травм имеются особенности типов работоспособности. Было обследовано 52 пациента, которые перенесли черепно-мозговую травму легкой и средней степени тяжести, однократно и многократно. Давность травм составляла от 5 до 20 лет и более. Рассмотрены типы работоспособности и выделено 5 вариантов у этой категории больных.

После черепно-мозговой травмы у 39 пациентов стал доминировать индифферентный тип работоспособности, до травмы он был только у 22 больных.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, отдаленные последствия, работоспособность.

У хворих з віддаленими наслідками черепно-мозкових травм є особливості типів працездатності. Було обстежено 52 пацієнти, які перенесли черепно-мозгову травму легкого і середнього ступеня тяжкості, одноразово і багато разів. Давність травм складала від 5 до 20 років і більш. Розглянуті типи працездатності та виокремлено 5 варіантів у цієї категорії хворих.

Після черепно-мозгової травми у 39 пацієнтів став домінувати індиферентний тип працездатності, до травми він був тільки у 22 хворих.

Ключові слова: черепно-мозгова травма, віддалені наслідки, працездатність.

The patients with remote consequences of traumatic brain injury have some characteristics of physical efficiency types. There were examined 52 patients with traumatic brain injury of mild and moderate severity, who suffered once or repeatedly. Prescription of injury has ranged from 5 to 20 years and more. Physical efficiency types were considered and 5 options at this category of patients were allocated.

The indifferent type of physical efficiency began to dominate in 39 patients after traumatic brain injury, though only 22 patients have had such type of physical efficiency before the injury.

Keywords: traumatic brain injury, remote consequences, physical efficiency.

Существует несколько типов работоспособности человека [1, 2, 5, 7]:

— утренний, для которого характерны ранние пробуждения после ночного сна, чувство бодрости, высокая работоспособность в первой половине дня. Люди с таким типом работоспособности — «жаворонки»;

— вечерний, при котором отмечается позднее, далеко за полночь засыпание с наиболее глубоким периодом сна к утру и, соответственно, позднее пробуждение с затяжным и трудным подъемом. Люди с таким типом работоспособности — «совы»;

— промежуточный вариант — индифферентный тип, при котором, по данным некоторых авторов, отсутствуют указанные колебания активности и работоспособности.

Тип работоспособности в значительной мере определяется динамикой функционального состояния неспецифических структур лимбической системы и связанных с ними механизмов внутреннего синхронизма [1, 3, 5, 6]. Патология этих структур и механизмов является одним из ведущих факторов в патогенезе закрытой черепно-

мозговой травмы (ЗЧМТ). Задача исследования — выяснить, в какой мере ЗЧМТ сказывается на типе работоспособности больных. При этом важно иметь в виду, что изменения типа работоспособности имеют существенное значение для социально-трудовой реабилитации больных.

Были обследованы 52 больных (21 женщина и 31 мужчина, в возрасте от 18 до 40 лет) с отдаленными последствиями ЗЧМТ легкой и средней степени тяжести. 36 человек перенесли однократную, 16 — многократную ЗЧМТ. Давность травмы до 5 лет была у 22 человек, 6—10 лет — у 11-ти, 11—20 лет — у 12-ти, более 20 лет — у 7-ми человек.

Для изучения работоспособности мы использовали анкету-опросник, по которой в зависимости от итогового количества балла можно выделить 5 вариантов работоспособности:

- четко выраженный утренний тип;
- слабо выраженный утренний тип;
- индифферентный тип;
- слабо выраженный вечерний тип;
- четко выраженный вечерний тип.

© Перцев Г. Д., 2014

Установлено, що до травми у 30 обстежених отримався слабо виражений утренній, у 22-х — індивідуальний тип трудовоспособности.

Так як все зростаюче вплив екзогенних факторів збурюючого характеру на нервову систему призводить до модифікації механізмів внутрішнього синхронізація людини, відбулося згладжування різниць і зникнення крайніх варіантів трудовоспособности (значительно зменшилось кількість «жаворонків» і «сов») [2, 4, 7].

При проведенні контрольованого обстеження 20 практично здорових осіб ми виявили, що у 10-ти з них отримався слабо виражений утренній, у 8-ми — індивідуальний і у 2-х — слабо виражений вечірній типи трудовоспособности.

Для представителів слабо вираженого утреннього типу трудовоспособности в преморбідний період були характерними наступні основні особливості. В дитинстві вони віддавали перевагу вставати в 7—8 ч ранку, спати лягли в 22 ч (зимой), або в 23 ч (літом), ранком вставали відносно легко, в течение 30 хвилин після сну вже відчували себе повністю прокинутими. Якщо необхідно було інтенсивно займатися (при підготовці до екзаменів і т. д.), заняття в утренні години були більш продуктивними, ніж в пізні вечірні і нічні, засипали доволі легко. Якщо приходилося лягати спати пізніше звичайного, то на наступний день вставали в звичайне время, но с більш тривалим «расторженієм». Самим продуктивним п'ятигодинним періодом трудовоспособности були 9—14 ч с максимумом в 10—11 ч.

Представителі індивідуального типу в дитинстві віддавали перевагу вставати в 8—9 ч ранку, лягати спати зимой в 23 ч, літом — в 24 ч. Ранком вставали відносно легко. В течение 30 хвилин після сну відчували легку сонливість, продуктивність занять в утренні години була низькою. В звичайних умовах — засипання доволі легке. В 23—24 ч відчували себе уставшими і відчували велику потребу во сні. Самими ефективними годинами трудовоспособности були 10—15 ч, с максимумом в 11—12 ч.

Для представителів слабо вираженого вечірного типу характерно, що в дитинстві вони віддавали перевагу вставати с 9 до 10 ч ранку. Лягли спати зимой с 23⁰⁰—24⁰⁰, а літом — с 24⁰⁰ до 1⁰⁰ ч ночі. Ранком вставали доволі трудно, потреба в будильнику доволі-таки сильна. В течение 30 хвилин після сну мала більша сонливість, деяка вялість. Заняття в пізні вечірні і нічні години були більш продуктивними, ніж в утренні. Самі ефективні 5 годин роботи у них були с 16⁰⁰ до 21⁰⁰, найвища продуктивність праці була с 19⁰⁰ до 20⁰⁰ годин.

Після травми тип трудовоспособности змінився: із 39 спостережень у 20 хворих відбулась трансформація: слабо вираженого утреннього типу — в індивідуальний (17 спостережень), в слабо виражений вечірній (2 спостереження) і чітко виражений утренній тип (1 спостереження) (см. табл.).

В результаті після травм, як видно із таблиці, у більшості хворих с віддаленими наслідками ЗЧМТ став доминувати індивідуальний тип трудовоспособности. Слабо виражений утренній тип зустрічався значительно рідше.

Распределение типов работоспособности больных до и после травмы

Тип работоспособности	До травмы		После травмы	
	абс.	%	абс.	%
четко выраженный утренний	—	—	1	1,9
слабо выраженный утренний	30	57,7	10	19,2
индивідуальний	22	42,3	39	75,0
четко выраженный вечірный	—	—	—	—
слабо выраженный вечірный	—	—	2	3,8

Мы попытались выяснить зависимость трансформации типа работоспособности от возраста, в котором произошла травма, давности её, а также от количества перенесенных травм. В отношении двух первых параметров достоверные различия не были выявлены. Что касается третьего показателя, то нами были получены статистически достоверные данные, свидетельствующие о наличии корреляции между частотой изменений типа работоспособности и количеством ЗЧМТ.

Согласно нашим собственным представлениям, клинико-патоморфологические проявления заболеваний нервной системы, в том числе и уровень организации при отдаленных последствиях ЗЧМТ, отражают адаптивную перестройку нервной системы, направленную на более эффективное использование энергетических ресурсов организма. Это необходимо учитывать при проведении мероприятий по социально-трудовой реабилитации больных.

Список литературы

1. Алякринский, Б. С. По закону ритма / Б. С. Алякринский, С. И. Степанова. — М.: Наука, 1986. — 176 с.
2. Ашофф, Ю. Биологические ритмы, в 2-х т. / Ю. Ашофф. — М.: Мир, 1984. — Т. 1 — 414 с.; Т. 2 — 262 с.
3. Ганелина, И. Е. Суточные ритмы работоспособности, активности САС и инфаркт миокарда / И. Е. Ганелина // Физиология человека. — 1983. — Т. 9. — № 3. — С. 249—256.
4. Доскин, В. А. Хронологические предпосылки к построению оптимальных режимов труда и отдыха молодых рабочих / В. А. Доскин // «Хронобиология и хрономедицина»: тезисы докладов на Всесоюзной конф. (Уфа, 26—28 ноября 1985 г.). — Уфа: Б. И., 1985. — Т. 2. — С. 24—26.
5. Сурнина, О. Е. Утренне-вечірні колибання стійливості уваги у студентів с різними типами трудовоспособности / О. Е. Сурнина // Образование и наука. — 2006. — № 6. — С. 93—100.
6. Куницкая, С. В. Индивидуальные хронотипы работоспособности и циркадные ритмы функционирования активности системы кровообращения учащихся в аспекте тендера / С. В. Куницкая, Г. П. Селиверстова // Ученые записи университета им. П. Ф. Лесгафта. — 2011. — № 4 (74). — С. 162—166.
7. Ильин, Е. П. Психология индивидуальных различий / Е. П. Ильин. — СПб.: Питер, 2011. — 701 с.: ил. — (Серия «Мастера психологии»).

Надійшла до редакції 12.01.2015 р.

ПЕРЦЕВ Григорий Дмитриевич, доктор медицинских наук, главный научный сотрудник отдела нейроинфекций и рассеянного склероза, Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков; e-mail: omo.inpn@mail.ru

PERTSEV Hryhorii, Doctor of Medical Science, Head Researcher of the Department of neuroinfections and multiple sclerosis of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv; e-mail: omo.inpn@mail.ru

УДК 616.8-009.17:[616.69 +618.17-008]: 616.832-004.2

Н. С. Радзіховська

ЗВ'ЯЗОК ВТОМИ І ПОРУШЕННЯ СЕКСУАЛЬНОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ

Н. С. Радзиховская

Связь усталости и нарушения сексуальной функции у больных рассеянным склерозом

N. S. Radzikhovska

Relationship between fatigue and sexual function disorder in multiple sclerosis patients

Мета роботи — виявити зв'язок втоми і порушення сексуальної функції (СФ) у хворих на розсіяний склероз (РС).

Дослідження мало комплексний характер. Було обстежено 123 хворих на РС (63 жінки та 60 чоловіків), а також опитано 63 партнери хворих жінок. Середній вік хворих становив $32,9 \pm 6,6$ роки. Хворим проведено анонімне тестування за допомогою опитувальників за шкалами для визначення стану СФ (MFSQ, IIEF, SEAR), втоми (MFIS).

Порушення СФ виявлено у 74,8 % обстежених хворих, 37 (61,7 %) чоловіків та 55 (87,3 %) жінок, що проявлялось у вигляді зниження бажання, збудження, порушення оргазму. Погіршення стосунків з сексуальними партнерами відзначались у 35,7 % хворих, з них у 22 (36,7 %) чоловіків та 20 (31,7 %) жінок, хворих на РС. У 96,7 % хворих були виявлені ознаки втоми. Незначні прояви втоми мали 35 % чоловіків та 30,2 % жінок, помірно виражені прояви — 51,7 % чоловіків та 42,9 % жінок, виражені прояви — 10 % чоловіків та 19 % жінок та надзвичайно виражені — 3,3 % чоловіків та 7,9 % жінок. У всіх пацієнтів з втомою були порушення СФ. У чоловіків втома призводила до статистично значущого зниження СФ за усіма показниками, окрім сексуального задоволення від статевого акту та загального задоволення від сексуальних стосунків. У жінок виявлено погіршення СФ під впливом втоми та достовірне зниження сексуального бажання.

Таким чином, у чоловіків та жінок, хворих на РС, виявлено погіршення СФ та стосунків між сексуальними партнерами під впливом втоми.

Ключові слова: розсіяний склероз, сексуальна функція, втома

Цель работы — обнаружить связь усталости и нарушения сексуальной функции (СФ) у больных рассеянным склерозом (РС).

Исследование носило комплексный характер. Было обследовано 123 больных с РС (63 женщины и 60 мужчин), а также опрошено 63 партнера больных женщин. Средний возраст больных составлял $32,9 \pm 6,6$ года. Больным проведено анонимное тестирование с помощью опросников по шкалам для определения состояния СФ (MFSQ, IIEF, SEAR), усталости (MFIS).

Нарушение СФ обнаружено у 74,8 % обследованных больных, 37(61,7 %) мужчин и 55(87,3 %) женщин, что проявлялось в виде снижения желания, возбуждения, нарушения оргазма. Нарушения отношений с сексуальным партнером отмечались у 35,7 % больных, из них у 22 (36,7 %) мужчин и 20 (31,7 %) женщин, больных РС. У 96,7 % больных были обнаружены признаки усталости. Незначительные проявления усталости имели 35 % мужчин и 30,2 % женщин, умеренно выраженные проявления — 51,7 % мужчин и 42,9 % женщин, выраженные проявления — 10 % мужчин и 19 % женщин и наиболее выраженные — 3,3 % мужчин и 7,9 % женщин. У всех пациентов с усталостью были нарушения СФ. У мужчин усталость приводила к статистически значимому снижению СФ по всем показателям, кроме сексуального удовлетворения от полового акта и общего удовлетворения от сексуальных отношений. У женщин обнаружено ухудшение СФ под влиянием усталости и достоверное снижение сексуального желания.

Таким образом, у мужчин и женщин, больных РС, обнаружено ухудшение СФ и отношений между сексуальными партнерами под влиянием усталости.

Ключевые слова: рассеянный склероз, сексуальная функция, усталость

The objective of study is to discover relationship between fatigue and sexual function disorder (SF) in patients with multiple sclerosis (MS).

The research was of complex/comprehensive nature.

There were 123 MS patients (63 female and 60 male) examined and partners of 63 female patients interviewed. The average age of patients was $32,9 \pm 6,6$ years. The patients were tested with anonymous questionnaires by scale in order to measure the SF (MFSQ, IIEF, SEAR) and fatigue (MFIS).

74.8 % of patients, 37 (61.7 %) males and 55 (87.3 %) females had a SF disorder, which emerged in decreased sexual desire and arousal, orgasm disorder.

Deterioration of sexual relationships were observed in 35.7 % of patients, 22 of whom (36.7 %) were males and 20 (31.7 %) females with MS.

96.7 % of patients showed signs of fatigue. 35 % male and 30.2 % female patients showed minor signs of fatigue, 51.7 % male and 42.9 % female patients — medium signs; 3.3 % male and 7.9 % female patients — the most acute symptoms. All patients with fatigue symptoms had SF disorder.

Male patients with fatigue symptoms demonstrated statistically significant decrease of SF by all factors except physical pleasure from intercourse and overall satisfaction from sexual relations.

Female patients experienced SF deterioration influenced by fatigue and statistically significant reduction of sexual desire.

Therefore, under influence of fatigue both male and female MS patients demonstrated deterioration of SF and sexual relationships with partners.

Keywords: multiple sclerosis, sexual function, fatigue

Розсіяний склероз (РС) — це хронічне прогресуюче нейродегенеративне захворювання центральної нервової системи, що вражає переважно осіб молодого віку [7]. Вдвічі частіше хворіють жінки, ніж чоловіки. Однак в окремих країнах це співвідношення жінок до чоловіків становить 3 : 1 (Східна Азія), 2,6 : 1 (Америка) [5]. У світі станом на 2013 рік налічується близько 2,3 млн хворих на РС. Поширеність збільшилася до 33 на 100 тис. населення. За даними Центру медичної статис-

тики Міністерства охорони здоров'я України, у 2013 р. в Україні зареєстровано серед дорослого населення 20 674 хворих на РС, що становить 55,3 на 100 тис. населення. Щороку кількість хворих на РС збільшується в середньому на 1 000—1 200 осіб [5].

Серед неврологічних захворювань РС є основною причиною стійкої інвалідизації осіб молодого віку. Через 10 років від початку захворювання 30—37 % хворих здатні пересуватись тільки із сторонньою допомогою, 50 % хворих мають труднощі з виконанням

професійних обов'язків [4]. Понад 60 % хворих на РС протягом 20 років стають недієздатними внаслідок цього захворювання [5]. РС накладає значний відбиток на якість життя пацієнтів, їхніх родин, а також призводить до значних економічних витрат. Уражаючи людей в молодому віці, захворювання негативно впливає на кар'єру, пошук партнера, народження дітей.

РС уражає різні функціональні системи організму, і однією з них є сексуальна сфера [7].

Згідно з результатами дослідження MSIF у 2013 році, клінічними проявами РС є чутливі (40 %), зорові (30 %), моторні (39 %), когнітивні (10 %), больові (15 %), сексуальні (20 %) порушення. Близько 30 % хворих під час дебюту РС відзначають втому, 24 % — порушення рівноваги, майже 17 % мають порушення сечовипускання [5].

У чоловіків, хворих на РС, сексуальна дисфункція виникає у 50—90 % випадків, у жінок — у 40—80 % [8, 19]. Розлади сексуальної функції (СФ) проявляються у вигляді зниження бажання, збудження, порушення оргазму, а також у чоловіків — порушенням еякуляторної функції, у жінок — появою болісних відчуттів (диспареунії) [9, 15].

За даними літератури, розвиток порушень СФ можна розглядати як модель, що складається з трьох складників [13, 17]. Перший складник виникає через пряме ураження ЦНС та статевих шляхів. Другий — пов'язаний з фізичною інвалідизацією РС, а саме — наявністю втоми, неврологічним дефіцитом, зокрема спастикою та/або порушенням функцій тазових органів. Третій складник включає в себе емоційні, когнітивні зміни, соціальні та культурні аспекти [13, 15, 17].

Втома — це відчуття втрати енергії, не пов'язане з м'язовою слабкістю, яке виявляється навіть на ранніх стадіях захворювання за умови мінімальної та помірної інвалідизації. Вона є наслідком дифузної аксональної дисфункції у ділянках вогнищ демієлінізації [1, 3]. Це — один з найпоширеніших неврологічних симптомів РС. На втому скаржаться 53—83 % хворих [14]. Вона обмежує виконання роботи у 50 % хворих, повсякденних обов'язків — у 41 %, самообслуговування — у 8,3 % [6]. У структурі втоми виокремлюють два компоненти — фізичний і когнітивний. У майже половини хворих (45 %) переважає фізична втома, у 32 % фізична втома поєднується з розумовою, у 23 % — домінує розумовий компонент втоми. Фізична втома — зниження здатності здійснювати рухи для підтримки фізичної активності. Когнітивна втома — зменшення здатності виконання розумових завдань, які потребують підтримання активності когнітивних функцій [6].

Втома негативно впливає на якість життя хворого, обмежує його соціальну активність, поглиблює інвалідизацію, а також погіршує перебіг інших симптомів захворювання, зокрема знижує сексуальну функцію [12].

Дане питання продовжує вивчатись та досліджуватись у світі, але не є повністю вивченим і лишається відкритим та потребує більш глибокого вивчення.

Мета дослідження: виявити зв'язок втоми і порушення сексуальної функції у хворих на розсіяний склероз.

Було обстежено 123 хворих на РС (63 жінки та 60 чоловіків), віком від 19 до 46 років, які проходили лікування в центрі РС Київської міської клінічної лікарні № 4. Середній вік хворих становив $32,9 \pm 6,6$ роки. У жінок середній вік становив $33,2 \pm 6,5$ роки, у чоловіків — $32,7 \pm 6,8$ роки. Досліджувані хворі мали ремісивно-ре-

цидивний тип перебігу РС. Середня тривалість хвороби була в усіх хворих $5,8 \pm 4,6$ роки. Чоловіки мали тривалість хвороби $5,2 \pm 4,4$ роки, жінки — $6,4 \pm 4,8$ роки. Також були опитані сексуальні партнери хворих жінок.

Усім хворим проведено ретельне клініко-неврологічне обстеження з оцінюванням неврологічного дефіциту за загальною шкалою інвалідизації Expanded Disability Status Scale (EDSS). Шкала EDSS відображає ураження нервової системи за 8 функціональними системами: зорова функція, функція черепних нервів, ураження пірамідної системи, координаторні розлади, порушення чутливості, порушення функції тазових органів, церебральні функції (пам'ять, концентрація, увага, настрої), здатність до пересування. Кожну з функціональних систем оцінювали у балах і розраховували загальний ступінь інвалідизації [16].

Хворим проведено анонімне тестування за допомогою опитувальників для визначення стану СФ (MFSQ, IIEF, SEAR), втоми (MFIS).

Для оцінки СФ у жінок застосовували опитувальник жіночої сексуальності McCoy Female Sexuality Questionnaire (MFSQ). За допомогою цього опитувальника виявляли порушення сексуальної бажання, збудження, вагінальної lubрикації, оргазму, стосунки з сексуальним партнером. Підрахунки проводили за п'ятибальною шкалою, де п'ять балів відповідали незмінній функції, один — максимально вираженим змінам. Результати інтерпретували таким чином: найвищий сумарний бал відповідав нормальній СФ, найнижчий — вираженим змінам [18].

Для оцінки СФ у чоловіків використовували міжнародний індекс еректильної функції — International Index of Erectile Function (IIEF). За опитувальником визначали рівень еректильної функції, функції оргазму, сексуального бажання, задоволення від статевого акту, загальне задоволення від сексуальних стосунків. Результати оцінювали аналогічно, як за попереднім опитувальником [20].

У хворих обох статей проводили анонімне анкетування за допомогою опитувальника Self-Esteem and Relationship Questionnaire (SEAR), який показував рівень стосунків між партнерами. Опитувальник оцінює сексуальне задоволення у стосунках, почуття власної гідності, загальне задоволення від стосунків. Оцінювання проводили за чотириохальною шкалою, де чотири бали відповідали відсутності змін у стосунках, а один — вираженим змінам [10].

Для дослідження впливу втоми на сексуальні стосунки між партнерами ми опитали хворих чоловіків та партнерів хворих жінок.

Для оцінки втоми використовували опитувальник Modified Fatigue Impact Scale (MFIS) — модифіковану скорочену версію шкали FIS. Вона складається з 21 пункту, з яких кожен оцінюється у балах від 0 до 4, а розмах шкали становить 0 — 84 бали. Чим більший бал, тим вираженіші прояви втоми. Ця шкала дозволяє визначити рівень розумової та фізичної втоми [2, 11]. Отримані дані обробляли за допомогою непараметричних методів — дисперсійного аналізу ANOVA.

У хворих за неврологічним обстеженням домінувала загальновогнищева симптоматика. Середній бал за шкалою EDSS становив $3,0 \pm 1,2$ бали (від 1,0 до 6,5 бали). У чоловіків — $3,0 \pm 1,0$ бали, у жінок — $2,9 \pm 1,3$ бали.

Порушення СФ виявлено у 74,8 % обстежуваних хворих, 37 (61,7 %) чоловіків та 55 (87,3 %) жінок, що проявлялись у вигляді зниження бажання, збудження, порушення оргазму. Погіршення стосунків з сексуальними партнерами відзначали у 35,7 % хворих, з них — 20 (31,7 %) жінок та 22 (36,7 %) хворих на РС чоловіків.

У 96,7 % хворих були виявлені ознаки втоми. За вираженістю втоми хворі були поділені на чотири підгрупи. З незначними проявами втоми було 21 (35 %) чоловіків та 19 (30,2 %) жінок, з помірно вираженими проявами — 31 (51,7 %) чоловіків та 27 (42,9 %) жінок, з вираженими проявами — 6 (10 %) чоловіків та 12 (19 %) жінок та з надзвичайно вираженими — 2 (3,3 %) чоловіки та 5 (7,9 %) жінок. У всіх пацієнтів з втомою були порушення СФ.

За результатами анкетування чоловіків, хворих на РС, виявлено погіршення їх СФ відповідно до збільшення вираженості втоми, що відзначалось за усіма функціями. Статистично значущий негативний вплив втоми був виявлений під час дослідження функцій ерекції та оргазму, а також сексуального бажання (рис. 1).

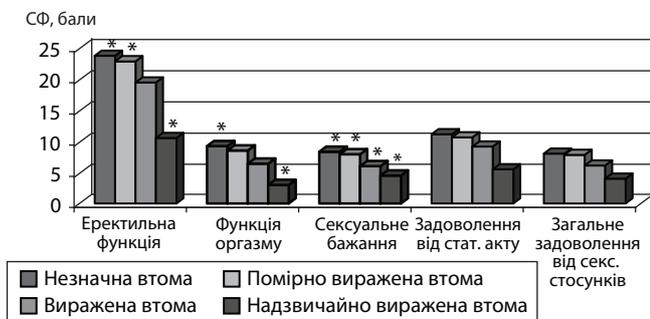


Рис. 1. Залежність змін СФ від вираженості втоми у чоловіків з РС

За результатами дослідження сексуальних стосунків у хворих на РС чоловіків залежно від вираженості втоми, було виявлено погіршення їхніх сексуальних стосунків з партнеркою, що було статистично значущим за усіма показниками (рис. 2).

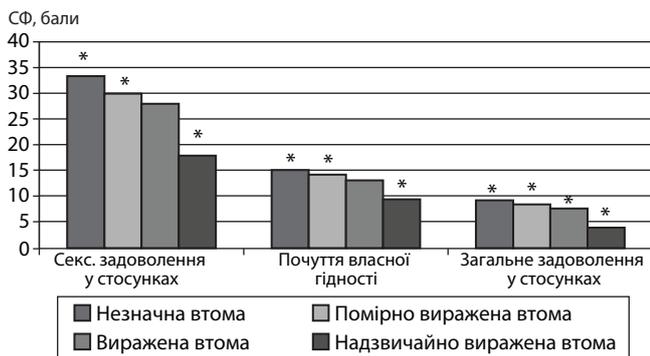


Рис. 2. Вплив втоми на сексуальні стосунки у чоловіків з РС

Під час дослідження СФ хворих на РС жінок було виявлено статистично значиме зниження сексуального бажання під впливом втоми. За рештою сексуальних функцій було відзначено тенденцію до погіршення СФ за наявності втоми, яка не набула статистичної значущості (рис. 3).

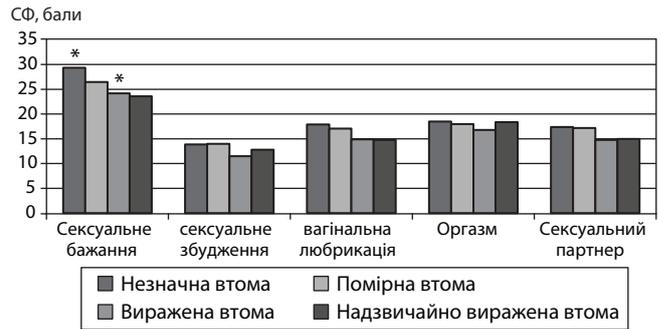


Рис. 3. Вплив втоми на СФ жінок, хворих на РС

За результатами анкетування партнерів хворих жінок з РС було виявлено погіршення їхніх сексуальних стосунків через наявність втоми у хворих жінок, що було статистично значущим за усіма показниками (рис. 4).

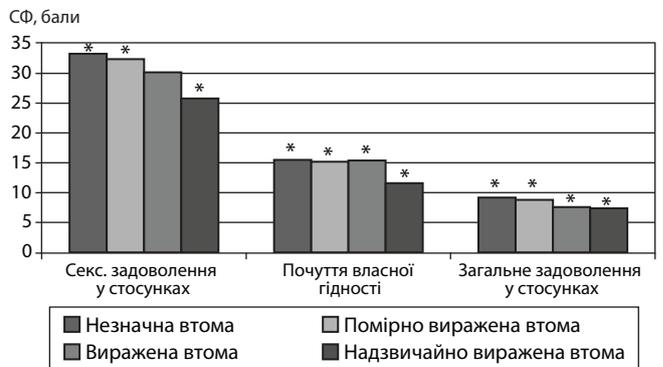


Рис. 4. Залежність сексуальних стосунків партнерів від вираженості втоми у хворих жінок

Таким чином, за результатами нашого дослідження виявили вагомий вплив втоми на сексуальну функцію хворих на розсіяний склероз.

У чоловіків, хворих на РС, виявлено статистично значимий негативний вплив втоми на СФ. Під впливом збільшення вираженості втоми у жінок виявлено зниження СФ, особливо сексуального бажання, що було достовірно значущим. У хворих жінок та чоловіків виявлено достовірне погіршення сексуальних стосунків відповідно до збільшення вираженості втоми.

Список літератури

- Віничук С. М. Патофізіологічні механізми втоми у хворих на розсіяний склероз / С. М. Віничук, О. О. Колендо // Український медичний часопис. — 2004. — № 2 (40). — С. 83—87.
- Віничук С. М. Діагностичне значення системи бальної оцінки втоми у хворих на розсіяний склероз / Віничук С. М., Колендо О. О., Мяловицька О. А. // Там само. — 2003. — № 6 (38). — С. 57—59.
- Віничук С. М. Центральні механізми розвитку втоми у хворих на розсіяний склероз / Віничук С. М., Копчак О. О., Бренер І. П. // Український медичний часопис. — 2005. — № 1 (45). — С. 119—124.
- Рассеянный склероз: актуальность проблемы в Украине, современные аспекты иммунопатогенеза, клиники, диагностики и лечения. Украинский междисциплинарный консенсус / [Волошина Н. П., Грицай Н. Н., Дыкан И. Н. и др.] // Новости медицины и фармации. — 2007. — № 215. — С. 20—24.

5. Розсіяний склероз: глобальні перспективи / [Мищенко Т. С., Шульга О. Д., Бобрик Н. В., Шульга Л. А.] // Український медичний часопис. — 2014. — № 3 (101). — С. 84—87.
6. Негрич Т. І. Механізми виникнення і спосіб лікування синдрому втоми при розсіяному склерозі / Т. І. Негрич, С. Я. Кирилюк // Український неврологічний журнал. — 2013. — № 3. — С. 32—37.
7. Болезни нервной системы : руководство для врачей / под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана. — [2-е изд., перераб. и доп.]. — М.: Медицина, 2001. — С. 443—458.
8. Ashtari F. Sexual dysfunction in women with multiple sclerosis: Dimensions and contributory factors / Ashtari F., Rezvani R., Afshar H. // J. Res. Med. Sci. — 2014. — Vol. 19(3). — P. 228—261.
9. Female sexuality in multiple sclerosis: the multidimensional nature of the problem and the intervention / [Bronner G., Elran E., Golomb J., Korczyn A. D.] // Acta Neurol Scand. — 2010. — Vol. 121. — P. 289—301.
10. Development and validation of the Self-Esteem and Relationship (SEAR) questionnaire in erectile dysfunction / [Cappelleri J. C., Althof S. E., Siegel R. L., et al.] // Int. J. Impot. Res. — 2004. — Vol. 16. — P. 30—38.
11. Fatigue in multiple sclerosis: a comparison of different rating scales and correlation to clinical parameters / [Flachnecker P., Kumpfel T., Kallmann B. et al.] // Mult. Scler. — 2002. — Vol. 8. — P. 523—526.
12. Fatigue in multiple sclerosis: relationship with disease duration, physical disability, disease pattern, age and sex / [Ghajarzadeh M., Jalilian R., Eskandari G., et al.] // Acta Neurol. Belg. — 2013. — Vol. 113. — № 4. — P. 411—415.
13. Multiple sclerosis and sexual dysfunction / [Guo Z. N., He S. Y., Zhang H. L., et al.] // Asian J. Androl. — 2012. — Vol. 14(4). — P. 530—535.
14. Does Fatigue Complaint Reflect Memory Impairment in Multiple Sclerosis? / [Jougleux-Vie C., Duhin E., Deken V., et al.] // Mult. Scler. Int. — 2014. — 692468.
15. Kessler T. M. Sexual dysfunction in multiple sclerosis / Kessler T. M., Fowler C. J., Panicker J. N. // Expert Rev. Neurother. — 2009. — Vol. 9 (3). — P. 341—350.
16. Kurtzke J. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis an Expanded Disability Status Scale (EDSS) / J. Kurtzke // Neurology. — 1983. — Vol. 33. — P. 1444—1452.
17. Lew-Starowicz M. Sexual dysfunctions and sexual quality of life in men with multiple sclerosis / M. Lew-Starowicz, R. Rola // J. Sex. Med. — 2014. — Vol. 11(5). — P. 1294—1595.
18. McCoy N. L. The McCoy Female sexuality Questionnaire / N. L. McCoy // Quality of Life Research. — 2009. — Vol. 9 (6a). — P. 739—745.
19. Sexual disorders in men with multiple sclerosis: evaluation and management / [Prévinaire J. G., Lecourt G., Soler J. M., Denys P.] // Ann. Phys. Rehabil. Med. — 2014. — Vol. 57(5). — P. 329—365.
20. Rosen R. C. The International Index of Erectile Function (IIEF): a state-of-the-science review / Rosen R. C., Cappelleri J. C., Gendrano N. // Int. J. Impot. Res. — 2002. — Vol. 14 (4). — P. 226—244.

Надійшла до редакції 10.12.2014 р.

РАДЗИХОВСЬКА Наталія Станіславівна, невролог II неврологічного відділення Київської міської клінічної лікарні № 4, м. Київ; e-mail: radzikhovskanata@ukr.net

RADZIKHOVSKA Nataliia, Neurologist of 2-nd neurological Department of the Kyiv City clinical Hospital № 4, Kyiv; e-mail: radzikhovskanata@ukr.net

УДК 616.89-008.442-055.2:178.1

Е. П. Архипенко

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАЩИТЫ У ЖЕНЩИН, ЗАВИСИМЫХ ОТ АЛКОГОЛЯ, С НЕНОРМАТИВНЫМИ (ПО МЕДИЦИНСКОМУ КРИТЕРИЮ) СТЕРЕОТИПАМИ ПОЛОРОЛЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

О. П. Архипенко

Психологічні захисти у жінок, залежних від алкоголю, з ненормативними (за медичним критерієм) стереотипами статевої поведінки

O. P. Arkhipenko

Mechanisms of psychological defense in womens addicted to alcohol with deviant sex-role stereotype behavior (according to the medical criteria)

Изучены репертуар и интенсивность использования психологических защит у женщин, зависимых от алкоголя, с клинически выраженной вариабельностью стереотипов полоролевого поведения. Установлено, что женщины-аддикты с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа активно используют полоти- пичные, полонетипичные и нейтральные формы защитного поведения, а здоровые женщины без расстройств полоролевого поведения — исключительно полоти- пичные защиты. Репертуар использования психологических защит у женщин-аддиктов с трансформацией половой роли включает нейтральные и полонетипичные защиты, с преобладанием последних (интеллектуализация и подавление). Защитный репертуар у гиперролевых женщин-аддиктов включает нейтральные и полоти- пичные защиты, среди которых преобладают последние (регрессия, компенсация и реактивные образования). Сделан вывод о том, что нарушение или искажение репертуара и интенсивности функционирования полоти- пичных защит у женщин, зависимых от алкоголя, с расстройствами полороле- вого поведения нетранссексуального типа может служить индикатором существующих отклонений от нормативных моде- лей полоролевого поведения и указывать на неадекватное усвоение аспектов поло- ролевой идентификации.

Ключевые слова: психологические защиты, женщины, зависимость от алкоголя, маскулинность, фемининность, стереотипы полоролевого поведения

Вивчені репертуар та інтенсивність використання психологічних захистів у жінок, залежних від алкоголю, з клі- нічно вираженою варіабельністю сте- реотипів статевої поведінки. Встановлено, що жінки-адикти з роз- ладами статевої поведінки нетранс- сексуального типу активно ви- користовують статево-типичні, статево- нетипові і нейтральні форми захисної поведінки, а здорові жінки без розладів статевої поведінки — винятково статево-типичні захисти. Репертуар ви- користання психологічних захистів у жінок-адиктів з трансформацією статевої ролі включає нейтральні і статево- нетипові захисти, серед яких переважають останні (інтелектуалізація і пригнічен- ня). Захисний репертуар у гіперроле- вих жінок-адиктів включає нейтральні та статево-типичні захисти, з переважан- ням останніх (регресія, компенсація і ре- активні утворення). Зроблено висновок про те, що порушення або пере- кручування репертуару та інтенсивності функ- ціонування статево-типичних захистів у жінок, залежних від алкоголю, з розладами статевої поведінки нетранс- сексуального типу може бути індикатором існуючих відхилень від нормативних моделей статевої поведінки та вказувати на неадекватне засвоєння аспектів статевої ідентифікації.

Ключові слова: психологічні захисти, жінки, залежність від алкоголю, маску- лінність, фемінінність, стереотипи ста- тевої поведінки

Repertoire and intensity of psycho- logical defense in women addicted to alcohol with expressed clinical variabil- ity of gender-role stereotype behavior have been studied. Addicted women with gender-role deviations of non- transsexual behavior were found to actively use gender-typical, gender- atypical and neutral forms of defensive behavior while healthy women with- out gender-role deviations use exclu- sively gender-typical forms of defense. Repertoire of psychological defense in addicted women with gender-role transformation includes neutral and gender-atypical forms of defense with prevalence of gender-atypical forms such as intellectualization and suppres- sion. Protective repertoire of hyper- role addicted women includes neutral and gender-typical forms of defense with prevalence of gender-typical forms such as regression, compensation and reac- tive states. We have drawn a conclusion that deviation or distortion of repertoire and intensity of gender-typical defense in women addicted to alcohol with gen- der-role deviations of non-transsexual behavior could be considered as an indicator of existent deviations from normative models of gender-role be- havior and indicate inadequate adoption of gender-role identification.

Key words: psychological forms of defense, women, alcohol addiction, masculinity, femininity, gender-role stereotyped behavior

Проблема изучения полоролевых особенностей в механизмах психологической защиты — важнейшего регулятора психической адаптации индивида — актуальна [1—6]. Механизмы психологической защиты и полоролевая идентификация взаимосвязаны, являются составляющими Я-концепции, оказывают влияние на процессы адаптации [2, 4]. Адекватное полу усвоение характеристик маскулинности и фемининности приводит к повышению активности использования полоти- пичных защитных механизмов и сужению использования защитного репертуара, свойственного противоположному полу [1, 5, 6]. В литературе высказывается доста- точно аргументированное мнение о том, что у мужчин

и женщин существуют специфические для каждого пола защитные характеристики, которые отражают биологический смысл поведения (значение для процесса жизнедеятельности). Вступая во взаимодействие с конкретными социокультурными требованиями (полоролевыми стереотипами и эталонами поведения), они формируют наиболее эффективное в данном социуме полоролево поведение и обеспечивают индивиду психологический комфорт. В то же время нарушение или искажение репертуара и интенсивности функционирования полоти- пичных защит у представительниц обоих полов может служить индикатором отклонений от нормативных моделей полоролевого поведения, нарушений процес- сов психологической адаптации, и даже — процессов трансформации стереотипов полоролевого поведения

© Архипенко О. П., 2015

в соціумі [1, 6]. Незважаючи на очевидність необхідності вивчення механізмів психологічної захисти в вищезгаданих контекстах, приходиться признати, що проблематика психологічних захистів у контингенту осіб з клінічно вираженою варіативністю поведінкових стереотипів, рівно як і проблематика співвідношень типічних і нетипічних захистів до осіб з девіаціями статевих ролей, залишаються недостатньо розробленими. В частині, відсутня дослідження специфічності психологічних захистів у жінок, залежних від алкоголю, з ознаками розладу статевих ролей.

Виявлення особливостей використання психологічних захистів у жінок, залежних від алкоголю, з клінічно вираженою варіативністю поведінкових стереотипів в порівняльному аспекті є метою дослідження.

Відповідно до цієї мети були поставлені наступні дослідницькі завдання:

- виявити особливості функціонування психологічних захистів у жінок, залежних від алкоголю, з ненормативними (за медичним критерієм) стереотипами поведінки і у здорових жінок з нормативним (фемініним) поведінковим поведінком;

- виділити варіанти типічних видів захистів у жінок, залежних від алкоголю, з ненормативним (за медичним критерієм) поведінковим поведінком;

- прослідкувати особливості функціонування захисних механізмів в взаємозв'язку з типом ненормативного (за медичним критерієм) поведінкового поведінкового стереотипу.

Об'єктом дослідження виступили психологічні захисти у жінок, залежних від алкоголю, з ненормативним (за медичним критерієм) поведінковим поведінком.

Було досліджено 88 жінок з залежністю від алкоголю і розладами поведінки нетрансгендерного типу (РПРП НТСТ) (основна група), знайдених на лікуванні в КУЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3» і КУЗ «Харківська обласна клінічна наркологічна лікарня» в 2012—2014 рр. Контрольну групу (КГ) склали 30 здорових жінок без ознак залежності і розладів поведінки, мешканки м. Харків та Харківської області. Виділенню основної групи передувало вивчення 133 жінок, залежних від алкоголю (середній вік досліджуваних 27,00±1,02 років), за критерієм «наличчя/відсутності нормативного (фемініного) стереотипу поведінки» [7]. Наступна диференціація встановлених у пацієнток ненормативних (за медичним критерієм) стереотипів поведінки за критерієм їх «патологічності/непатологічності» [7] дозволило виділити в основній групі (ОГ) чотири підгрупи: 38 (43,18 %) жінок з непатологічною трансформацією поведінки, першу підгрупу; друга підгрупа об'єднала 12 (13,64 %) жінок з патологічною трансформацією поведінки; 29 (32,95 %) жінок з непатологічним гіперролевым поведінком склали третю підгрупу; в четверту підгрупу увійшли 9 (10,23 %) жінок з патологічним гіперролевым поведінком (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл груп і підгруп порівняння за критеріями МКБ-10, %

Групи, підгрупи порівняння	Діагноз за критеріями МКБ-10	N	%
Основна група: жінки, залежні від алкоголю, з розладами поведінки нетрансгендерного типу		88	100,00
1-я підгрупа: жінки з трансформацією поведінки нетрансгендерного типу	F10.20, F64.9 (поведінкова трансформація)	38	43,18
2-я підгрупа: жінки з патологічною трансформацією поведінки нетрансгендерного типу і розладом статевих уподобань у формі садизму	F10.20, F64.9 (поведінкова трансформація), F65.5 (садизм)	12	13,64
3-я підгрупа: жінки з гіперролевым поведінком нетрансгендерного типу	F10.20, F64.9 (гіперролеве поведінка)	29	32,95
4-я підгрупа: жінки з патологічним гіперролевым поведінком нетрансгендерного типу і розладом статевих уподобань у формі мазохізму	F10.20, F64.9 (гіперролеве поведінка), F65.5 (мазохізм)	9	10,23
Контрольна група: здорові жінки без залежності від алкоголю з нормативним (фемініним) поведінковим поведінком	—	30	100,00

Під трансформацією поведінки в цьому дослідженні розумілося поведінкове поведінка, властиве протилежному статеві, при правильному статевому самосвідомості, а під гіперролевым поведінком — поведінка з надмірною акцентуацією деяких особливостей жіночої статевих ролей [7]. Поведінкова трансформація і гіперролеве поведінка у жінок в традиціях вітчизняної сексологічної школи розглядаються як непатологічні порушення стереотипу поведінки [7, 8]. Патологічна трансформація поведінки знаходить своє відображення в статевому садизмі, а патологічне гіперфемініне поведінка — в статевому мазохізмі [7, 8]. Всі розлади поведінки

поведінки у жінок основної групи стосувалися нетрансгендерного типу. Під розладом поведінки нетрансгендерного типу в цьому дослідженні розумілося поведінкове поведінка, ненормативне за медичним критерієм, при якому має місце правильне статеве самосвідомість (відповідне морфологічному і громадянському статеві) [7].

Нозологічну діагностику розладів статевих ролей і пов'язаних з ними аномалій статевих уподобань проводили згідно рубрик МКБ-10: F64, F65 [9]. Психологічні захисти вивчали за допомогою методики «Індекс життєвого стилю» (LSI) Келлермана — Плутчика — Конте (адаптація Л. І. Вассерман з соавт., 2005) [10].

Согласно МКБ-10, нетранссексуальные расстройства половой роли, такие как гиперролевое поведение и полоролевая трансформация, отнесены к диагностической категории F64.9 «Расстройство половой идентификации, неуточнённое» рубрики F64 («Расстройство половой идентификации»). В длиннике диагноза после шифра F64.9 в скобках указан вид нетранссексуального расстройства половой роли: «полоролевая трансформация» или «гиперролевое поведение». У части пациенток с трансформированным (13,64 %) и гиперролевым поведением (10,23 %) были установлены аномалии сексуального влечения по активности, соответствующие критериям рубрики F65 категории F65.5 (садомазохизм). В этих случаях, в зависимости от характера преобладающего подтипа указанного расстройства сексуального предпочтения, в длиннике диагноза после шифра F65.5 в скобках указана форма парафилии: «садизм» или «мазохизм». Такое формирование длинника диагноза связано с тем, что составитель МКБ-10 не указал отдельных шифров для подкатегорий F64.9 и F65.5.

Группы сравнения были сопоставимы по параметрам морфологического (соматического) и гражданского пола [7]: все испытуемые имели женские фенотипические признаки и были записаны в паспортах как лица женского пола. Средний возраст обследуемых составил $22,50 \pm 0,2$ года в основной, и $30,00 \pm 1,06$ года — в контрольной группе, т. е. все испытуемые в группах сравнения характеризовались как молодые женщины. Сопоставление среднего возраста испытуемых показало, что все пациентки основной группы находились в возрастном интервале 18—27 лет, который совпадал с переходным периодом развития сексуальности (16—26 лет по Г. В. Васильченко, 1983). Указанный период в отечественной сексологии считается критическим, так как является периодом апробации и закрепления на практике сформированных на предыдущих этапах психосексуального развития полоролевых поведенческих стереотипов,

форм сексуального предпочтения и стратегий выбора сексуального партнера, основанных на имеющихся типах сексуальной ориентации [7]. Все испытуемые контрольной группы находились в возрастном интервале, который соответствует периоду зрелой сексуальности (26—55 лет, по Г. В. Васильченко, 1983). Изучение образовательного уровня женщин в сравниваемых группах показало примерно равное распределение и не выявило достоверных отличий между ними ($p > 0,05$). Анализ профессиональной занятости показал, что большинство пациенток в ОГ (63,64 %) к моменту обследования временно не работали. В КГ все женщины были трудоустроены. Большинство испытуемых в группах сравнения являлись наемными работниками. На момент исследования только 22,73 % женщин ОГ состояли в браке. В разводе находились 56,82 % из них, а 20,45 % замужем никогда не были. В КГ все женщины были замужем. Дети имелись у всех женщин КГ и только у 25,00 % женщин ОГ. Наличие двух и более детей было отмечено исключительно у женщин КГ. Анализ сравнения семейного положения показал, что женщины-аддикты с нарушенным полоролевым поведением достоверно реже вступали в супружеские отношения по сравнению с женщинами с нормативным полоролевым поведением ($p < 0,01$) и достоверно чаще разрывали семейные узы ($p < 0,01$).

В результате применения методики «Индекс жизненного стиля» (LSI) [10] было установлено, что женщины обеих сравниваемых групп различались по репертуару и степени интенсивности использования психологических защит (табл. 2). Женщины с фемининным, т. е. с нормативным (по медицинскому критерию) полоролевым поведенческим стереотипом, активно использовали регрессию ($p < 0,01$), реактивные образования ($p < 0,01$) и компенсацию ($p < 0,01$). Женщины, зависимые от алкоголя, с РППП НТСТ больше использовали интеллектуализацию ($p < 0,01$) и подавление ($p < 0,01$), чем здоровые женщины ($p < 0,01$).

Таблица 2. Различия в механизмах психологических защит в сравниваемых группах (методика «Индекс жизненного стиля»), $M \pm m$

Механизм защиты	Группа (с подгруппами) женщин, зависимых от алкоголя, с РППП НТСТ				Контрольная группа
	1-я подгруппа	2-я подгруппа	3-я подгруппа	4-я подгруппа	
Отрицание***	8,20 ± 0,30	8,40 ± 0,30	4,6 ± 0,25	4,6 ± 0,25	—
Вытеснение (подавление)**	6,00 ± 0,25	6,40 ± 0,25	—	—	—
Регрессия*	—	—	6,80 ± 0,28	6,80 ± 0,28	4,70 ± 0,25
Компенсация*	2,00 ± 0,16	2,00 ± 0,16	2,60 ± 0,16	2,60 ± 0,20	3,10 ± 0,18
Проекция***	—	—	8,20 ± 0,30	8,20 ± 0,30	—
Замещение***	—	—	3,80 ± 0,25	3,80 ± 0,25	—
Интеллектуализация**	8,00 ± 0,30	8,20 ± 0,30	—	—	—
Реактивное образование*	—	—	6,60 ± 0,25	6,70 ± 0,25	3,10 ± 0,18

Примечание: * — женские полотипичные защиты; ** — мужские полотипичные защиты; *** — нейтральные защиты

Здоровые женщины без РППП НТСТ использовали исключительно женские полотипичные защиты. Женщины, зависимые от алкоголя, с РППП НТСТ, наряду с нейтральными и полотипичными, активно использовали и полонетипичные формы защитного поведения. В частности, использование полонетипичных защит было установлено у всех женщин с трансформациями половой роли.

К типичным женским формам защитного поведения мы относили регрессию, компенсацию и реактивное образование [1, 5, 6]. Типичными мужскими защитами считали подавление и интеллектуализацию [1, 5, 6]. Остальные защиты относили к нейтральным [5]. Результаты изучения психологических защит у здоровых и женщин-аддиктов с РППП НТСТ показали, что существуют различия

в интенсивности использования некоторых защитных механизмов. Здоровые фемининные женщины и частично гиперролевые женщины интенсивнее использовали полотипичные защиты (регрессию, компенсацию и реактивное образование). Женщины, зависимые от алкоголя, с трансформацией полоролевого поведения — полонетипичные защиты: подавление и интеллектуализацию. По таким видам защитных механизмов как «компенсация», «регрессия» также были выявлены статистически значимые различия между группами здоровых и женщин с алкогольной зависимостью и РППП НТСТ: у последних оказались существенно менее выраженным механизм психологической защиты (МПЗ) «компенсация» и более выраженным — МПЗ «регрессия».

«Отрицание» как МПЗ реализуется при конфликтах любого рода и характеризуется внешне отчетливым искажением восприятия действительности. Отчетливо высокие средние значения по этой шкале характерны для лиц с алкогольной зависимостью [10]. «Компенсация» является механизмом, который способствует уменьшению внутреннего дискомфорта, возникающего в результате ощущения какой-либо эмоционально-личностной недостаточности, с помощью подмены объекта таким образом, чтобы замещающий объект или замещающее действие компенсировало эту нехватку [10]. У лиц, зависимых от алкоголя, весь спектр компенсирующих объектов и действий резко сужен и обеднен за счет универсального компенсатора — алкоголя, что отражается в отчетливо низких показателях по этой шкале (ниже нормативных). При регрессии личность, подвергаясь действию фрустрирующих факторов, заменяет решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях. Использование более простых и привычных поведенческих стереотипов существенно обедняет общий арсенал преобладания конфликтных ситуаций [10].

Таким образом, основные общие характеристики женщин-аддиктов с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа — функционально неразвитый и узко применяемый механизм «компенсации» и интенсивно используемый механизм «отрицания». Основное внутригрупповое отличие — интенсивное использование полонетипичных защит женщинами с трансформациями половой роли, интенсивное использование полотипичных защит гиперролевыми женщинами. В результате исследования было установлено, что трансформированный полоролевым поведенческим стереотип нетранссексуального типа у женщин, зависимых от алкоголя, тесно взаимосвязан с использованием полонетипичных защитных механизмов интеллектуализации ($r = 0,689$ при $p \leq 0,001$) и подавления ($r = 0,464$ при $p \leq 0,001$), а гиперролевой поведенческий стереотип у женщин-аддиктов тесно связан с использованием полотипичных защитных механизмов регрессии ($r = 0,528$ при $p \leq 0,001$) и реактивных образований ($r = 0,546$ при $p \leq 0,001$).

При обсуждении установленной дифференциации в использовании полотипичных и полонетипичных форм защитного поведения в исследованной группе женщин с расстройствами полоролевого поведения нам представляется целесообразным обратиться к результатам исследований взаимосвязи психологических защит и полоролевой идентификации в пубертатном периоде, выполненных Н. В. Дворянчиковым, С. С. Носовым [1].

Анализируя особенности психологических защит у женщин-аддиктов с нарушениями половой роли, можно отметить, что в их использовании существует выраженная полотипизированная дифференциация. Главной особенностью полученных результатов мы считаем установление нетипичности использования некоторых видов защит женщинами с трансформациями полоролевого поведения.

Расширение свойственного противоположному полу защитного репертуара и более активное использование полонетипичных защитных механизмов указывает на неадекватное усвоение аспектов полоролевой идентификации женщинами с клинически очевидными признаками полоролевой трансформации. Верно и обратное: адекватное полу усвоение аспектов полоролевой идентификации (у женщин с нормативным фемининным полоролевым поведением, например) приводит к сужению свойственного противоположному полу защитного репертуара и более активному использованию полотипичных защитных механизмов.

Репертуар использования психологических защит у женщин, зависимых от алкоголя, с расстройствами полоролевого поведения нетранссексуального типа различается по признаку включения в него полотипичных и полонетипичных защит.

Репертуар использования психологических защит у женщин-аддиктов с трансформацией половой роли включает нейтральные и полонетипичные защиты, с преобладанием последних (защитные механизмы интеллектуализации и подавления). Расширение свойственного противоположному полу защитного репертуара и более активное использование полонетипичных защитных механизмов указывает на неадекватное усвоение аспектов полоролевой идентификации женщинами с клинически очевидными признаками полоролевой трансформации.

Защитный репертуар у гиперролевых женщин-аддиктов включает нейтральные и полотипичные защиты, с преобладанием последних (защитные механизмы регрессии компенсации и реактивных образований). В целом, адекватное полу усвоение аспектов полоролевой идентификации приводит у гиперролевых женщин к сужению свойственного противоположному полу защитного репертуара и более активному использованию полотипичных защитных механизмов с искажением в использовании полотипичных защит: повышенная напряженность регрессии и реактивных образований, и депрессия компенсации.

Нарушение или искажение репертуара и интенсивности функционирования полотипичных защит у обследованных может служить индикатором существующих отклонений от нормативных моделей полоролевого поведения и указывать на неадекватное усвоение аспектов полоролевой идентификации.

Список литературы

1. Дворянчиков, Н. В. Взаимосвязь психологических защит и полоролевой идентификации в пубертатном периоде [Электронный ресурс] / Н. В. Дворянчиков, С. С. Носов // Психологическая наука и образование (электронный журнал). — 2010. — № 4. — Режим доступа : www.psyedu.ru.
2. Cramer P. The Study of Defense Mechanisms: Gender Implications. The Psychodynamics of Gender and Gender Role [Text] / P. Cramer. — Washington, D. C., 2002.
3. Носов, С. С. Психологический пол в динамической системе психической адаптации [Текст] / С. С. Носов, Н. В. Дворянчиков // Сексология и сексопатология. — 2004. — № 1. — С. 19—26.

4. Носов, С. С. Теоретико-экспериментальные аспекты изучения гендерных особенностей защитных механизмов [Текст] / С. С. Носов // Известия Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена. — 2010. — № 125. — С. 58—69.

5. Дворянчиков, Н. В. Половозрастные и полотипические особенности механизмов психологических защит [Текст] / Н. В. Дворянчиков, С. С. Носов // Вестник Санкт-Петербургского университета. — Серия 6. — 2007. — Вып. 4. — С. 261—266.

6. Носов, С. С. Взаимосвязь психологических защит и полоролевой идентификации (на примере подростков) [Текст] : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. псих. наук : спец. 19.00.01 «Общая психология, психология личности, история психологии» / С. С. Носов. — М., 2011. — 26 с.

7. Частная сексопатология [Текст] : (руководство для врачей) / под ред. Г. С. Васильченко. — М.: Медицина, 1983. — Т. 2. — 352 с.

8. Кришталь, В. В., Сексологія [Текст] : навчальний посібник / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь. — Х.: Фоліо, 2008. — 990 с.

9. Карманное руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) [Текст] / Сост. Дж. Купер; под ред. Дж. Э. Купера / пер. с англ. Д. Полтавца. — К.: Сфера, 2001. — 416 с.

10. Вассерман, Л. И. Психологическая диагностика индекса жизненного стиля. Пособие для психологов и врачей [Текст] / Л. И. Вассерман, О. Ф. Ерышев, Е. Б. Клубова и [др.]. — СПб.: С.-Петербург. НИ психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 2005. — 54 с.

Надійшла до редакції 05.01.2015 р.

АРХІПЕНКО Олена Петрівна, психолог Комунального закладу охорони здоров'я «Харківська обласна клінічна наркологічна лікарня», м. Харків; e-mail: gknb9@mail.ru

ARKHIPENKO Olena, Psychologist of the Public Health Institution "Kharkiv regional clinical narcological Hospital", Kharkiv; e-mail: gknb9@mail.ru

УДК 616.89-008.442-058.8-06:616-05571

Р. І. Білобрывка

КРИТЕРІЇ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКІВ, В ЯКИХ СПОСТЕРІГАЮТЬСЯ АФЕКТИВНІ ПОРУШЕННЯ ТА ВИНИКАЄ СЕКСУАЛЬНА ДИСГАРМОНІЯ

Р. И. Билобрывка

Критерии сексуального здоровья мужчин, у которых наблюдаются аффективные нарушения и возникает сексуальная дисгармония

R. I. Bilobryvka

Sexual health criteria of men with affective disorders and sexual disharmony

Автор доводить, що сексуальні захворювання у подружніх пар, в яких чоловіки страждають на афективні порушення, не мають жодних особливих відмінностей. Терапію сексуальних порушень у таких випадках потрібно поєднувати із терапією основних афективних порушень.

Ключові слова: сексуальні захворювання, афективні порушення, подружні пари, терапія

Автором доказано, що сексуальні захворювання у подружніх пар, в яких чоловіки страждають афективними порушеннями, не мають жодних особливих відмінностей. Терапію сексуальних порушень у таких випадках необхідно поєднувати з терапією основних афективних порушень.

Ключевые слова: сексуальные заболевания, аффективные нарушения, супружеские пары, терапия

The author proves that sexual disorders in couples, where men suffer from affective disorders, do not have any specific features. The therapy of sexual disorders in such cases should be combined with the therapy of main affective disorders.

Keywords: sexual disorders, affective disorders, married couples, therapy

Будь-яке лікування в сучасній медицині міцно пов'язано з психосоматикою, адже психосоматичні та соматопсихічні взаємозв'язки за будь-якої патології є однією з найактуальніших проблем сучасної медицини, оскільки медичне спостереження та вплив спрямовані, з одного боку, на організм людини — сому, а з другого — на його психологічну і соціально-психологічну сферу — особистість [1—6]. Виходячи з цього, аналіз та вивчення психосоматичних зв'язків під час діагностики порушень сексуального здоров'я потребує системного та міждисциплінарного підходу [3, 5]. Сексуальна дисгармонія подружжя може виникнути не лише внаслідок наявної патології, а й також через дезадаптацію на тому чи іншому рівні їх взаємодії [8, 9].

Метою даної роботи було вивчення сексуального здоров'я сімейних пар, де в сім'ї має місце сексуальна дисгармонія і чоловік страждає на афективний розлад, а також уточнити вплив афективних порушень на розвиток дисгармонії.

Було обстежено 54 подружні пари та встановлено, що соматосексуальний розвиток чоловіків був

у 15 (27,78 %) випадках нормальний, у 6 (11,11 %) — прискорений і в 33 (61,11 %) — уповільнений. У їхніх дружин, відповідно: нормальний був у 36 (66,67 %), прискорений — у 12 (22,22 %) й уповільнений — у 6 (11,11 %). Психосексуальний розвиток був нормальний у 12 (22,22 %) чоловіків, передчасний — у 9 (16,67 %) і ретардація виявлена у 33 (61,11 %). У жінок нормальний психосексуальний розвиток був у 36 (66,67 %) пацієнток, передчасний — у 15 (27,78 %) і ретардація — в 3 (5,55 %).

Прості асинхронії статевого розвитку мали місце у 42 (77,78 %) чоловіків, складні — у 9 (16,67 %) і поєднані — у 6 із 51 (16,7 %). У жінок — прості асинхронії спостерігалися у 9 (16,67 %) випадках, складні — у 15 (27,78 %). Статеворольова поведінка у 21 (38,88 %) чоловіків була нормальною, у 9 (16,67 %) — трансформованою та у 20 (44,45 %) — була гіперрольовою. У жінок ці показники виглядали таким чином: нормальна статево-рольова поведінка була у 45 (83,34 %) осіб, трансформована — у 6 (11,11 %) та гіперрольова поведінка — у 3 (5,55 %). Психосексуальна орієнтація встановлена як гетеросексуальна у 51 (94,45 %) чоловіків та в усіх жінок і як бісексуальна — в 3 (5,55 %) чоловіків.

Обізнаність в сфері сексу недостатньою була в 33 (61,11 %) чоловіків і у 21 (38,88 %) жінки, неправильна обізнаність — відповідно у 21 (38,88 %) і 15 (27,78 %) осіб. Оцінка своїх сексуальних проявів виявилася неправильною у 48 (88,89 %) чоловіків і в 9 (16,67 %) жінок. Тип сексуальної мотивації у чоловіків був агресивно-егоїстичний у 18 (33,33 %) осіб, агресивно-аверсійний — у 6 (11,11 %). У жінок ці показники виглядали таким чином: агресивно-егоїстичного та агресивно-аверсійного не було у жодному випадку, а генітальний відзначався у 36 (67,67 %) жінок і шаблонно-регламентований — у 18 (33,33 %). Статевий акт у 6 (11,11 %) чоловіків був засобом релаксації, у 48 (88,89 %) — служив для отримання оргазму. Статева конституція в 33 (61,12 %) чоловіків відзначена як слабка, у 15 (27,78 %) — як середня та у 6 (11,11 %) — як сильна. Натомість слабка статева конституція відзначена лише у 9 (16,67 %) жінок, середня — у 21 (38,88 %) і сильна — у 24 (44,45 %). Лібідо платонічне у 54 (100,00 %) чоловіків і у 30 (55,55 %) жінок було виражено слабо, як і еротичне лібідо у 36 (66,67 %) чоловіків і у 24 (44,45 %) жінок. Сексуальне лібідо встановлено як слабо виражене в 33 (61,12 %) чоловіків і 18 (33,33 %) жінок. Порушення сексуальної адаптивності, а саме комунікативної, статево-рольової та сексуально-еротичної спостерігалось у всіх чоловіків, конституціональної — в 33 (61,11 %). У жінок ці показники були значно нижчими. Так, порушення комунікативної адаптації виявлено у 21 (38,88 %) жінок, статево-рольової — у 15 (27,78 %), сексуально-еротичної — у 18 (33,33 %) і конституціональної — у 9 (16,67 %). Під час вивчення типів сексуальної культури встановлено, що варіанти дисгармонічний та примітивний були характерними для 30 (55,55 %) чоловіків і 54 (100,00 %) жінок, а девіантний, гіперрольовий — для 24 (44,45 %) чоловіків і жодної жінки. Психосексуальну невдоволеність відзначили всі чоловіки і всі жінки. Під час аналізу сексуальних фантазій встановлено, що 18 (33,33 %) чоловіків і 9 (16,67 %) жінок живуть статевим життям без фантазій, 3 (5,55 %) чоловіки і 15 (27,77 %) жінок фантазують, що живуть з колишнім партнером, 6 (11,11 %) чоловіків і 3 (5,55 %) жінки — з вигаданою людиною. У 15 (27,77 %) чоловіків і 12 (22,22 %) жінок у фантазіях переважає груповий секс. По одному випадку (5,55 %) як у чоловіків, так і у жінок фантазії були орально-генітальні, гомосексуальні та пронасильницькі сексуальні дії (як жертва або гвалтівник). 36 (67,67 %) чоловіків і 21 (38,88 %) жінка відзначили, що сексуальні почуття в них притуплені. Під час вивчення почуттів партнерів один до одного встановлено, що 6 (11,11 %) чоловіків і 36 (66,66 %) жінок відчувають кохання, 3 (5,55 %) чоловіки і 3 (5,55 %) жінки — повагу, 9 (16,67 %) чоловіків і 6 (11,11 %) жінок — звичку, 15 (27,78 %) чоловіків і 3 (5,55 %) жінки — ревності.

Адекватну ерекцію відзначали 24 (44,45 %) чоловіки, знижену — 18 (33,33 %) і відсутність її — 12 (22,22 %) осіб. Спонтанну ерекцію відзначали 42 (77,78 %), знижену — 9 (16,67 %) і відсутність — 3 (5,55 %) пацієнти. 33 (61,12 %) чоловіки зазначали, що сім'явиверження в них передчасне, а 21 (38,88 %) — що частково можуть його регулювати.

На притуплення оргазму скаржилося 30 (55,55 %) чоловіків і 24 (44,45 %) жінки. Статева активність знижена у 45 (83,33 %) чоловіків і у 24 (44,45 %) жінок. Бажання мати статевий акт 1—2 рази на тиждень було у 21 (38,88 %) чо-

ловіка і 30 (55,55 %) жінок, 1 раз на 10 днів, відповідно, — у 12 (22,22 %) і 9 (16,67 %) і 1 раз на місяць — у 21 (38,88 %) чоловіка і 15 (27,78 %) жінок.

Ступінь сексуальної привабливості як високий відзначили 6 (11,11 %) чоловіків і така ж кількість жінок, середній — 12 (22,22 %) чоловіків і 30 (55,55 %) жінок і низький — 36 (66,66 %) чоловіків і 18 (33,33 %) жінок. 18 (33,33 %) чоловіків і 21 (38,88 %) жінка заявили, що ступінь сексуально-еротичної поведінки партнера відповідає їм лише частково, а 36 (66,66 %) чоловіків і 33 (61,11 %) жінки відзначили, що повністю не відповідає. Проведення попереднього періоду пестощів не задовольняло ні чоловіків, ні жінок; частково задовольняло 15 (27,78 %) чоловіків і 12 (22,22 %) жінок. Техніка і поза статевого акту частково підходили 18 (33,33 %) чоловікам і 9 (16,67 %) жінкам і цілком не підходили 36 (66,66 %) чоловікам і 45 (83,33 %) жінкам. Активність партнера цілком не відповідала 42 (78,78 %) чоловікам і 51 (94,45 %) жінці і відповідала частково 9 (16,67 %) чоловікам і 3 (5,55 %) жінкам.

Отже, за результатами проведеного дослідження, можна констатувати, що сексуальні порушення подружніх пар, де у чоловіків спостерігаються афективні порушення, не мають специфічних особливостей, які б можна було пов'язати з тим чи іншим проявом афективного порушення. Тому лікувально-профілактичні, корекційні та реабілітаційні заходи треба проводити на тлі лікування основного афективного розладу, як і при інших загально-відомих причинах подружньої сексуальної дисгармонії.

Список літератури

1. Сексопатология : справочник / под ред. проф. Г. С. Васильченко. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.
2. Буртянский Д. Л. Медицинская сексология / Буртянский Д. Л., Кришталь В. В., Смирнов Г. В. — Саратов : изд-во Саратов. ун-та, 1990. — 272 с.
3. Клінічна сексологія і андрологія / [І. І. Горпинченко, Л. П. Імшенецька, М. І. Бойко та ін.]; за ред. Акад. НАН АМН України О. Ф. Возіанова, проф. І. І. Горпинченка. — К.: Здоров'я, 1996. — 536 с.
4. Когарян Г. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов / Г. С. Когарян, А. С. Когарян. — М.: Медицина, 1994. — 224 с.
5. Кришталь В. В. Сексуальная совместимость / В. В. Кришталь // Психология : словарь. — М.: Политиздат, 1990. — С. 355—356.
6. Кришталь В. В. Сексология. Том II. Клиническая сексология. Часть I. Общая сексопатология / В. В. Кришталь, Б. Л. Гульман. — Харьков : ЧП Академия сексологических исследований, 1997. — 272 с.
7. Кришталь В. В. Психодиагностика и психотерапевтическая коррекция сексуальной дисгармонии супружеской пары : уч. пособие / В. В. Кришталь, Н. К. Агишева. — М.: ЦО ЛНУВ, 1985. — 138 с.
8. Кришталь В. В. Сексуальная гармония супружеской пары / В. В. Кришталь, Г. П. Андрух. — Харьков : НПФ Велес, 1996. — 160 с.
9. Кришталь В. В. Сексуальная дисгармония супружеской пары / В. В. Кришталь, Г. П. Андрух. — Харьков : НПФ Велес, 1996. — 112 с.

Надійшла до редакції 09.12.2014 р.

БІЛОБРІВКА Ростислав Іванович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, e-mail: r.bilobryvka@gmail.com

BILOBRYVKA Rostyslav, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Psychiatry, Psychology and Sexology, Danylo Halytsky's National Medical University in Lviv, Lviv; e-mail: r.bilobryvka@gmail.com

О. А. Божук

ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНОВЛЕННЯ ЕМОЦІЙНОГО ЗВ'ЯЗКУ В ДІАДІ МАТИ — ПРЕНЕЙТ ПІД ЧАС ГЕСТАЦІЇ

Е. А. Божук

Исследование становления эмоциональной связи в диаде мать — пренейт во время гестации

О. Vozhuk

Study of the formation of emotional connection in the mother-child pair during pregnancy

Метою дослідження було вивчення становлення емоційного зв'язку в парі мати — дитина під час вагітності; визначення необхідності медико-психологічної допомоги, її обсягів та мішеней. Дослідження проводилося на базі жіночої консультації пологового будинку Чернігівської міської ради та Кошарного некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр» Голосіївського району м. Києва. Було обстежено 185 осіб. Критерієм стратифікації респондентів на групи було відчуття страху перед майбутніми пологами і психоемоційний стан жінки. На першому етапі дослідження проводили клінічне інтерв'ю і психодіагностичне обстеження. Під час клінічного інтерв'ю оцінювали психологічну готовність до материнства. На підставі результатів проведеного дослідження були зроблені такі висновки. В групі 1 жінки мають оптимальніше ставлення до вагітності, що проявляється в меншій кількості тривожних варіантів доміанти вагітності (8 % проти 21 %) і відсутності депресивних (група 2 — 3 %). Питома вага порушень прив'язаності матері до плода жінок групи 1 — більша (12 % проти 8 % у групі 2). Деструктивні репродуктивні мотивації присутні в обох групах. Суб'єктивне сприйняття вагітними власних переживань і рівень становлення материнства не відповідають виявленим об'єктивним показникам. Згідно з отриманими результатами, можна зробити висновок, що надання медико-психологічної допомоги є доцільним для жінок обох груп в різному обсязі.

Ключові слова: репродуктивні мотивації, емоційна прив'язаність, психологічний компонент гестаційної доміанти, вагітність, материнство, батьківство

Целью исследования было изучение становления эмоциональной связи в паре мать — ребенок во время беременности; определение необходимости медико-психологической помощи, ее объемов и мишеней. Исследование проводилось на базе женской консультации родильного дома Черниговского городского совета и Кошарного некоммерческого предприятия «Консультативно-диагностический центр» Голосеевского района г. Киева. Было обследовано 185 человек. Критерием стратификации респондентов на группы было чувство страха перед предстоящими родами и психоэмоциональное состояние женщины. На первом этапе исследования проводили клиническое интервью и психодиагностическое обследование. Во время клинического интервью оценивали психологическую готовность к материнству. На основании результатов проведенного исследования были сделаны следующие выводы. В группе 1 женщины имеют более оптимальное отношение к беременности, что проявляется в меньшем количестве тревожных вариантов доминанты беременности (8 % против 21 %) и отсутствии депрессивных (группа 2 — 3 %). Удельный вес нарушений привязанности матери к плоду женщин группы 1 — больше (12 % против 8 % в группе 2). Деструктивные репродуктивные мотивации присутствуют в обеих группах. Субъективное восприятие беременными собственных переживаний и уровень становления материнства не соответствуют выявленным объективным показателям. Согласно полученным результатам, можно сделать вывод, что оказание медико-психологической помощи является целесообразным для женщин обеих групп в разном объеме.

Ключевые слова: репродуктивные мотивации, эмоциональная привязанность, психологический компонент гестационной доминанты, беременность, материнство, родительство

The aim of the study was to investigate the formation of emotional communication in the mother — child pair during pregnancy; determine the need for medical and psychological assistance, scope and targets. The study was conducted at the prenatal maternity hospital Chernihiv clinic of Chernihiv City Council and Public non-commercial enterprise "Consultation and Diagnostic Center" of Holosiivskiy district, Kyiv. 185 persons were examined. The criteria for stratification of respondents turned out the fear to future delivery. In the first phase of the study were conducted clinical interviews and psychodiagnostic test. During the clinical interview was assessed psychological readiness form other hood. Based on the results of the study were made the following conclusions. In group 1 women have optimal treatment for pregnancy, result in gin fewer options dominant anxiety pregnancy (8 % vs. 21 %) and lack depressed (group 2 — 3 %). The proportion of violations of attachment mother to fetus is more in women group 1 (12 % vs. 8 % group 2). Destructive reproductive motivation a represent in both groups. Subjective perception by pregnant of their own experiences and level of becoming of motherhood does not meet the identified objective indicators. According to the results, we can conclude that the provision of medical and psychological assistance is appropriate for women in both groups in varying degrees.

Keywords: reproductive motivation, emotional attachment, psychological component gestating dominant, pregnancy, maternity, paternity

Становлення материнства є тривалим та багатоетапним. Під час формування емоційного зв'язку в діаді мати — пренейт під час виношування мають місце досвід взаємодії із власною матір'ю, з немовлятами, особливості переживання афекту «усвідомлення себе вагітною», мотивація зачаття тощо [1]. Міцний емоційний зв'язок між матір'ю (або іншою особою, що здійснює догляд) та дитиною необхідний для формування стійкої Я-концепції особистості [2]. Емоційну прив'язаність запускає імпринтинг, проте емоційний зв'язок між матір'ю та пренейтом можна формувати ще під час виношування (гаптономія, техніки візуалізації тощо) [1, 3—5]. У сучасному суспільстві відбувається трансформація

репродуктивної поведінки жінки, зростають пріоритети професійного та матеріального благополуччя на противагу ролі матері та мотивації щодо народження дітей. Багато жінок на сьогоднішній день вбачають внутрішню самодостатність та самореалізацію у професійному та кар'єрному зростанні, незалежності замість природного покликання — народжувати та виховувати. Частина жінок з таким життєвим сценарієм народжують дітей, проте материнство для них залишається гіпогестогнозія [1]. Такі жінки перебувають у зоні ризику через наявність у них внутрішньоособистісних та соціальних конфліктів, що ускладнює адаптацію до вагітності, процес становлення материнської ролівої ідентичності [6].

Метою дослідження було вивчення становлення емоційного зв'язку в діаді мати — пренейт під час гестації та визначення необхідності медико-психологічної допомоги, її обсягів та мішеней.

Дослідження проводилось на базі жіночої консультації пологового будинку Чернігівської міської ради та Комунального некомерційного підприємства «Консультативно-діагностичний центр» Голосіївського району м. Києва. Було обстежено 185 осіб. Критерієм стратифікації респондентів на групи було суб'єктивне відчуття страху перед майбутніми пологами та психоемоційний стан жінки. На першому етапі дослідження проводили клінічне інтерв'ю та психодіагностичне обстеження. Під час клінічного інтерв'ю оцінювали психологічну готовність до материнства [7]. Також ставилися питання щодо знань про перебіг вагітності, пологів, розвиток дитини, щодо підготовки до пологів, наявності навичок з догляду за дитиною тощо.

Для оцінки становлення емоційного зв'язку в діаді мати — пренейт були використані:

- тест ставлень вагітної жінки І. В. Добрякова [1];
- шкала прихильності матері до плода (The origins of the Mother-Child Relationship), автором якої є М. Кранлі (M. Cranley) [8];
- анкета-опитувальник репродуктивних мотивацій О. В. Магденко [6].

В ході подальшого спостереження групи 60 осіб склали групу 1 (не бояться пологів) та 63 особи — групу 2 (бояться пологів).

Визначення ставлень вагітної за тестом І. В. Добрякова показало таке (рис. 1). Різницю розподілу відносної частоти показників (ω) у двох вибірках вивчали за допомогою z-критерію Колмогорова — Смирнова з рівнем значущості $\alpha = 0,1$. Відсоток вагітних з оптимальним типом психологічного компонента гестаційної домінанти (ПКГД) в групі 1 склав 90 % з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 6,472$ при рівні значущості $\alpha = 0,1$, з ейфоричним типом ПКГД — 45 % ($I_{1-\alpha} = \pm 10,733$), з тривожним — 8 % ($I_{1-\alpha} = \pm 5,963$), з депресивним типом ПКГД — 0 %, а з гіпогестогнозичним типом ПКГД — 7 % ($I_{1-\alpha} = \pm 5,381$) при рівні значущості $\alpha = 0,1$. В групі 2 відповідно відсоток вагітних з оптимальним типом ПКГД склав 86 % з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 7,362$ при рівні значущості $\alpha = 0,1$, з ейфоричним типом ПКГД — 44 % ($I_{1-\alpha} = \pm 10,454$), з тривожним — 21 % ($I_{1-\alpha} = \pm 8,514$), з депресивним типом ПКГД — 3 % ($I_{1-\alpha} = \pm 3,688$), а з гіпогестогнозичним типом ПКГД — 6 % ($I_{1-\alpha} = \pm 5,13$) при рівні значущості $\alpha = 0,1$.

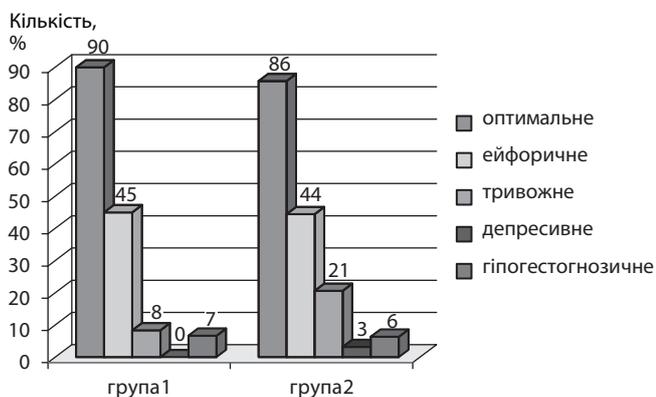


Рис. 1. Кількісний розподіл ставлень у обстежуваних вагітних обох груп

Виявлені значимі розходження в розподілах відносних частот тривожного типу ПКГД між групою 1 (8 %) та групою 2 (21 %). Виявлено незначні розходження між групами щодо депресивного типу ПКГД: при незначущих різницях в розподілах відносних частот в групах, в групі 1 відсутні депресивні типи на відміну від групи 2, де 3 % опитуваних мають такий результат.

Під час оброблення результатів даного тесту можливо отримати «чистий» тип ставлень вагітної, коли домінує одна шкала, або «змішаний», при якому домінують декілька шкал. Відсоток вагітних з «чистим» типом ПКГД в групі 1 склав 58 % з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 10,636$ при рівні значущості $\alpha = 0,1$, в групі 2 — 51 % ($I_{1-\alpha} = \pm 10,517$) при рівні значущості $\alpha = 0,1$. Відсоток вагітних із «змішаним» типом ПКГД в групі 1 склав 42 % ($I_{1-\alpha} = \pm 10,636$) при рівні значущості $\alpha = 0,1$, в групі 2 — 49 % ($I_{1-\alpha} = \pm 10,517$) при рівні значущості $\alpha = 0,1$. Кількісний розподіл «чистих» та «змішаних» типів ставлень у обстежуваних вагітних обох груп показаний на рисунку 2.

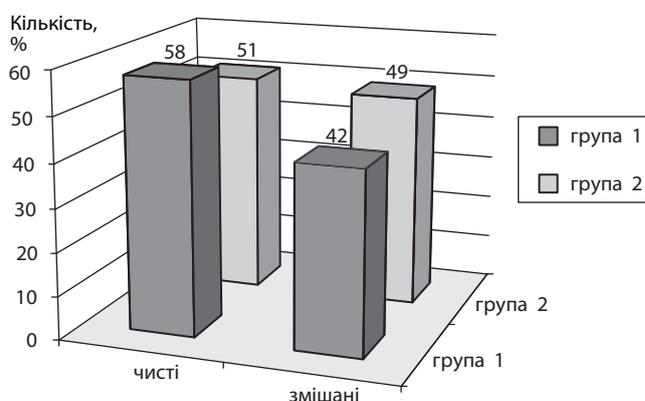


Рис. 2. Кількісний розподіл «чистих» та «змішаних» типів ставлень у обстежуваних вагітних обох груп

Отримані дані свідчать про статистично доведену різницю між групами 1 та 2 щодо тривожного типу ПКГД. Тривожний варіант ПКГД найчастіше спостерігається у жінок, яким притаманна тривожність як риса особистості, або при незапланованій, позашлюбній вагітності тощо. Вагітним з таким варіантом ставлення характерні хвилювання та занепокоєння через об'єктивні та суб'єктивні причини (при очікуванні результатів аналізів, досліджень; при ворушіннях плода, бо сприймається як сигнал про якийсь негаразд, супроводжуючись переживаннями). Тривога супроводжується реакцією вегетативної нервової системи, різними соматичними негараздами, тому становить явну загрозу для здоров'я майбутньої дитини. Жінки спостерігаються в жіночій консультації, проте будь-які негаразди сприймають в ажитованій формі [1]. Вагітним з групи 2 характерні страхи очікуваних пологів; вони не замислюються про годування груддю, догляд за дитиною, тобто життя після пологів не моделюють. Незначні розходження існують між депресивним варіантом ПКГД в групах 1 та 2. В групі 1 такого типу ставлення не виявлено. Враховуючи нижчі показники тривожного варіанту ПКГД та відсутність депресивних типів ставлень, можна зробити висновок про сприятливіший психоемоційний фон у вагітних групи 1, що пояснюється критерієм стратифікації дослідження — відсутність

страху перед майбутніми пологами. Аналізуючи «чисті» та «змішані» результати ставлень вагітної в обох групах, можна зробити висновок про переважання «чистих» варіантів в групі 1, «змішаних» — в групі 2. Якісний аналіз отриманих даних свідчить про сприятливіші результати ставлень вагітних в групі 1, оскільки є переважання оптимального типу ставлень і чистоти ставлень загалом. В групі 2 — при 86 % оптимального варіанту ПКГД — 49 % «змішаних» ставлень, тобто оптимальний варіант поєднувався із ейфоричним, депресивним, тривожним чи гіпогестогнозичним.

Під час вивчення прихильності матері до плода були отримані такі результати. Для групи 1 середнє значення зафіксовано $\mu = 48,37$ при стандартному відхиленні $\sigma = 9,35$ з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 2,018$ при рівні значущості $\alpha = 0,1$. Для групи 2 середнє значення зафіксовано $\mu = 47,51$ при стандартному відхиленні $\sigma = 10,05$ ($I_{1-\alpha} = \pm 2,115$) при рівні значущості $\alpha = 0,1$. Відповідно до *t*-критерію Стьюдента середнє значення μ показників прихильності матері до плода у жінок обох груп статистично відрізняється, з рівнем значущості $\alpha = 0,1$. Різницю розподілу відносної частоти показників у двох вибірках вивчали за допомогою *z*-критерію Колмогорова — Смирнова з рівнем значущості $\alpha = 0,1$. Відсоток вагітних із достатнім рівнем прив'язаності матері до плода в групі 1 склав 63 % з довірчим інтервалом $I_{1-\alpha} = \pm 10,396$ при рівні значущості $\alpha = 0,1$, із середнім — 25 % ($I_{1-\alpha} = \pm 9,342$) при рівні значущості $\alpha = 0,1$, порушення прив'язаності — 12 % ($I_{1-\alpha} = \pm 6,926$) при рівні значущості $\alpha = 0,1$. В групі 2, відповідно, — 62 % ($I_{1-\alpha} = \pm 10,216$) при рівні значущості $\alpha = 0,1$, 30 % ($I_{1-\alpha} = \pm 9,655$) при рівні значущості $\alpha = 0,1$, 8 % ($I_{1-\alpha} = \pm 5,687$) при рівні значущості $\alpha = 0,1$. Значимих розходжень в розподілах відносних частот не виявлено. Виявлено незначні розходження в групі 1 у підвищенні відсотку порушень прив'язаності матері до дитини порівняно з групою 2, в групі 2 — у підвищенні відсотку середнього рівня прив'язаності матері до дитини. Кількісний розподіл виявлених рівнів прив'язаностей матері до дитини у вагітних обох груп наведено на рисунку 3.

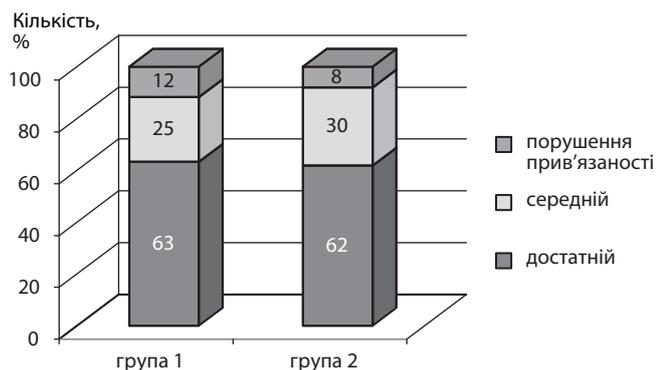


Рис. 3. Кількісний розподіл виявлених рівнів прив'язаностей матері до дитини у вагітних обох груп

Отримані дані свідчать про схожість результатів відносних частот показників щодо достатнього рівня прив'язаності матері до дитини в обох групах. В процесі клінічного інтерв'ю було виявлено, що вагітні жінки із достатнім рівнем прив'язаності до плода мають адекватну соціальну підтримку та гармонійні сімейні стосунки. В групі 2 переважає частка матерів із середнім рівнем прив'язаності, на відміну від групи 1, де більша кіль-

кість матерів, порівняно з групою 2, мають порушення прив'язаності матері до дитини. Жінки із середнім рівнем прив'язаності задумуються про материнство, пологи, спілкування та догляд за дитиною, проте без ажитації та ейфорії. Причиною порушень прив'язаності матері до плода є дія стресорів під час вагітності та підвищений рівень ситуативної тривожності у майбутньої матері (небажана вагітність, відсутність психосоціальної підтримки, відсутність навичок спілкування з новонародженими, інфантильність як особистісна характеристика тощо).

Вивчення репродуктивних мотивацій вагітних показало таке (див. таблицю). Різницю розподілу відносної частоти показників у двох вибірках вивчали за допомогою *z*-критерію Колмогорова — Смирнова з рівнем значущості $\alpha = 0,1$. Показники значень відносної частоти, рівнів значущості та довірчі інтервали щодо репродуктивних мотивацій подані в таблиці.

Розподіл відносної частоти показників репродуктивних мотивацій у двох вибірках (ω , %)

Репродуктивні мотивації	Група 1		Група 2	
	Значення	Довірчий інтервал	Значення	Довірчий інтервал
заради дитини	90	$\pm 6,472$	71	$\pm 9,504$
зادля чоловіка	87	$\pm 7,334$	73	$\pm 9,338$
соціальні очікування	62	$\pm 10,489$	40	$\pm 10,292$
протест	13	$\pm 7,334$	17	$\pm 7,986$
збереження стосунків	33	$\pm 10,17$	17	$\pm 7,986$
втеча від теперішнього	13	$\pm 7,334$	14	$\pm 7,362$
зadля власного здоров'я	28	$\pm 9,721$	21	$\pm 8,514$
матеріальна вигода	3	$\pm 3,873$	21	$\pm 8,514$
втеча від самотності	5	$\pm 4,702$	14	$\pm 7,362$
дитина певної статі	8	$\pm 5,963$	8	$\pm 5,687$
допомога в старості	52	$\pm 10,781$	38	$\pm 10,216$
за релігійними переконаннями	25	$\pm 9,342$	16	$\pm 7,688$
приваблює невідоме	30	$\pm 9,886$	24	$\pm 8,96$

Примітка: рівень значущості $\alpha = 0,1$

Виявлені значимі розходження в розподілах відносних частот показників. В групі 1 доведена статистично значуща різниця показників вагітності заради народження дитини (90 %) порівняно з 71 % в групі 2, заради коханого чоловіка (група 1 — 87 %, група 2 — 73 %), вагітність як результат соціальних очікувань (група 1 — 62 %, група 2 — 40 %), вагітність задля збереження стосунків (в групі 1 — 33 %, в групі 2 — 17 %). Також статистично доведені значущі розходження, виявлені щодо показників вагітності заради матеріальної вигоди (група 2 — 21 %, група 1 — 3 %) та вагітності як втечі від самотності (група 2 — 14 %, група 1 — 5 %). Виявлено незначні розходження між групою 1 та 2 щодо вагітності задля допомоги в старості (52 % та 38 %) та за релігійними переконаннями (25 % і 16 %).

Кількісний розподіл репродуктивних мотивацій у обстежуваних обох груп наведено на рисунку 4.

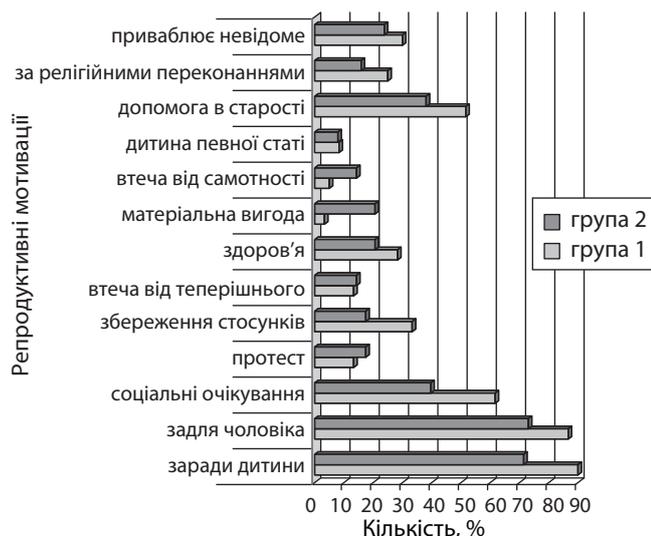


Рис. 4. Кількісний розподіл виявлених репродуктивних мотивацій у обстежуваних вагітних

Під час розроблення анкети-опитувальника О. В. Магденко зазначені репродуктивні мотивації поділила на три групи: конструктивні (вагітність для народження дитини та задля чоловіка), нейтральні (вагітність як привабливість невідомого, допомога в старості та за релігійними переконаннями) та деструктивні (як результат соціальних очікувань, як протест, для збереження стосунків, втеча від теперішнього, для здоров'я, для отримання матеріальної вигоди, втеча від самотності, дитина певної статі) [6]. Розподіл репродуктивних мотивацій за критерієм конструктивні-деструктивні в обох групах наведений на рисунку 5.

Аналізуючи отримані результати, можна сказати про рівність виборів конструктивних репродуктивних мотивацій в обох групах, проте переважання нейтральних (72 %) та деструктивних (85 %) проявляється в групі 1.

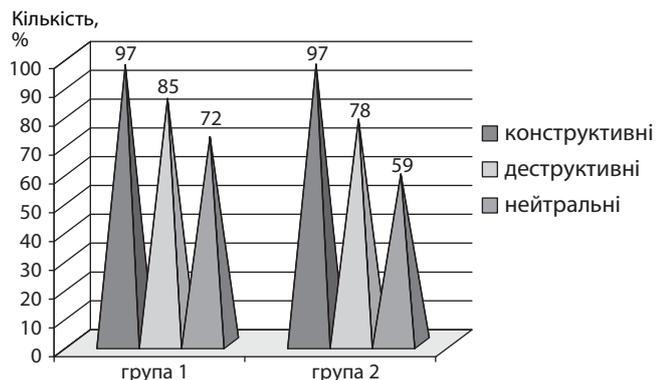


Рис. 5. Розподіл репродуктивних мотивацій за критерієм конструктивні-деструктивні в обох досліджуваних групах

Отримані дані свідчать про якісне, статистично доведене переважання конструктивних репродуктивних мотивацій (вагітність заради народження дитини, вагітність для коханого чоловіка) в групі 1. Це свідчить про усвідомлене планування батьківства, наявність сприятливого психосоціального клімату в родині для народження та розвитку дитини [9]. В групі 1 домінують, порівняно з групою 2, нейтральні репродуктивні

мотивації. Результати дослідження передбачують наявність декількох домінуючих мотивацій, тому поєднання конструктивних та нейтральних репродуктивних мотивацій розглядалося як сприятливе. При чистому домінуванні нейтральних репродуктивних мотивацій у жінок групи 1 спостерігається уявлення про материнство на формальному рівні. Вагітні виконують рекомендації лікарів, в міру цікавляться інформацією щодо розвитку плода, пологів, догляду за дитиною, проте відсутній емоційний зв'язок матері та майбутньої дитини [10]. Серед деструктивних репродуктивних мотивацій у жінок групи 1 переважають вагітність як результат соціальних очікувань (62 %), вагітність для збереження стосунків (33 %), для власного здоров'я (28 %). Народження дитини стає маніпуляцією щодо задоволення власних потреб. Під час виношування дитини у жінок найчастіше спостерігаються ранні гестози, неприйняття нового образу тіла, пригніченість, тривожність, наявність страхів щодо догляду за дитиною після народження тощо. У жінок групи 2 серед деструктивних репродуктивних мотивацій переважають вагітність як втеча від самотності (14 %), як протест (17 %), як спосіб досягнення матеріальної вигоди (21 %). Аналізуючи отримані дані, можна зробити висновок, що жінки групи 1 та групи 2 потребують медико-психологічного супроводу під час вагітності, оскільки результати дослідження показали несприятливі репродуктивні мотивації в обох вибірках.

Список літератури

1. Добряков И. В. Перинатальная психология / И. В. Добряков. — СПб. : Питер, 2010. — 272 с.: ил. — (Серия «Мастера психологии»).
2. Максименко С. Д. Генезис существования личности / Сергей Дмитриевич Максименко. — К. : ООО КММ, 2006. — 240 с.
3. Психология человека от рождения до смерти / [под общей редакцией А. А. Реана]. — СПб. : Прайм-ЕВРОЗНАК, 2002. — 656 с. — (Серия «Психологическая энциклопедия»).
4. Дольто Катрин. На путях рождения: о галптомическом сопровождении человека / Катрин Дольто ; пер. с фр. И. Б. Воронцової; науч. ред. С. Ф. Сироткин. — [3-е изд.]. — Ижевск : ERGO, 2008. — 188 с. — (Серия «Vade mecum»).
5. Бурлачук Л. Ф. Психотерапия : учебник для вузов / Бурлачук Л. Ф., Кочарян А. С., Жидко М. Е. — [3-е изд.]. — СПб. : Питер, 2009. — 496 с.: ил. — (Серия «Учебник для вузов»).
6. Магденко О. В. Психологическая помощь беременным женщинам при становлении материнской ролевой идентичности / О. В. Магденко, И. Я. Стоянова. — Новосибирск : Полиграфическая компания, ИП Малыгин А. М., 2012. — 224 с.
7. Пушкарёва Т. Н. Основы и клиническое значение материнской привязанности / Т. Н. Пушкарёва // Семейная психология и семейная терапия. — 2003. — № 1. — С. 89—106.
8. Cranley M. The origins of the Mother-Child Relationship: a review / M. Cranley // Physical and occupational therapy in pediatrics. — 1993. — 12: 213. — P. 39—51.
9. Бриш Карл. SAFE Грамматика воспитания. Время ожидания и первый год жизни ребенка / Карл Бриш ; пер. с нем. под ред. О. Ю. Поповой. — М. : Теревинф, 2013. — 210 с.
10. Максименко К. С. Личностно-ориентированная психотерапия эмоциональных расстройств при соматогениях / К. С. Максименко. — К. : Издательский Дом «Слово», 2015. — 352 с.
11. Bowlby J. The nature of child's tie to his mother / J. Bowlby // Int. J. Psychoanal. — 1958. — № 39. — P. 254—281.

Надійшла до редакції 16.01.2015 р.

БОЖУК Олена Анатоліївна, аспірантка кафедри загальної і медичної психології та педагогіки Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ; e-mail: Lento4ka-bozhuk@ya.ru
BOZHUK Olena, Postgraduate Student of the Department of General and Medical Psychology and Pedagogy of the O. O. Bohomolets's National medical University, Kyiv; e-mail: Lento4ka-bozhuk@ya.ru

УДК 616-053.7:616.89-008.486:355

В. І. Вовк, В. І. Заворотний, Ю. Н. Лазаренко, Ж. І. Матвієнко

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПОДХОД В ОЦЕНКЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ЛИЧНОСТИ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

В. І. Вовк, В. І. Заворотний, Ю. М. Лазаренко, Ж. І. Матвієнко

Психодіагностичний підхід в оцінці особливостей особистості військовослужбовців

V. I. Vovk, V. I. Zavorotnyi, Yu. M. Lazarenko, Zh. I. Matviienko

Psychodiagnostic approach to personality assessment of military men

В статье приведены результаты применения опросника ММРІ (СМИЛ) для изучения структуры личностных особенностей военнослужащих. Обследовано 56 военнослужащих, из них у 24 человек были клинически верифицированы расстройства невротического регистра, у 20 человек наблюдались различные личностные и поведенческие нарушения, 12 человек обнаруживали те или иные психотические расстройства, в том числе в виде кратковременных эпизодов. Контрольную группу составили военнослужащие без каких-либо нарушений психической сферы (18 человек).

Применение опросника СМІЛ в исследованных группах подтвердило имеющиеся патопсихологические нарушения и дало четкую дифференциацию исследованных нозологических выборок. Применение опросника позволяет выявить группы «нозологического риска» и направлять проблемных испытуемых на дополнительное обследование. Полученные данные могут быть использованы при выработке тактики лечения военнослужащих, проведении экспертизы, а также при разработке психопрофилактических и психогигиенических мероприятий.

Ключевые слова: психодиагностическое обследование, военнослужащие, патопсихологические особенности, личностные особенности

У статті наведені результати застосування опитувальника ММРІ (СМІЛ) для вивчення структури особистісних особливостей військовослужбовців. Обстежено 56 військовослужбовців, з них у 24 осіб були клінічно верифіковані розлади невротичного регістру, у 20 осіб спостерігалися різні особистісні та поведінкові порушення, 12 осіб виявляли ті чи інші психотичні розлади, в тому числі у вигляді короткочасних епізодів. Контрольну групу склали військовослужбовці без будь-яких порушень психічної сфери (18 осіб).

Застосування опитувальника СМІЛ в досліджуваних групах підтвердило наявні патопсихологічні порушення і дало чітку диференціацію досліджуваних нозологічних вибірок. Застосування опитувальника дозволяє виявити групи «нозологічного ризику» й направляти проблемних досліджуваних на додаткове обстеження. Отримані дані можуть бути використані під час вироблення тактики лікування військовослужбовців, проведення експертизи, а також під час розроблення психопрофілактичних і психогігієнічних заходів.

Ключові слова: психодіагностичне обстеження, військовослужбовці, патопсихологічні особливості, особистісні особливості

In article results are reported for application of the MMPI (SMIL) Questionnaire to study the structure of personality peculiarities of military men. Fifty-six military men were examined including 24 persons with clinically confirmed disorders of neurotic spectrum, 20 persons with various personality and behavioral disorders, 12 persons with different psychotic disorders including ones in the form of brief episodes. The control group consisted of military men without any impairment of the mental sphere (18 persons).

The application of the SMIL Questionnaire in the examined groups confirmed the existed pathopsychological disorders and gave a precise differentiation of the studied nosological samples. The SMIL application allows determining of groups of "nosological risk" and referring of "problem" persons for an additional examination. The data obtained might be used for development of therapeutic tactics for military men, for expertise as well as for development of psycho-preventive and psycho-hygienic measures.

Keywords: psychodiagnostic examination, military men, pathopsychological peculiarities, personality peculiarities

Сохранение и укрепление обороноспособности является одной из главных задач страны [1]. В структуре заболеваний, по которым военнослужащие признаются негодными и ограниченно годными к военной службе, психические расстройства занимают одно из ведущих мест [4]. Военная служба является мощным стрессовым фактором [2]. Проблема психологической адаптации военнослужащих к условиям военной службы приобретает в условиях современности особенное медико-социальное значение. Установлено, что на одно и то же стресс-воздействие разные индивиды реагируют не одинаково. Тип реагирования и направленность поведения в стрессовых условиях существенно зависят от индивидуальных особенностей личности [3]. В связи с этим необходимы исследования, в т. ч. с привлечением экспериментально-психодиагностического подхода, для получения и изучения многостороннего портрета военнослужащего, который включал бы богатый спектр таких структурных компонентов личности, как мотивационная направленность, самооценка, стиль межличностного поведения, полоролевой статус, черты характера, тип реагирования на стресс, защитные

механизмы, когнитивный стиль, ведущие потребности, фон настроения, степень адаптированности индивида и возможный тип дезадаптации и т. д. С этими задачами, на наш взгляд, успешно справляется методика СМІЛ — стандартизированный многофакторный метод исследования личности, представляющий собой квантифицированный метод изучения личностных свойств и степени адаптированности обследуемого. Методика является модифицированным вариантом теста ММРІ, впервые разработанного в 1942—1949 гг. американскими психологами И. Маккинли и С. Хатэуэем в целях профессионального отбора военных летчиков [5]. В настоящем исследовании использовался полный вариант СМІЛ, содержащий 566 вопросов-утверждений. Шкалы ММРІ, по которым обсчитывались Т-баллы: *L* — шкала лжи, *F* — шкала валидности (достоверности), *K* — шкала коррекции, 1 — ипохондрии (сверхконтроля), 2 — депрессии (пессимистичности), 3 — истерии (эмоциональной лабильности), 4 — психопатии (импульсивности), 5 — феминности, 6 — паранойи (ригидности), 7 — психастении (тревожности), 8 — шизофрении (индивидуалистичности), 9 — гипомании (оптимистичности), 0 — социальной интроверсии.

© Вовк В. І., Заворотний В. І., Лазаренко Ю. М., Матвієнко Ж. І., 2015

Нами були обстежені 56 солдат, знаходячись на дійсній військовій службі та госпіталізованих в психіатричний стаціонар Військово-медичного клінічного центру Північного регіону (г. Харків). Обстежені були розділені на три групи за нозологічному критерію, а саме: у 24 осіб виявлені розлади невротического реєстра, у 20 пацієнтів виявлені різні особистісні та поведінкові розлади і у 12 пацієнтів були діагностовані різні психотическі епізоди (в тому числі в межах рубрики F2 за МКБ-10). Кожен з обстежених осіб пройшов анкетне тестування СМІЛ. Крім того, застосувавши цей же опитувальник була обстежена контрольна група з 18 осіб, яку склали військовослужбовці без якої-небудь психопатологічної симптоматики.

Результати проведеного дослідження представлені в таблиці.

Графічно результати психодіагностического обстеження у осіб, страждаючих невротическими розладами, представлені на малюнку 1.

Результати опитувальника СМІЛ

Шкала	Групи обстежених військовослужбовців			
	Психотическі розлади (n = 12)	Невротическі розлади (n = 24)	Особистісні розлади (n = 20)	Контрольна група (n = 18)
L	53,2 ± 2,46	43,4 ± 2,63	65,8 ± 3,43	55,8 ± 1,86
F	56,6 ± 3,51	71,3 ± 3,13	76,1 ± 2,19	62,6 ± 2,65
K	68,9 ± 3,43	41,0 ± 1,23	59,5 ± 3,21	64,8 ± 1,83
1	52,8 ± 1,98	68,8 ± 4,61	48,2 ± 2,14	54,2 ± 1,98
2	57,7 ± 2,14	56,1 ± 2,92	62,5 ± 3,75	51,1 ± 2,09
3	51,9 ± 2,51	65,3 ± 3,02	55,1 ± 2,23	53,9 ± 3,01
4	54,1 ± 3,20	48,5 ± 2,23	66,8 ± 3,43	50,3 ± 2,22
5	55,1 ± 3,78	53,4 ± 4,00	57,3 ± 2,31	49,6 ± 4,78
6	64,2 ± 3,18	56,7 ± 1,90	58,8 ± 2,48	47,3 ± 2,80
7	67,5 ± 4,11	62,1 ± 2,53	52,0 ± 1,33	57,3 ± 3,09
8	69,6 ± 2,07	52,3 ± 3,01	57,3 ± 2,17	55,5 ± 2,01
9	63,3 ± 1,96	46,6 ± 1,39	69,2 ± 3,39	56,2 ± 2,33
0	68,5 ± 4,00	55,9 ± 2,55	52,2 ± 4,25	53,1 ± 2,82

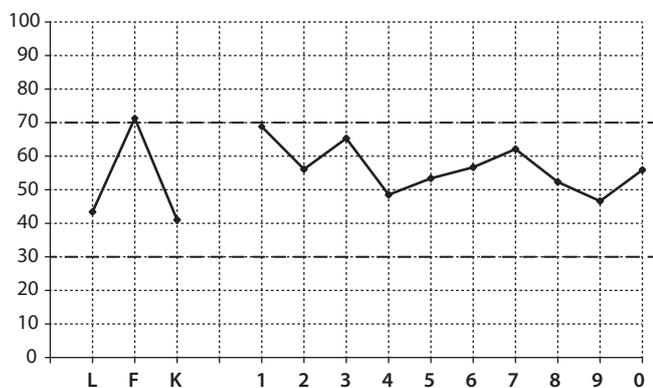


Рис. 1. Усредненный профиль группы пациентов с невротическими расстройствами

Данная группа пациентов характеризовалась преобладанием ипохондрических, тревожных, обсессивно-фобических симптомов.

Контрольные шкалы MMPI зафиксировали резкое снижение волевого контроля над негативными эмоциями (см. рис. 1, пик на шкале F), склонность к аггравации и драматизации имеющихся проблем, тенденцию приписывать себе большую патологию и считать ее более тяжелой, чем это подтверждалось клинико-психопатологически. В этой группе мы наблюдали также установки и реакции, направленные на привлечение к себе сострадания с целью уклонения от воинской обязанности. На рисунке видно, что все шкальные показатели остаются в интервале «условной нормы», однако обращает на себя внимание завышенная 7 шкала (шкала тревожности, психастении). Кроме того, наблюдается такое расположение триады 1, 2 и 3 шкал, которое в патопсихологии известно как «невротическая пятерка» (по схожести с римской цифрой «V»). Завышенные относительно других показателей шкалы «ипохондриция» и «истерия» свидетельствуют о сверхценной фиксации на самочувствии и переживаниях, о высокой внушаемости и тревожной мнительности в любых вопросах, касающихся здоровья, о преобладании конверсионных, рентных и аггравационных установок («условная желательность болезни»).

В целом профиль обнаруживает наличие значительных эмоционально-волевых нарушений, общей дезорганизации и сниженной резистентности к стрессогенным факторам.

На рисунке 2 графически представлены результаты психодіагностического обстеження у осіб з різними особистісними та поведінковими патологіями.

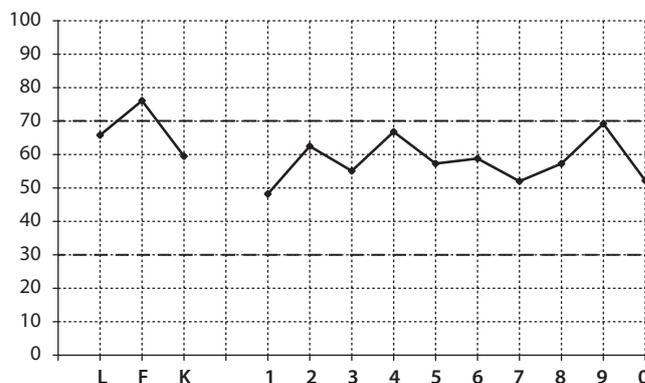


Рис. 2. Усредненный профиль группы пациентов с личностными и поведенческими нарушениями

Пропорциональное соотношение средних значений на контрольных шкалах свидетельствует о тенденции к всевозможным установочным реакциям негативистического типа на сам опитувальник і процедуру обстеження. Нами відмічалися численні спроби «розгадати і перехитрити» методику; пренебрежительно-небрежное заполнение бланка, невнимательность, нежелание в полной мере осмыслить инструкцию и следовать ей. Наблюдались спроби аггравации собственої особистісної дезінтеграції, а також спроби диссимуляції і представлення себе в «лучшем свете».

Профіль виглядає «изломаним», що являється індикатором емоціональної і личностної дезорганізації, дисгармонічності. Найбільше високі Т-балли зафіксовані (в порядку убывания) на шкалах «гіпоманія», «психопатія» і «депресія», що свідчать про мозаичне поєднання протинаправлених тенденцій, високої ймовірності імпульсивного поведіння (вплоть до екстремального) на фоні зниженого афективного контролю, дефіцита антиципації і критики к своїм діям.

С клініко-психопатологічної точки зору, в даній групі переобладали неустойчивий і експлозивний типи личностної дезінтеграції (незалежно від акцентуованої або психопатическої її вираженості), а також деякі змішані типи. Найбільш типовими проявленнями виступали демонстративно-шантажне суїцидальне або аутодеструктивне поведіння, вживання психоактивних речовин, спроби самовільно покинути часту.

В групі пацієнтів з різними психотическими розладами були сильні диссимулятивні, захисні, анозогностическі тенденції і установки.

Основний профіль шкальних показателів (рис. 3) відноситься к «психотическому» типу — приподнята права частина графіка, різко завишені «параноя», «психастенія», «інтроверсія», «гіпоманія» і власне «шизофренія».

Клініко-психопатологічний підхід виявляв в даній групі неоднорідність, наявність багатьох «маскуючих» симптомів (психопатоподібних, сенестопатических, істероформних і др.).

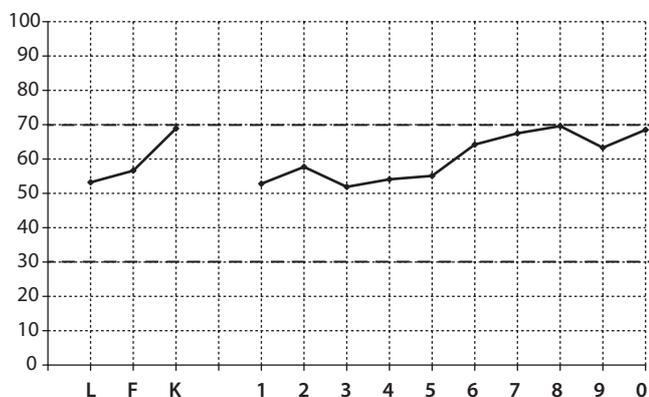


Рис. 3. Усредненный профиль группы пациентов с психотическими нарушениями

В контрольной группе, то есть группе лиц, находящихся на действительной воинской службе и не обнаруживающих никаких психопатологических симптомов, общая структура показателей ММРІ близка к данным статистической нормы (рис. 4). Так, контрольные шкалы выявили «нормативно-защитную реакцию на тест», аналогичную установкам здоровых взрослых респондентов. Итоговый график шкальных показателей в контрольной группе расположен вблизи среднестатистического тренда и является значительно более «сглаженным», т. е. сбалансированным, гармоничным и в целом адаптивным, чем в любой из основных групп сравнения.

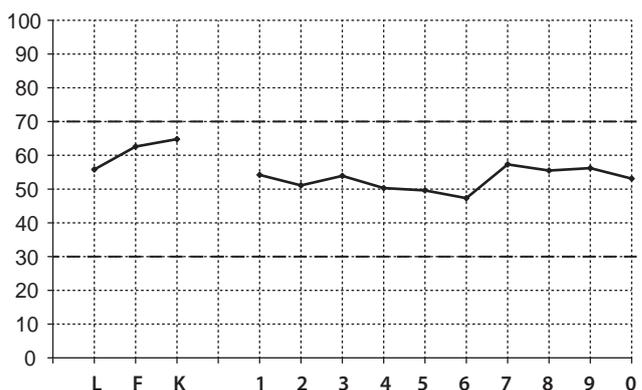


Рис. 4. Усредненный профиль контрольной группы

Усредненные профили групп сравнения (см. рис. 1—4) отличаются даже внешне, геометрически. С целью оценки степени подобия/различия между ними была осуществлена попарная проверка графиков (основной шкальный профиль без учета контрольных шкал). Были вычислены коэффициенты парной ранговой корреляции по Спирмену: чем меньше этот показатель, тем меньше сходство и глубже различия между двумя графиками.

Установлено, что от контрольного профиля в наибольшей степени отличается профиль выборки с невротическими расстройствами: $r_s = 0,055$, значимость коэффициента близка к нулю ($p \gg 0,05$) и, следовательно, достоверность различий $p < 0,001$. Далее следует группа пациентов с психотическими расстройствами: корреляция с графиком контрольной группы $r_s = 0,248$, значимость коэффициента $p > 0,05$, достоверность различий $p < 0,01$.

При сопоставлении контрольного графика и графика группы пациентов с личностно-поведенческими нарушениями корреляция $r_s = 0,307$, значимость коэффициента $p > 0,05$, достоверность различий $p < 0,01$.

Попарное сравнение профилей основных исследованных групп показало следующее. В наибольшей степени различаются усредненные графики выборки с невротическими расстройствами, с одной стороны, и аномально-личностной группы — с другой. Между этими двумя профилями выявлена сильная отрицательная обратная связь: $r_s = -0,752$, $p < 0,01$. Затем следует пара групп «невротические расстройства» и «психотические расстройства»: $r_s = -0,333$, $p > 0,05$ и, наконец, между профилями групп «личностная аномалия» и «психотические расстройства» вообще нет корреляционной связи — ни прямой, ни обратной: $r_s = -0,004$, $p \gg 0,05$ — т. е. это принципиально разные структуры показателей ММРІ.

Таким образом, при групповом обследовании солдат, госпитализированных в психиатрический стационар Харьковского военно-медицинского клинического центра Северного региона, результаты опросника СМІЛ четко дифференцируют различные нозологические выборки. Учитывая, что коэффициент ретестовой надежности данного опросника достаточно высок (от 0,5 до 0,86, по данным Л. Ф. Бурлачук и С. М. Морозова, 2001), опросник ММРІ является достаточно надежным дифференциально-диагностическим и прогностическим инструментом, который на всех этапах военной службы

дозволит виявити групи «нозологического риска» и направить проблемных испытуемых на дополнительное обследование к психиатру или медицинскому психологу.

Полученные данные могут быть использованы при выработке тактики лечения военнослужащих, проведении экспертизы, а также при разработке психопрофилактических и психогигиенических мероприятий.

Список литературы

1. Гичун В. С. Особливості сучасної системи психогієни і психопрофілактики серед військовослужбовців строкової служби : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.16 / В. С. Гичун ; Харківський ін-т удосконалення лікарів. — Х., 1998. — 18 с.

2. Заворотный В. И. Некоторые клинико-психопатологические особенности невротических расстройств у военнослужащих срочной службы / В. И. Заворотный // Український вісник психоневрології. — Т. 7, вип. 2(20). — 1999. — С. 67—68.

3. Короленко Ц. П. Личностные расстройства / Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитриева. — СПб.: Питер, 2010. — 400 с.

4. Семке А. В. Расстройства личности как причина негодности к срочной службе в рядах Вооруженных Сил на примере Томской области / А. В. Семке // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. — 2006. — Приложение (41). — С. 249—250.

5. Собчик Л. Н. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности СМЛ (ММРІ) : практическое руководство / Л. Н. Собчик. — СПб.: Речь, 2007. — 224 с.

Надійшла до редакції 22.12.2014 р.

ВОВК Виктория Игоревна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина, г. Харьков; e-mail: odin9@mail.ru

ЗАВОРОТНЫЙ Вячеслав Иванович, полковник медицинской службы, начальник клиники психиатрии и наркологии Военно-медицинского клинического центра (ВМКЦ) Северного региона — ведущий психиатр, г. Харьков; e-mail: laz111@ukr.net

ЛАЗАРЕНКО Юрий Николаевич, подполковник медицинской службы, начальник психиатрического отделения клиники психиатрии и наркологии ВМКЦ Северного региона, г. Харьков; e-mail: laz111@ukr.net

МАТВИЕНКО Жанна Игоревна, кандидат медицинских наук, врач-психиатр Броварской центральной районной больницы, г. Бровары, Киевская область; e-mail: bzha@mail.ru

VOVK Victoriia, MD, PhD, Associate Professor in the Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University (Kharkiv); e-mail: odin9@mail.ru

ZAVOROTNYI Viacheslav, colonel of medical service, Head of the Clinic of Psychiatry and Narcology of Military Medical Clinical Centre of the Northern region, Kharkiv; e-mail: laz111@ukr.net

LAZARENKO Yurii, lieutenant colonel of medical service, Head of the psychiatric Department in the Clinic of Psychiatry and Narcology of Military Medical Clinical Centre of the Northern region, Kharkiv; e-mail: laz111@ukr.net

MATVIENKO Zhanna, MD, PhD, Physician-psychiatrist of Brovary Central district Hospital, Brovary, Kyiv region; e-mail: bzha@mail.ru

УДК 616.89

О. В. Вороніна
**РЕЗУЛЬТАТИ ОЦІНКИ ПОВЕДІНКИ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ПСИХІЧНИМИ
 ТА ПОВЕДІНКОВИМИ РОЗЛАДАМИ, ІЗ ТЮТЮНОПАЛІННЯМ І ТЮТЮНОВОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ**

А. В. Воронина
**Результаты оценки поведения и качества жизни лиц молодого возраста
 с психическими и поведенческими расстройствами, с табакокурением и табачной зависимостью**

O. V. Voronina
**The results of evaluation of behavior and quality of life of young people
 with mental and behavioral disorders, with tobacco smoking and tobacco dependence**

Сучасні проблеми системи охорони здоров'я в Україні мають комплексний характер, що зумовлює необхідність оновлення її політики, розроблення і реалізації нових стратегій і програм, в тому числі психопрофілактичних та психотерапевтичних. Однією з найактуальніших медико-соціальних проблем є тютюнопаління, яке пов'язано із збільшенням смертності та зниженням працездатності курців у найбільш активному віці, а особливо осіб жіночої статі. У зв'язку з цим нами проведено роботу щодо вивчення чинників ризику психічної дезадаптації та визначення основних маркерів «психологічної уязвимості» особистості, що є підґрунтям для розвитку різних психічних і психосоматичних декомпенсацій у тютюнозалежних осіб. Крім того, вивчення якості життя тютюнозалежних дозволяє оцінити розвиток психологічної залежності і визначити за допомогою системного показника (QoL) ступінь впливу тютюнопаління на психоемоційний стан особистості, а також вибрати найоптимальніші шляхи корекції цієї залежності.

Ключові слова: тютюнопаління, тютюнова залежність, психічні і поведінкові розлади, копінг-стратегії, якість життя, молодий вік

Современные проблемы системы здравоохранения в Украине имеют комплексный характер, что вызывает необходимость обновления ее политики, разработки и реализации новых стратегий и программ, в том числе психопрофилактических и психотерапевтических. Одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем является курение, которое связано с ростом смертности и снижением работоспособности курильщиков в наиболее активном возрасте, а особенно лиц женского пола. В связи с этим нами проведена работа по изучению факторов риска психической дезадаптации и определению основных маркеров «психологической уязвимости» личности, являющейся основой для развития различных психических и психосоматических декомпенсаций у табакзависимых лиц. Кроме того, изучение качества жизни табакзависимых позволяет оценить развитие психологической зависимости и определить с помощью системного показателя (QoL), степень влияния на психоэмоциональное состояние личности, а также выбрать наиболее оптимальные пути коррекции этой зависимости.

Ключевые слова: курение, табачная зависимость, психические и поведенческие расстройства, копинг-стратегии, качество жизни, молодой возраст

Modern problems of health care in Ukraine are complex, which makes it necessary to update its policy development and implementation of new policies and programs, including preventive and psychotherapy. One of the most pressing medical and social problems are smoking, which is associated with increased mortality and reduce deficiency of smokers in the most active age, especially females. In this regard, we conducted work on the study of risk factors for psychological maladjustment and identifying key markers of "psychological vulnerability" personality that is the foundation for the development of various mental problems and people with tobacco dependence. In addition, the study of quality of life allows to evaluate the development of psychological dependence and identified by system indicator (QoL), the degree of influence on psychoemotional state of the individual, and choose the most appropriate ways of correction this relationship.

Keywords: smoking, tobacco dependence, mental and behavioral disorders, coping strategies, quality of life, young age

Клініко-психологічний профіль поведінки студентської молоді із тютюновою залежністю

Хронічна стресова ситуація, внаслідок збільшення навчального навантаження та компенсацію проявів психоемоційного напруження тютюнопалінням, що відбувається на тлі дезадаптації, значною мірою впливає на фізичний та психічний стан здоров'я студентської молоді жіночої та чоловічої статі.

У зв'язку з цим актуальними є вивчення чинників ризику психічної дезадаптації та визначення основних характеристик і діагностичних маркерів «психологічної уязвимості» особистості, що є підґрунтям для розвитку різних психічних і психосоматичних декомпенсацій у тютюнозалежних осіб. Відомо, що потенціал подолання стресогенних подій відбувається у виборі успішних або неуспішних адаптивних стратегій поведінки, а рівень реалізації адаптаційних механізмів має вирішальне значення, як для фізіологічного функціонування людини, так і для збереження його сталого психічного стану. Тому детального розгляду вимагає проблема виявлення дезадаптуючого стилю, що вводить особистість в «групу

ризик», а у хворих — спричиняє стан декомпенсації, або резистентності до лікування, що в більшості випадків має несприятливий прогноз і наслідки.

Актуальність такого дослідження обумовлена тим, що тривале тютюнопаління формує фізіологічну залежність до нікотину і, безсумнівно, накладає відбиток на стиль поведінки та рівень адаптації студентів в бік зниження і збідніння варіантів копінг-стратегій. Внаслідок цього погіршується комунікація, знижується якість міжособистісної кооперації (комплаєнсу) студентів, що, в свою чергу, обтяжує вже наявну симптоматику тютюнової залежності.

У виконаній роботі зроблено спробу дослідити стратегію захисної поведінки особистості молодих жінок та чоловіків із тютюновою залежністю, що неодноразово намагались покласти край шкідливій звичці.

Аналіз анкетування респондентів за стандартною шкалою оцінки копінг-реакцій (за розробленою нами уніфікованою картою учасника дослідження) вказав на зміну дезадаптивної поведінки тютюнозалежних студентів-медиків в процесі навчання. Встановлено різні способи реагування респондентів на стресові ситуації і відповідно — реалізації стратегій поведінки. Зокрема, у молодих жінок, порівняно із відповідною групою чоловіків, достовірно

© Вороніна О. В., 2015

меншим є проблемно-орієнтовний (ПОК) ($41,8 \pm 1,9$ бали проти $50,5 \pm 1,9$ бали, $p < 0,05$) і емоційно-орієнтовний копінг (ЕОК) ($44,2 \pm 1,7$ бали проти $35,0 \pm 1,4$ бали, $p < 0,05$) (рис. 1). У генеральній вибірці студентів I—VI курсів навчання у медичному виші виявлено відмінність ступеня реалізації адаптивної поведінки. Так, на I курсі навчання у молодих чоловіків головним чином реалізувався низький рівень ПОК (у 84,3 % чоловіків), а на кінець навчання у третини осіб встановлено трансформацію до середнього рівня (низький рівень у 62,5 %, середній 37,5 %). Разом з тим, у переважній більшості жінок (86,8 %) реєстрували низький рівень ПОК протягом шести курсів навчання.

На психоемоційному рівні ПОК реалізувався свідомим намаганням осіб подолати стресові ситуації шляхом їх уникнення, завдяки поглибленому аналізу проблеми, в тому числі пошуку можливостей та рішень для відмови від тютюнопаління, плану щодо реалізації і досягнення бажаного результату. В порівняльному аспекті молоді жінки меншою мірою, ніж чоловіки, реалізували ПОК-стратегію, логічно оцінювали власний психологічний стан і проводили переоцінювання колишніх спроб покласти край тютюнопалінню, а також оптимістично ставились до них та стратегій зниження психічної напруженості шляхом використання методів психічної саморегуляції (аутотренінг, десенсибілізація, когнітивна реструктуризація та ін.), що сприяло нормалізації механізмів особистісної психічної регуляції та поведінки. Однією з основних стратегій ПОК був пошук необхідної інформації, який визначав прогнозування виникнення рецидивів тютюнопаління.

У молодих жінок із тютюною залежністю (ТЗ) емоційно-орієнтовний копінг регресував до низького рівня. Майже у половини чоловіків із ТЗ ЕОК проявлявся на середньому рівні. Якщо на I курсі навчання середній рівень ЕОК домінував у 73,7 %, то на VI курсі — лише у 19,0 % студентів. У загальній вибірці респондентів статистично значуще зменшення рівня ЕОК у молодих жінок із ТЗ встановлено впродовж усього терміну спостереження. У респондентів із ЕОК-стратегією характерними детермінантами психічної сфери характеру були цілеспрямований поведінковий алгоритм, націлений на емоційний складник, залучення когнітивних і поведінкових зусиль для зниження емоційного дискомфорту, формування відчуття внутрішнього узгодження щодо емоційної рівноваги в напружених і стресогенних ситуаціях, в тому числі превентивна саморегуляція.

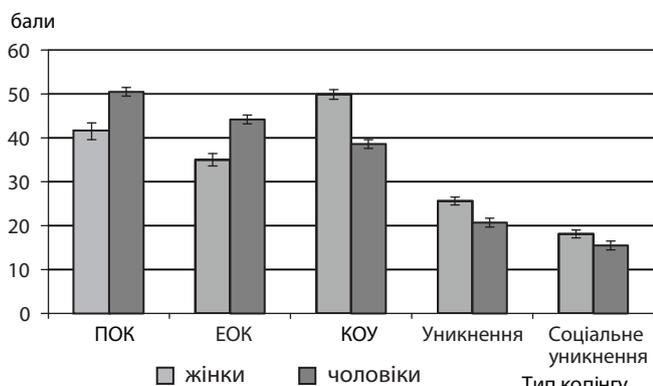


Рис. 1. Показники рівня копінг-стратегій у студентів-медиків із тютюнопалінням та тютюною залежністю ($M \pm m$), бали

Примітка: * — різниця між показниками досліджуваних груп чоловіків і жінок достовірна ($p < 0,05$)

Копінг, орієнтований на уникнення, більшою мірою реалізувався у молодих жінок із прогресуючою тенденцією до високого рівня реалізації набутої копінг-поведінки. У них з самого початку навчального процесу реєстрували високий рівень реалізації КОУ та його наступне домінування (високий рівень спостерігали у 58,0 % на I курсі і 80,1 % жінок на VI році навчання) (рис. 2). Статистично значуще збільшення рівня КОУ-стратегії у молодих жінок із тютюною залежністю відзначали впродовж усього періоду навчального процесу ($38,6 \pm 2,1$ бали проти $49,9 \pm 1,1$ бали, $p < 0,05$). Водночас у опитаних чоловіків I курсу навчання домінував низький рівень КОУ (50,0 % — низький і 28,1 % — середній), а на VI курсі відзначено часткове збільшення рівня до середнього і високого (у 37,5 % чоловіків відповідно).

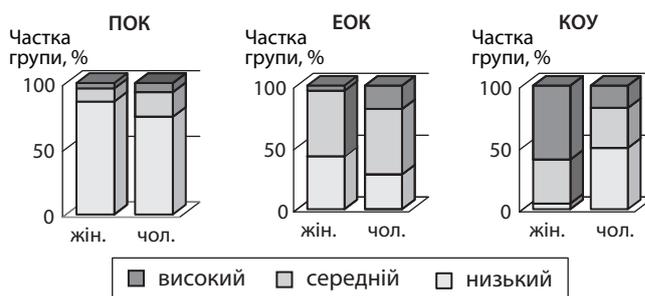


Рис. 2. Ступінь реалізації копінг-стратегій у студентів-медиків із тютюною залежністю

На противагу ПОК- і ЕОК-стратегій, тобто реалізації поведінкових алгоритмів шляхом активних спроб вирішення комплексної фізичної проблеми тютюною залежності, КОУ-стратегія, що спрямована на відсторонення та уникнення проблемної ситуації, є пасивною копінг-стратегією. Перші дві поведінкові стратегії залежать від психологічного здоров'я особистості і визначають успішну адаптацію до стресу, в той час як копінг шляхом уникнення є чинником ризику важкої тютюнової залежності, психоемоційних розладів, а особи із КОУ-стратегією є схильними до інших психічних залежностей (алкоголізму і вживання наркотиків).

КОУ-стратегію застосовували як в практичній формі (реальна поведінка), так і шляхом внутрішнього відчуження, відсторонення себе від ситуації або придушення думок про неї. Незалежно від алгоритму реалізації обраної поведінки, на психічному рівні вона реалізувалась як захисний механізм особистості від впливу негативних емоцій, боротьба з емоційними розладами, до яких призвели стресогенні події.

Респонденти, у яких були відзначені прояви КОУ-стратегії, демонстрували схильність фізично чи уявно покидати місце стресової події. Разом з тим, уникнення було не завжди орієнтованим на реальні обставини, воно перешкоджало подоланню стресу і негативно впливало на почуття самоповаги і самоефективність, що сприяло розвитку додаткового дистресу.

Відомо, що індивід із тютюною залежністю може реагувати в стресовій ситуації як довільно, так і мимовільно. Останні реакції — це такі, які обумовлені індивідуальними відмінностями в темпераменті, а також набутими в результаті навчання через повторення, і більше не вимагають свідомого контролю. На противагу цьому цілеспрямована поведінка на усунення або уникнення

загрози (боротьби із тютюною залежністю, стресогенних ситуацій, що провокують тютюнопаління), призначена для зміни стресового зв'язку з фізичним або соціальним середовищем і розглядається як активна копінг-поведінка особистості.

Поведінкові прояви пасивних копінг-стратегій знайшли своє відображення в показниках субskal «відволікання» та «соціальне відволікання» (рис. 3).

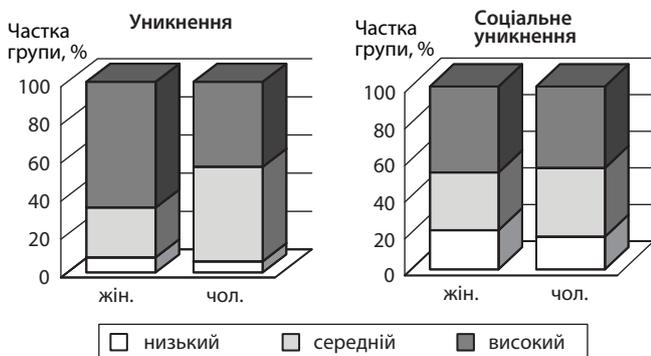


Рис. 3. Результати оцінки субskal «Уникнення» і «Соціальне уникнення» у студентів-медиків із тютюною залежністю

Респонденти із високим рівнем копінг-стратегії, спрямованої на «відволікання», у важких ситуаціях воліли уникати вирішення критичних ситуацій, не вирішуючи саму проблему. При цьому уникнення у формі «відволікання» з більшою частотою спостерігалось у молодих жінок: на I курсі високий рівень досліджуваного показника реєстрували у 60,7 % респондентів-жінок проти 39,4 % у контрольній групі чоловіків, а на VI курсі — у 81,0 % проти 43,8 % (в загальній вибірці — $25,6 \pm 0,9$ бали у жінок проти $20,7 \pm 1,5$ бали у чоловіків, $p < 0,05$). Із прогресуванням тютюною залежності у активних жінок-курців у психічному профілі поведінки проявлялась стратегія уникнення та відволікання акцентуації уваги від стресогенних чинників (локус контролю), що зменшувала адаптивність молодих жінок (за шкалою Холмса — Page високий ступінь адаптивності відзначено у 67,7 % жінок проти 75,2 % чоловіків). Ця копінг-стратегія характеризувалась тим, що студенти із тютюною залежністю уникали вирішення проблеми, надаючи першочергового значення іншим справам, тобто, відволікаючись на щось інше. Ця стратегія також неефективна, тому що досліджувані уникали досягнення мети шляхом реалізації позитивної стратегії щодо відмови від тютюною залежності.

Копінг-стратегія, яка була націлена на «соціальне відволікання», домінувала у жінок-курців із прогресуванням тютюною залежності: на I курсі високий рівень досліджуваного показника реєстрували у 29,0 % респонденток проти 50,0 % у чоловіків контрольної групи, а на VI курсі — у 76,3 % проти 43,8 % (в загальній вибірці $18,1 \pm 0,9$ бали у жінок проти $15,5 \pm 0,8$ бали у чоловіків, $p < 0,05$). Стратегія «соціального відволікання» реалізувалась шляхом збільшення комунікативності між однолітками, а також кількістю тимчасових соціальних контактів з метою уникнення стресових ситуацій. Поверхнева соціальна активність підґрунтям мала психічно закріплену стратегію уникнення, спрямовану не на пошук шляхів відмови від тютюнопаління, а на встановлення і підтримання соціальних зв'язків і відносин з іншими тютюнозалежними.

Узагальнюючи результати дослідження копінг-стратегій, що домінують у курців, ми дійшли висновку, що у молодих жінок із тютюною залежністю переважали поведінкові стратегії пасивного психічного профілю, і в першу чергу — різні форми уникнення та відволікання, в той час як у студентів-чоловіків домінували проблемно-орієнтовна та емоційно-орієнтовна копінг-стратегії, що були спрямовані на вирішення поставленої задачі подолання тютюнопаління. Тютюнозалежні молоді жінки, порівняно з чоловіками без згубної залежності, були істотно агресивнішими, менш альтруїстичними та адаптивними в емоційній і поведінковій сферах. Курці, що обирали неадаптивні поведінкові копінг-стратегії, були тривожнішими й алекситимічними. Ризик розвитку важкої тютюною залежності та рецидиву в осіб, що реалізували неадаптивні копінг-стратегії поведінки, суттєво збільшувався.

За уявленнями дослідників, копінг-поведінка є цілеспрямованою, мотивованою дією і більшою мірою детермінована чинниками зовнішнього культурно-соціального середовища. Копінг-поведінка передбачає, що особистість здійснює зусилля і використовує певні дії з метою задоволення потреби або зменшення загрози дії стресового чинника. Отже, активні копінг-стратегії є більш керованими, у зв'язку із тим, що для них типовим є свідомий характер когнітивних та поведінкових дій і зусиль особистості. Вибір копінг-поведінки є контекстно специфічним, відповідаючи типу стресогенної ситуації. Значущі чинники міжособистісного стресу, емоційного дистресу, копінг-стилю, а також недостатні копінг-ресурси, що сприяли ініціації тютюнопаління у студентів-медиків, були мішенями комплексної профілактики рецидиву тютюнопаління, що базувалися не лише на боротьбі із основною залежністю, але і на усвідомленні психопатологічних основ особистісної поведінки та її корекції. За такого алгоритму психокоригувальної роботи механізми оволодіння психоемоційним рівнем дозволяли курцям досягати значного контролю над стресовими подіями, в той час як спрямованість на уникнення призводила до зниження контролю над психічним станом. Отже, акцентуація уваги на проблемі тютюнопаління та створенні відповідного локусу контролю є ефективнішим засобом оволодіння емоційним станом і підвищення стресостійкості та адаптивності курців. Виходячи з цього, нами зроблено висновок про те, що молоді жінки, стаючи активними курцями, потребують додаткової психотерапевтичної допомоги в боротьбі зі стресом.

Також треба підкреслити, що загальні ресурси адаптивності та стресостійкості підтримують рівень внутрішньої узгодженості, а копінг-ресурси — дозволяють самостійно вирішувати проблемні стани і ситуації. Респондент із вираженим почуттям внутрішньої узгодженості, упевнений в тому, що він розуміє проблему і розглядає її як кинутий йому виклик, обирає найбільш потенційно вигідну копінг-стратегію. Таким чином, в реалізації психологічної адаптивності та стресостійкості важливе місце займає здатність і готовність особистості до адекватного оцінення проблемних (стресових) ситуацій та конструктивного реагування на них, що автори узагальнюють як копінг-компетентність. Дослідники сприймають її як синонім стресостійкості або специфічної характеристики, що відображає вміння особистості точно оцінювати проблемну ситуацію і вибирати адекватний спосіб поведінки. В цьому контексті пасивна копінг-поведінка, що домінує у молодих жінок із тютюною залежністю,

на психічному рівні є захисним механізмом, що спрямований на зниження емоційного збудження раніше, ніж зміниться ситуація. Якщо копінг-поведінка обирається усвідомлено і змінюється в залежності від контексту, то механізми психологічного захисту є неусвідомлюваними і, в разі їх закріплення, стають дезадаптивними. Таким чином, зміна інтерпретації ситуації, яка піддається контролю, може спричинити за собою зміну копінг-поведінки і, як наслідок, психоемоційного рівня особистості, що міцно пов'язаний із фізичним станом тютюнозалежних, тобто погіршення якості життя.

Результати досліджень гендерних особливостей якості життя студентів-медиків із тютюнопалінням і тютюновою залежністю в навчанні

Протягом останніх двох десятиліть відзначається стійка тенденція до погіршення соціальних і гігієнічних умов життя, що є однією з провідних причин несприятливих змін, що відбуваються у стані фізичного і психічного здоров'я населення, особливо молоді. В сучасній медицині все ширше використовується критерій якості життя (Quality of Life, QoL), який дозволяє об'єктивно оцінити сторону функціонування особистості в різних умовах. Головними його складниками є об'єктивні показники стану здоров'я та суб'єктивна оцінка особистістю ступеня задоволення своїх фізіологічних, матеріальних і духовних потреб. Їх використовують як критерій оцінки ефективності лікування різних категорій населення.

Для студентської молоді необхідною умовою успішного навчання, особливо для студентів-медиків, є стан психічного та фізичного здоров'я. Великі розумове і психоемоційне навантаження, вимушені порушення режиму праці, відпочинку та харчування, криза моральних цінностей, невпевненість у своєму майбутньому, зміни місця проживання і багато інших чинників вимагають від них мобілізації сил для адаптації до нових умов проживання та навчання, формування міжособистісних відносин поза сім'єю та подолання складних життєвих ситуацій, які певна група осіб намагається компенсувати шляхом тютюнопаління.

Оцінка якості життя тютюнозалежних дозволяє в принципово іншому ракурсі оцінити розвиток психологічної залежності і визначити, яким чином системний показник (QoL) відображає вплив тютюнопаління на психоемоційний стан особистості, й вибрати найоптимальніші шляхи корекції цієї залежності.

Деякі автори висловлюють думку, що якість життя має негативний зв'язок із тривалістю тютюнопаління. У доступній нам літературі ми не знайшли робіт, присвячених вивченню впливу тютюнопаління на параметри якості життя із урахуванням гендерної різниці курців, що і визначило актуальність проведення відповідного дослідження.

Важливим складником показника якості життя студента-медика є його психологічний стан. Висока частота тривожно-депресивних розладів обумовлює нижчі значення показників QoL й зумовлює необхідність покласти край курінню та проводити фармако- і психотерапію його та рецидивів шкідливої звички.

Як вище було показано в нашій роботі, основними психопатологічними чинниками, що обумовлюють формування психологічної залежності від нікотину і, відповідно, впливають на більшість показників шкали якості життя, є не лише психологічні (депресія, тривога), але і соціально-демографічні показники (академічна успішність, сімейний стан, соціальна реалізація). Встановлено,

що спосіб життя студентів характеризувався малорухомістю (лише 19,3 % молодих жінок і 25,6 % чоловіків регулярно займалися фізкультурою і спортом, решта задовольнялися заняттями спортом на уроках фізкультури); недотриманням режиму харчування (тільки 21,4 % опитаних жінок і 23,9 % чоловіків дотримувалися режиму харчування); близько чверті респондентів вживали спиртні напої. Практично половина респондентів (48,9 % жінок і 55,5 % чоловіків) оцінили свій психосоматичний стан в умовах навчання нормальним, практично третина (35,5 % жінок і 35,0 % чоловіків) відзначили розлади психічного та фізичного здоров'я, а академічний темп навчання вважали несприятливим, відзначили високий ступінь стомлюваності в періоди навчання і сесії, тільки чверть студентів зверталися за медичною допомогою у разі захворювання і лише за умов розвитку тяжких захворювань.

Під час суб'єктивного оцінювання стану власного здоров'я близько половини опитаних студентів були ним незадоволені. Рівень самопочуття щодо попереднього року був нижчим в перші роки навчання, а в загальній вибірці респондентів для молодих жінок характерний низький рівень самоставлення щодо власної успішності навчання. Водночас рівень самопочуття достовірно відрізнявся між групами курців-чоловіків та жінок без залежності ($46,5 \pm 7,2$ проти $66,7 \pm 4,6$ бали, $p < 0,05$).

Отримані результати показників шкали якості життя дозволили проаналізувати зміни стану здоров'я респондентів на фізичному та психічному рівнях. Усі шкали опитувальника формують два інтегральних показники: «фізичний компонент здоров'я» (Physical health — PH1) і «психологічний компонент здоров'я» (Psychological health — PH2). «Фізичний компонент здоров'я» складають такі шкали: фізичне функціонування (RP); рольове функціонування (PF), обумовлене фізичним станом; інтенсивність болю (BP) і загальний стан здоров'я (GH). «Психологічний компонент здоров'я» складається з таких шкал: психічне здоров'я (MH); рольове функціонування (RE), обумовлене емоційним станом; соціальне функціонування (SF) і життєва активність (VT). При цьому показники кожної шкали можуть варіювати від 0 до 100 балів (вище значення вказує на вищий рівень якості життя, свідчить про переважання позитивних тверджень, сприятливе оцінення свого здоров'я).

Під час аналізу отриманих нами даних виявлено, що якість життя активних курців виявилася нижчою за всіма шкалами опитувальника QoL, ніж у студентів без тютюнової залежності. Разом з тим, відзначена стала тенденція до зниження показників якості життя у молодих жінок із тютюновою залежністю, порівняно з відповідними значеннями у курців-чоловіків.

Рівень фізичної активності і працездатності (RP) у молодих жінок із тютюновою залежністю відрізнявся, порівняно із групою жінок, які не курять, впродовж більшого періоду навчання в медичному виші. Статистично значиме зменшення показника RP у жінок із ТЗ встановлено з I по V курс ($59,0 \pm 4,5$ проти $75,7 \pm 2,9$ бали, $p < 0,05$), а у чоловіків із ТЗ ці зміни спостерігались лише в окремі періоди навчання ($53,0 \pm 4,3$ проти $70,1 \pm 3,5$ бали, $p < 0,05$) (рис. 4).

Протягом навчання у медичному виші в усіх молодих жінок із ТЗ встановлено низький рівень рольового функціонування ($58,2 \pm 5,1$ проти $73,5 \pm 5,2$ бали, $p < 0,05$), фізичного болю ($53,2 \pm 5,5$ проти $69,3 \pm 4,0$ бали, $p < 0,05$), часто спостерігалось зниження показника загального стану здоров'я ($58,7 \pm 4,7$ проти $70,0 \pm 3,9$ бали, $p < 0,05$).

В опитаних респондентів-чоловіків із ТЗ також встановлено зменшення відповідних показників, проте без статистично значущої різниці стосовно курців-жінок.

В емоційній сфері спостерігалось різке зменшення рівня психічного здоров'я ($60,9 \pm 4,6$ проти $73,3 \pm 4,0$ бали, $p < 0,05$) у респондентів — студентів перших двох курсів навчання; рівня соціальної активності у респондентів 1—2 та 4 років навчання ($52,4 \pm 5,3$ проти $72,3 \pm 4,0$ бали, $p < 0,05$) та тенденція до регресу рівня життєздатності і рольового функціонування (див. рис. 4). Разом із тим у жінок встановлено достовірно вищий рівень психічного здоров'я ($73,2 \pm 4,4$ бали проти $55,1 \pm 5,1$ у чоловіків, $p < 0,05$), порівняно із чоловіками на 4—5 році навчання у виші, і тенденцію до збільшення показника RE ($63,1 \pm 3,5$ бали проти $47,9 \pm 4,8$, $p < 0,05$).

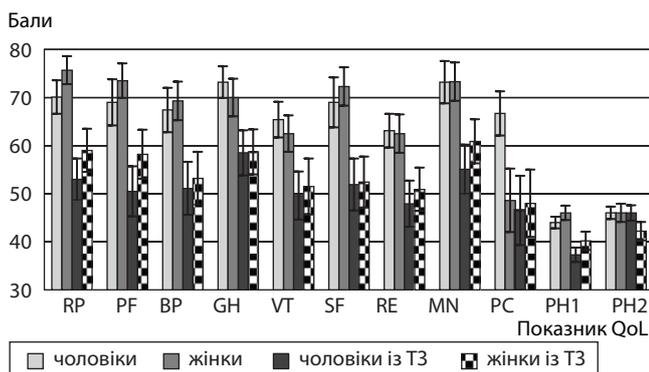


Рис. 4. Вплив тютюнопаління на показники якості життя студентської молоді (середній бал, $M \pm m$)

Примітка: RP — Role Physical; PF — Physical Functioning; BP — Bodily Pain; GH — General Health; VT — Vitality; SF — Social Functioning; RE — Role Emotional; MN — Mental Health; PC — рівень самопочуття

Відповідно до застосованої методики оцінки якості життя, шкали RP і PF вказують на життєву енергію та працездатність на противагу втомі, шкала MN є суб'єктивною оцінкою рівня тривожно-депресивного стану та характеризує емоційний і поведінковий контроль особистості. Зниження показника за шкалою SF об'єктивно відображає ступінь обмежень у соціальному житті і розвиток дезадаптивних станів, шкала RE дозволяє пов'язати розлади емоційного стану із низьким рівнем повсякденної діяльності. В сукупності усі шкали формують фізичний та психологічний компоненти якості життя.

Отримані величини інтегральних показників свідчили про значні розходження в суб'єктивному оціненні якості життя молодих курців — респондентів досліджуваних груп, при цьому були отримані неоднозначні дані щодо впливу тютюнопаління на якість життя молодих жінок та чоловіків. У групі жінок-курців відзначено тенденцію до збільшення рівня фізичного компонента здоров'я (PH1), що уособлює працездатність та фізичну активність, а у чоловіків — психологічного компонента (PH2), який визначав підвищений психоемоційний стан особистості та їхню соціальну активність.

Основними об'єктивними чинниками, що впливали на більшість показників шкал якості життя, крім функціональних порушень, були психопатологічні (депресія, тривога) і соціально-демографічні показники (сімейний стан, показники фізичного здоров'я, рівень академічної успішності), в той час як рівень захворюваності в цьому процесі відігравав другорядну роль. Серед суб'єктивних

показників, що впливали на самооцінку якості життя студентів-курців, велике значення мали матеріальний стан, психічне здоров'я, рівень оптимізму і задоволеність власним соціальним станом. Зниження значень показника якості життя спостерігалось у респондентів із високим рівнем тривоги і депресії, що в свою чергу спричиняло розвиток соціальної і психологічної дезадаптації.

Таким чином, зниження фізичної активності, рольового функціонування і психічного здоров'я є прогностичними показниками прогресування психічних і поведінкових розладів у молодих жінок із тютюновою залежністю.

Використана в нашій роботі методика оцінки якості життя (QoL) дозволила нам точніше оцінити психічні зміни особистості молодих жінок із тютюновою залежністю та ефективність лікування з урахуванням гендерних особливостей, їхнього психосоціального статусу. Це допомогло нам оптимізувати тактику комплексної психотерапії щодо підвищення адаптивності і якості життя студентів-курців, психосоматичного стану молодих жінок в період відмови від тютюнопаління, зміцнення психоемоційної сфери та підвищення їхньої соціальної активності.

Список літератури

1. Алпатова Н. С. Проблема табакокурения в профессиональной группе медицинских работников / Н. С. Алпатова // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. — 2006. — № 3. — С. 8—9.
2. Вартачан Ф. Е. Курение и здоровье населения / Ф. Е. Вартачан, С. В. Рожецкая // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. — 2002. — № 3. — С. 32—34.
3. Левшин В. Ф. Курение среди медицинских работников / В. Ф. Левшин, Н. В. Шутикова // Проблемы управления здравоохранением. — 2003. — № 6 (13). — С. 87—90.
4. Польша Н. С. Поширеність тютюнопаління серед підлітків України / Н. С. Польша, Н. Я. Яцковська, С. В. Гозак // Довкілля та здоров'я. — 2008. — № 1. — С. 69—73.
5. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учеб. пособие / Д. Я. Райгородский. — Самара : «Бахрах-М», 2004. — 672 с.
6. Рыткис И. С. К вопросу об эмоциональных нарушениях на начальных этапах формирования табачной зависимости у студентов / И. С. Рыткис, С. И. Табачников, А. Ю. Васильева // Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 2 (29). — С. 30—34.
7. Сахарова Г. М. Вредное воздействие табакокурения на здоровье и подходы к лечению табачной зависимости / Г. М. Сахарова, Н. С. Антонов // Справочник поликлинического врача. — 2008. — № 14/15. — С. 14—18.
8. Табачников С. И. Стратегии совладающего поведения у студентов на инициальном этапе формирования табачной зависимости / С. И. Табачников, И. С. Рыткис // Материалы Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвященной 10-летию кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского ун-та «Актуальные вопросы пограничной психической патологии (биопсихосоциальный подход)», 14—15 мая 2013 г. — Курск, 2013. — С. 215—222.
9. Теперик Р. Ф. Психологические механизмы функционирования и трансформации курения : дис. на соискание уч. степени канд. псих. наук : спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / Р. Ф. Теперик. — М., 1997. — 140 с.

Надійшла до редакції 10.12.2014 р.

ВОРОНИНА Олександра Володимирівна, аспірант з відривом від виробництва відділу соціальної та клінічної наркології Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ; e-mail: gurkovaav@mail.ru

ВОРОНИНА Oleksandra, Postgraduate Student of the Department of social and clinical narcology of the Ukrainian Research Institute of Social, Forensic Psychiatry and Drug Abuse of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv; e-mail: gurkovaav@mail.ru

Л. В. Зайцева, Э. Н. Баричева, М. Ю. Григорчук
**УДОВЛЕТВОРЁННОСТЬ СУПРУЖЕСКИМИ ОТНОШЕНИЯМИ И АДАПТИВНОСТЬ СУПРУЖЕСТВА
 ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ РАЗЛИЧНОГО ГЕНЕЗА У ЖЕНЫ**

Л. В. Зайцева, Е. М. Баричева, М. Ю. Григорчук
**Задоволеність подружніми стосунками та адаптивність подружжя
 при депресивних розладах різного генезу у дружини**

L. V. Zaitseva, E. M. Barycheva, M. Yu. Hryhorchuk
**Marital relationship satisfaction and marriage adaptability with a wife suffering
 from depressive disorders of different genesis**

Изучены клинические проявления сексуальной функции при депрессивных расстройствах различного генеза у женщин. Помимо клинко-психопатологического, специального сексологического обследования были использованы психодиагностические методики: шкала сексуальности, разработанная W. E. Shell, D. R. Papini (1989) для определения самооценки каждым из супругов своих сексуальных возможностей и наличия у них сексуальной озабоченности и сексуальной депрессии; одношкальный опросник супружеской коммуникации Bienvenu (по C. Schaap, 1982) — для определения уровня супружеского счастья. Обследовали 399 супружеских пар с депрессивными расстройствами различного генеза у женщин, в возрасте от 19 до 48 лет. Установлены корреляции между показателями методик и данными, полученными традиционным сексологическим методом, что указывает на высокую значимость комбинированного использования психологического и клинического подходов. Изучена значимость особенностей сексуальной функции больных женщин на степень их адаптации на всех уровнях взаимодействия супругов в генезе нарушений здоровья семьи.

Ключевые слова: женщины, сексуальность, супружеская адаптация, депрессивные расстройства

Вивчено клінічні прояви сексуальної функції при депресивних розладах різного генезу у жінок. Крім клініко-психопатологічного, спеціального сексологічного обстеження, було використано психодіагностичні методики: шкала сексуальності, розроблену W. E. Shell, D. R. Papini (1989), для визначення самооцінки кожним з подружжя своїх сексуальних можливостей та наявності у них сексуальної стурбованості та сексуальної депресії; одношкальний опитувальник подружньої комунікації Bienvenu (за C. Schaap, 1982) — для визначення рівня подружнього щастя. Обстежили 399 подружніх пар з депресивними розладами різного генезу у жінок, у віці від 19 до 48 років. Встановлено кореляції між показниками методик та даними, отриманими традиційним сексологічним методом, що вказує на високу значимість комбінованого використання психологічного та клінічного підходів. Вивчено значимість особливостей сексуальної функції хворих жінок на ступінь їхньої адаптації на всіх рівнях взаємодії подружжя в генезі порушень здоров'я сім'ї.

Ключові слова: жінки, сексуальність, подружня адаптація, депресивні розлади

The clinical manifestations of sexual function in depressive disorders in women of various origins. In addition to clinic-psychopathological special sexological examination, diagnostics instruments were used: the scale of sexuality developed by W. E. Shell, D. R. Papini (1989) to determine the self-esteem of each of the spouses of their sexual capabilities and whether they have sexual concerns and sexual depression; single scale questionnaire marital communication Bienvenu (by C. Schaap, 1982) — to determine the level of marital happiness. The study included 399 married couples with depressive disorders of different genesis in women aged 19 to 48 years old. The correlations between the indicators and methods of data obtained by the traditional sexological method, which indicates the high importance of the combined use of psychological and clinical approaches. Studied the importance of the features of sexual function of women patients on their degree of adaptation at all levels of interaction in the genesis of the spouses family health disorders.

Keywords: women, sexuality, marital adaptation, depressive disorders

Супружеская адаптация представляет собой сложный многофакторный феномен. Поэтому его методологическая операционализация проводится по разным параметрам: количеству конфликтов, уровень согласия, разделение труда в семье, удовлетворённость партнером, оценка устойчивости брака самими супругами, переживание счастья супругами, оценка удовлетворённости своими сексуальными отношениями [1].

Нам представляется, что помимо психологических аспектов супружеской адаптации большое значение для её достижения имеет сексуальный аспект, в частности, оценка супругами различных аспектов своей сексуальности [2, 3].

Brim O. G., Fairchild R. W., Borgatta E. F. [4] выявили пять основных её параметров. C. Schaap [4] рассматривает три аспекта супружеской адаптации: удовлетворённость браком, сплочённость супругов, отсутствие депривации потребностей каждого из них. E. W. Burgess, L. S. Cottrell [4] понимают супружескую адаптацию как совпадение интересов, единство мнений по критическим вопросам, чувство доверия, отсутствие чувства

одиночества и небольшое количество жалоб, связанных с супружеством.

Sprenkle D. H., Facher G. D. [4] выделяют семь параметров семейной адаптации: 1) гибкость — способность супругов к генерированию новых идей и изменению поведения в кризисных ситуациях; 2) демократическое лидерство как оппозиция авторитарности и попустительству; 3) ассертивность — умение отстаивать себя и свои права, не нарушая при этом прав супруга; 4) умение договориться и прийти к общему решению; 5) способность менять семейные правила в соответствии с изменяющимися семейными ситуациями; 6) способность к изменению семейных ролей; 7) способность получать и использовать обратную связь от супруга для улучшения качества отношений.

Цель работы — изучить особенности сексуальности женщин, сексуальную удовлетворённость, удовлетворённость коммуникацией и супружескими отношениями, а также степень их адаптации на всех уровнях взаимодействия при депрессивных расстройствах различного генеза у жены.

Под нашим наблюдением находились 399 семей, в которых в ходе комплексного обследования у жён был

установлен диагноз депрессивного расстройства (ДР) различного генеза: аффективные расстройства — у 172 женщин, из них — биполярное аффективное расстройство (БАР), текущий эпизод умеренной или легкой депрессии (F31.3) — у 129; рекуррентное депрессивное расстройство (РДР), текущий эпизод легкой степени и умеренной тяжести (F33.0 и F 33.1) — у 43; невротические депрессии (НД) — у 227 женщин. В соответствии с МКБ-10, у больных с НД были диагностированы невращения (F48.0) — 132 человека, реакция на тяжёлый стресс и нарушения адаптации — 95 человек, из них пролонгированная депрессивная реакция (F43.21) — у 53, смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22) — у 42 человек. В группу больных с НД, в соответствии с существующими критериями, нами были отнесены пациенты с психогенно возникшими ДР, включающими сниженный фон настроения, ухудшение сна, аппетита, тревогу, эмоциональную лабильность, соматовегетативные проявления. В данную группу были включены женщины с невращением (F48.0) в связи с выраженным у них депрессивным компонентом. Учитывая нозологическую разноплановость включенных в исследование больных, все обследованные были разделены группы в зависимости от регистра аффективной патологии, уровня генерализации депрессивных проявлений и нозологической принадлежности пациенток. В первой группе супружеских пар (СП), в которых женщины страдали аффективными расстройствами, были выделены две подгруппы: 1-я — 129 семей, в которых жёны страдали БАР, текущий эпизод умеренной или лёгкой депрессии (F31.3); 2-я подгруппа — 43 семьи с РДР у женщин, текущий эпизод лёгкой степени и умеренной тяжести (F33.0 и F33.1). Вторую группу семей составили те, в которых женщины болели НД (227). Ведущими в клинической картине у всех больных НД были депрессивные проявления невротического уровня. В соответствии с МКБ-10, было выделено три подгруппы: в 1-й из них, которая состояла из 132 семей, женщины страдали невращением (F48.0) с выраженным депрессивным компонентом; во 2-й — 53 семьи — с пролонгированной депрессивной реакцией (F43.21) у жен и в 3-й — 42 семьи — у женщин была смешанная тревожная и депрессивная реакция (F43.22). Выделить контрольную группу среди семей первой группы не представилось возможным, так как при аффективных расстройствах у женщин всегда отмечались нарушения здоровья семьи. Однако среди семей второй группы с НД у жены было выделено 39 (17,2 %) семей, в которых супруги считали свою семью здоровой, несмотря на заболевание жены. По возрасту и социальным характеристикам эта группа не отличалась от семей с нарушенным здоровьем. Это явилось основанием рассматривать их как контрольную группу по отношению к основной группе. Возраст больных женщин находился в пределах от 19 до 48 лет, причем мужа и жены входили в одну возрастную группу. Пациенты возрастных групп

старше 49 лет не включались нами в число обследованных в связи с возможностью наличия у них органической (сосудистой патологии).

В комплексное обследование женщин с ДР различного генеза и их мужей входило клиническое, клинко-психопатологическое, психодиагностическое, специальное сексологическое обследование, клинко-статистический анализ. Результаты психодиагностического исследования обработаны с помощью методики проверки достоверности различий выборки (*t*-критерия Стьюдента с вероятностью $p < 0,05$ и $p < 0,001$). В этой работе приводятся данные психодиагностического исследования.

Проведенное нами изучение по методике W. E. Snell, D. R. Papini [5] оценки различных аспектов сексуальности женщин с ДР различного генеза позволило получить следующие данные. Сексуальная самооценка оказалась наиболее высокой ($p < 0,05$) у женщин, больных невращением (6,42 балла). При пролонгированной депрессивной реакции указанный показатель достоверно ниже, чем при невращении и смешанной депрессивной и тревожной реакции (соответственно 6,15 и 5,72 балла). При РДР этот показатель был ниже, чем при БАР (соответственно 3,79 и 5,41 балла). Показатели сексуальной депрессии были наиболее высокими у пациенток с РДР и БАР (соответственно 6,47 и 6,35 балла), у этих же пациенток отмечались и самые низкие показатели сексуальной озабоченности (3,18 и 3,27 балла), тогда как у больных со смешанной тревожной и депрессивной реакцией этот показатель был наиболее высок (6,89 балла). У мужчин второй группы оценки параметров сексуальности были более высокими, чем у мужчин первой группы. Кроме этого, их оценки по всем параметрам были ближе к норме, чем у женщин, они более адекватно оценивали свою сексуальную жизнь.

С помощью опросника супружеской коммуникации Bienvenu [4], позволяющего измерить уровень супружеского счастья, нами были обследованы 100 СП — по 20 пар с каждым клиническим вариантом депрессий у жены. В связи с тем, что супружеская адаптация является многомерным феноменом, мы выбрали лишь её интегральный показатель, а именно — уровень супружеского счастья, который, как понятно, содержит в себе и сексуальную удовлетворённость, и удовлетворённость коммуникацией, и единство интересов супругов, и т. п. Полученные значения этого показателя при разных клинических вариантах депрессии у женщин приведены в табл. 1.

Из данных таблицы следует, что обследованные группы практически не различаются по уровню супружеского счастья. Выявлено лишь одно статистически достоверное различие по этому показателю — различие между СП, в которых жена страдает смешанной тревожной и депрессивной реакцией, и теми, в которых у жены имеет место невращение ($p < 0,01$). Самый высокий ($p < 0,05$) показатель супружеского счастья выявлен у женщин, больных пролонгированной депрессивной реакцией.

Таблица 1. Уровень супружеского счастья в обследованных супружеских парах

Обследованные	Клинические варианты депрессивных расстройств у женщин									
	БАР		РДР		невращения		пролонгированная депрессивная реакция		смешанная тревожная и депрессивная реакция	
	X	S	X	S	X	S	X	S	X	S
мужчины	7,41	0,55	7,64	0,46	8,01	0,39	8,23	0,39	9,24	0,64
женщины	9,84	0,35	9,40	0,56	7,4	0,44	8,23	0,34	7,6	1,95

Показатели супружеского счастья у мужчин из обследованных СП статистически не различаются, вместе с тем в трёх группах СП, а именно в парах, где жёны страдают БАР, РДР и неврастенией, эти показатели значительно варьируют.

Сопоставляя показатели уровней супружеского счастья жён и мужей в СП, можно предложить классификацию функциональности (адаптивности) семей при депрессии, а именно существование условно функциональных и дисфункциональных супружеств при депрессии у женщин.

Под условно функциональным супружеством мы понимаем такое супружество, в рамках которого наблюдаются: 1) относительная удовлетворённость супружеской жизнью; 2) готовность к изменению собственных

ожиданий одного из супругов по отношению ко второму супругу под влиянием актуального опыта жизни в супружестве; 3) принятие субъективной концепции различия супругов (в желаниях, потребностях, чертах характера и т. п.), понимаемой как их уникальность, а не как непримиримое различие; 4) достаточно гибкие отношения власти в супружестве, учитывающие реальные жизненные ситуации: лидер не тот кто сильнее, а тот кто более адекватно понимает жизненную ситуацию.

Под дисфункциональным супружеством мы понимаем супружество, в рамках которого указанные условия (критерии функциональности) не выполняются. Распределение условно функциональных и дисфункциональных супружеств среди наших обследованных показано в табл. 2.

Таблица 2. Зависимость между функциональностью супружества и клиническим вариантом депрессивных расстройств у жены

Супружество	Клинические варианты депрессивных расстройств										Всего (n = 360)	
	БАР (n = 129)		РДР (n = 43)		неврастения (n = 112)		продолжительная депрессивная реакция (n = 43)		смешанная тревожная и депрессивная реакция (n = 33)			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Условно функциональное	47	36,4	15	34,8	54	48,2	19	44,2	13	39,4	148	41,1
Нефункциональное	82	63,6	28	65,2	58	51,8	24	55,8	20	60,6	212	58,9

Как мы видим, при всех клинических вариантах депрессий преобладают дисфункциональные семьи, но особенно — при БАР и РДР. Больше всего условно функциональных супружеств при неврастении и продолжительной депрессивной реакции у жены.

Одним из механизмов становления условной функциональности супружеств является механизм полоролевой и характерологической комплементарности, который специфичен для каждого варианта депрессий.

В контрольной группе СП все указанные выше условия (критерии функциональности) выполняются.

Таким образом, при депрессивных расстройствах различного генеза у женщин возможны как условно функциональные, так и нефункциональные варианты супружества. Поражаться может как сфера коммуникации, так и собственно сексуальная сфера. При этом по механизму «чёрного пятна» [6] коммуникативные нарушения распространяются на сексуальную сферу. Поражение сексуальной сферы в разной мере связано с депрессивными расстройствами различного генеза. Одним из механизмов патологии супружества является полоролевая дисфункция, которая проявляется в различных вариантах: полоролевая дискордантность больных женщин (несогласованность показателей маскулинности

и фемининности на различных уровнях), отсутствие полоролевой комплементарности супругов, полоролевая трансформация.

Список литературы

1. (Berne E.) Берн Э. Секс в человеческой любви / Э. Берн ; пер. с англ. М. П. Папуша. — М.: Московский кадровый центр. — 1990. — 113 с.
2. Кришталь В. В. Сексологія : навчальний посібник : в 4-х ч. / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь. — Х. : Фоліо, 2008. — 990 с.
3. Є. В. Кришталь Сексопатологія : підручник / Є. В. Кришталь, Б. М. Ворнік. — К.: «Медицина», 2014. — С. 543.
4. Schaap C. Communication and adjustment in marriage / C. Schaap. — Lisse, the Netherlands: Swets & Zeitlinger, 1982. — 281 p.
5. Snell W. E. The Sexuality Scale: An instrument to measure sexual-esteem, sexual-depression, and sexual-preoccupation / W. E. Snell & D. R. Papini // Journal of Sex Research. — 1989. — Vol. 26. — P. 256—263.
6. Васильченко Г. С. Семейная психотерапия и её место в системе реабилитации сексологических больных / Г. С. Васильченко // Частная сексопатология / под ред. проф. Г. С. Васильченко. — М.: Медицина, 1983. — Т. 2. — С. 17—20.

Надійшла до редакції 12.12.2014 р.

ЗАЙЦЕВА Лариса Владимировна, доктор медицинских наук, профессор кафедры сексологии и медицинской психологии Харьковской медицинской академии последипломного образования (ХМАПО), г. Харьков; e-mail: larzay@gmail.com

БАРЫЧЕВА Эльвира Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии ХМАПО, г. Харьков; e-mail: barelvir@mail.ru

ГРИГОРЧУК Маргарита Юрьевна, врач-психиатр Коммунального учреждения здравоохранения «Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3», г. Харьков; e-mail: margaritagrigorchuk@gmail.com

ZAITEVA Larysa, Doctor of Medical Sciences, Professor of the Department of Sexology and Medical Psychology of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education (KhMAPE), Kharkiv; e-mail: larzay@gmail.com

BARYCHEVA Elvira, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry of KhMAPE, Kharkiv; e-mail: barelvir@mail.ru

HRYNORCHUK Marharyta, Physician-psychiatrist of Public Health Institutions' "Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3", Kharkiv; e-mail: margaritagrigorchuk@gmail.com

Ю. И. Заседа

КЛИНИКО-ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ КОНТИНГЕНТА ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Ю. I. Заседа

Клініко-психофеноменологічна характеристика патоперсонологічної трансформації контингенту пацієнтів, що страждають на гіпертонічну хворобу

Yu. I. Zaseda

Clinically-psycho-phenomenological characteristic of pathopersonological transformation in cohort of patients suffering from hypertensive disease

Являясь наиболее распространенной нозологической формой кардиоваскулярной патологии, гипертоническая болезнь (ГБ) выступает инициальным патогенетическим фактором в развитии обширного кластера соматических и психопатологических расстройств, определяющих прогрессивное повышение инвалидизации и смертности патологически пораженного контингента, по мере увеличения срока заболевания.

Одной из наиболее вероятных гипотез повышения сосудистого тонуса в патогенезе ГБ являются психогенные стрессовые реакции, детерминирующие активацию симпатoadrenalовой системы в рамках универсальной адаптивной реакции на стресс, которая в дальнейшем, при условиях её стрессового подкрепления и конституциональной предрасположенности индивида, приобретает стабильный патологический характер.

Указанные данные позволяют причислять ГБ к кластеру психосоматических патонозологических форм, в отношении которых приоритетным является использование методов психотерапевтической коррекции и профилактики, в качестве дополнения к стандартным протоколам фармакотерапии.

С целью исследования варибельности унифицированного психофеноменологического профиля у контингента пациентов, страдающих гипертонической болезнью, было проведено исследование 80 пациентов, страдающих ГБ, которые составили основную группу, а также 100 условно здоровых людей (группа сравнения) при помощи клинико-психофеноменологического, психодиагностического, клинико-психопатологического и статистического методов, а также методов анализа и синтеза. При этом выявлены неприоритетные, приемлемые и приоритетные в отношении эффекта психотерапии феномены.

Ключевые слова: клинико-психофеноменологический метод, психофеноменологический профиль, психосоматоз, гипертоническая болезнь

Будучи найпоширенішою нозологічною формою кардіоваскулярної патології, гіпертонічна хвороба (ГБ) виступає ініціальним патогенетичним чинником у розвитку обширного кластера соматичних і психопатологічних розладів, що визначають прогресивне підвищення інвалідизації та смертності патологічно ураженого контингенту, із збільшенням терміну захворювання.

Однією з найімовірніших гіпотез підвищення судинного тонусу у патогенезі ГБ є психогенні стресові реакції, що детермінують активацію симпатoadrenalової системи в рамках універсальної адаптивної реакції на стрес, яка в подальшому, при умовах її стрессового підкріплення і конституціональної предрасположенності індивіда, набуває стабільного патологічного характеру.

Зазначені дані дозволяють зараховувати ГБ до кластера психосоматичних патонозологічних форм, щодо яких пріоритетним є використання методів психотерапевтичної корекції та профілактики, як доповнення до стандартних протоколів фармакотерапії.

З метою дослідження варибельності уніфікованого психофеноменологічного профілю в контингенті пацієнтів, що страждають на гіпертонічну хворобу, було проведено обстеження 80 пацієнтів, що страждають на ГБ (основна група), а також 100 умовно здорових осіб (група порівняння) за допомогою клініко-психофеноменологічного, психодіагностичного, клініко-психопатологічного і статистичного методів, а також методів аналізу і синтезу. При цьому виявлені неприоритетні, прийнятні та пріоритетні щодо ефекту психотерапії феномени.

Ключові слова: клініко-психофеноменологічний метод, психофеноменологічний профіль, психосоматоз, гіпертонічна хвороба

As the most common form of cardiovascular disease nosology, hypertensive disease performs an initial pathogenetic factor in the development of a broad cluster of somatic and psychopathological disorders, determining the progressive increase in morbidity and mortality lesion is contingent, with increasing duration of the disease.

One of the most likely hypotheses increase of vascular tone in the hypertensive disease pathogenesis are psychogenic stress response, determining the activation sympathoadrenal system within the universal adaptive response to stress, which in the future, under the conditions of its stress reinforcement and constitutional predisposition of the individual acquires a stable pathological.

These data allow us to rank the cluster hypertensive disease psychosomatic pathonological forms in respect of which the priority is the use of psychotherapeutic methods of correction and prevention, as an adjunct to standard protocols pharmacotherapy.

To study of the variability of the unified psychophenomenological profile in the cohort of patients suffering from hypertensive disease, a study was conducted of 60 patients with hypertensive disease (basic group), and 100 apparently healthy individuals (control group) using clinically-psycho-phenomenological, psychodiagnostic, clinically-psycho-phenomenological and statistical methods as well as methods of analysis and synthesis. Non-priority, acceptable and priority phenomena in relation to the effect of psychotherapy were revealed.

Keywords: clinically-psycho-phenomenological method, psycho-phenomenological profile, psychosomatic disorders, hypertensive disease

Являясь наиболее распространенной нозологической формой кардиоваскулярной патологии, гипертоническая болезнь (ГБ) выступает инициальным патогенетическим фактором в развитии обширного кластера соматических и психопатологических расстройств, определяющих прогрессивное повышение инвалидизации и смертност-

ти патологически пораженного контингента, по мере увеличения срока заболевания [7, 8].

Многочисленные фундаментальные исследования, направленные на формирование патогенетических моделей развития и прогрессирования ГБ, указывают на центральную роль вегетативной дисфункции, в частности избыточной активности симпатoadrenalовой системы, в инициальном периоде заболевания [9].

Учитывая обширный опыт экспериментальных исследований, одной из наиболее вероятных гипотез повышения сосудистого тонуса в патогенезе ГБ являются психогенные стрессовые реакции, детерминирующие активацию симпатoadренальной системы в рамках универсальной адаптивной реакции на стресс, которая в дальнейшем, при условиях её стрессового подкрепления и конституциональной предрасположенности индивида, приобретает стабильный патологический характер [8, 9].

По мере прогрессирования гипертонического синдрома, нарушения сосудистого тонуса приобретают морфологический характер, определяя соматические проявления заболевания, которые как сами по себе способны выполнять роль психогенных стрессорных факторов, потенцируя симпатoadренальную активацию, так и патологически модифицировать реактивность психики индивида посредством формирования психоорганического синдрома в структуре дисциркуляторной энцефалопатии. Приведенные данные указывают на наличие порочных кругов патогенеза ГБ, связующим звеном в которых является комплекс «психогенное стрессовое воздействие → симпатoadренальная активация → повышение сосудистого тонуса».

Указанные данные позволяют причислять ГБ к кластеру психосоматических патонозологических форм, в отношении которых приоритетным является использование методов психотерапевтической коррекции и профилактики, в качестве дополнения к стандартным протоколам фармакотерапии [2].

Наличествующий опыт психотерапевтической интервенции в отношении субклинических форм ГБ, носящий, *de facto*, эмпирический характер, имея определенную эффективность в отношении нормализации сосудистого тонуса в инициальном периоде развития заболевания, характеризуется рядом существенных недостатков, определяющих её низкую эффективность в отдаленном периоде течения заболевания.

Основным из недостатков существующих систем психотерапевтической коррекции ГБ является отсутствие эффективного алгоритма выбора индивидуально-конгруэнтных методов психотерапевтической коррекции в совокупности с фактическим игнорированием нозоспецифической патоперсоналогической трансформации [1, 3].

В рамках существующего *status rerum* в сфере психотерапевтической коррекции ГБ перспективным является использование концепции психофеноменологического профиля, имеющего методоспецифическую дескриптивную компетентность как в отношении нозоспецифической патоперсоналогической трансформации, так и в отношении унифицированного определения индивидуальной конгруэнтности тех или иных методов психотерапевтической коррекции и профилактики [4—6].

Цель данной работы составляет исследование вариативности унифицированного психофеноменологического профиля у контингента пациентов, страдающих гипертонической болезнью (ГБ).

Исследование проводилось на протяжении 2010—2014 гг. на базе кафедры психотерапии Харьковской медицинской академии последипломного образования.

В исследование были включены 80 пациентов, страдающих ГБ, которые составили основную группу, средний возраст в которой составил $32 \pm 0,7$ года; а также 100 условно здоровых людей (группа сравнения),

средний возраст в группе — $33 \pm 0,4$ года. Контингент был однородным по ряду таких социально-бытовых показателей, как социальный статус, семейное и материальное положение, образование, с целью устранения погрешности в типах отреагирования пациентов на психотерапевтические вмешательства вследствие этих факторов.

Основным методом исследования являлся клинико-психофеноменологический; его дополняли психодиагностический (методика диагностики темперамента Я. Стреляу в адаптации Н. Н. Даниловой, А. Г. Шмелева, теппинг-тест) и клинико-психопатологический методы. Также использовались статистический метод, методы анализа и синтеза.

Использование инструментария, включающего психофизиологические методы исследования, производилось с целью формирования конгруэнтной группы сравнения, максимально приближенной по психофизиологическим характеристикам к основному контингенту исследования.

Квантификацию характеристик отдельных феноменов проводили в рамках оценки динамики активности интрапсихических механизмов, соответствующих выделенным феноменам, в препсихотерапевтическом и постпсихотерапевтическом периодах с использованием инструментария экспериментального патопсихологического исследования, методоспецифических проб, психодиагностического интервью, включающего аутодиагностические методики.

При анализе результатов комплексного исследования феномену присваивали динамическую характеристику, трансформированную в числовое значение от 0 до 3:

3 балла соответствовали «выраженному повышению активности» интрапсихического механизма, соответствующего феномену, в постпсихотерапевтическом периоде;

2 балла соответствовали «умеренному повышению активности»;

1 балл соответствовал «незначительному повышению активности»;

0 баллов соответствовали «интактности» интрапсихического механизма.

В рамках исследования контингента пациентов была произведена оценка средней групповой эффективности психотерапии в отношении основных механизмов сентенционно-семантической интервенции в группе пациентов, страдающих ГБ, и группе здоровых добровольцев.

В материалах исследования произведен расчет среднего группового показателя интрапсихической активности феноменов, формирующих «линейки».

Среднее групповое значение меньше 1 соответствует *низкой* эффективности психотерапевтического опосредования сентенционно-семантической интервенции через данный феномен; 1—2 — соответствует *приемлемой* эффективности; больше 2 — соответствует *высокой* (приоритетной) эффективности психотерапевтического опосредования.

При анализе групповой констелляции механизмов, имеющих приемлемую и высокую подверженность психотерапевтическому эффекту, представляется возможной методическая селекция наиболее конгруэнтной комбинации психотерапевтических методик по признаку их апеллирования к тем или иным феноменам сентенционно-семантической интервенции.

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в ассоциативно-идеаторную линейку, в группах пациентов, страдающих ГБ, и здоровых добровольцев представлен в таблице 1, на рисунке 1.

Таблица 1. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов ассоциативно-идеаторной линейки в исследуемых группах

Феномены	Средняя оценка в группах	
	здоровые	пациенты с ГБ
изотемпопсихия	1,20 ± 0,89	0,52 ± 0,64
логичность мышления	1,16 ± 0,54	1,35 ± 0,62
пластичность мышления	2,40 ± 0,48	0,60 ± 0,63
последовательность мышления	1,44 ± 0,75	1,22 ± 0,57
способность к абстрагированию	2,28 ± 1,0	0,92 ± 0,52

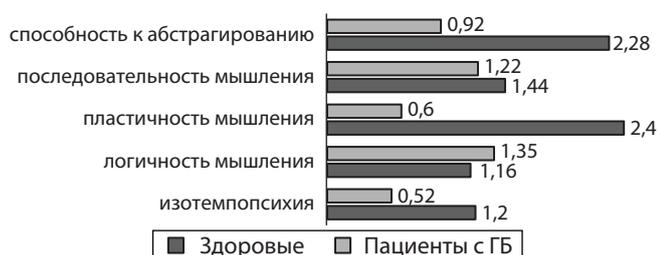


Рис. 1. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов ассоциативно-идеаторной линейки в исследуемых группах

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в аффективную линейку, в группах пациентов, страдающих ГБ, и здоровых добровольцев представлен в таблице 2, на рисунке 2.

Таблица 2. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов аффективной линейки в исследуемых группах

Феномены	Средняя оценка в группах	
	здоровые	пациенты с ГБ
адекватность аффекта	1,78 ± 1,12	1,80 ± 0,88
аффективная модификация ассоциаций	1,95 ± 0,97	1,30 ± 0,81
аффектогенная модификация памяти	1,56 ± 1,16	0,97 ± 0,80
аффектогенная селекция рецепции	0,56 ± 0,99	1,12 ± 0,85
изопластичность аффекта	1,43 ± 0,58	0,47 ± 0,81
изотимия	1,60 ± 0,89	0,72 ± 0,98
интроспективное восприятие аффекта	1,82 ± 0,83	1,42 ± 0,95

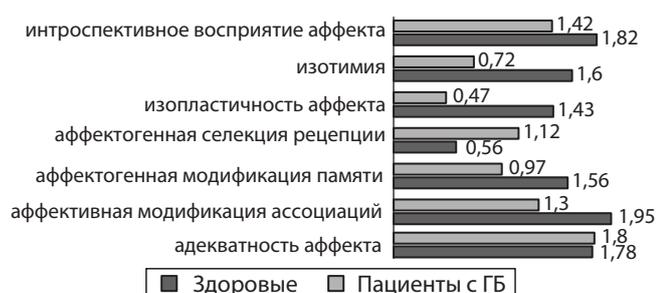


Рис. 2. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов аффективной линейки в группе больных ГБ и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в дефензивную линейку, производили по критерию возможности их нивелирования, преодоления в ходе психотерапевтической интервенции (табл. 3, рис. 3).

Таблица 3. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов дефензивной линейки в исследуемых группах

Феномены	Средняя оценка в группах	
	здоровые	пациенты с ГБ
игнорирование	1,78 ± 0,96	1,10 ± 0,77
интуитивно-аффективный барьер	1,37 ± 1,19	0,67 ± 0,79
критическое мышление	1,76 ± 0,92	2,02 ± 1,12
рассредоточение фокуса внимания	1,49 ± 1,02	1,82 ± 0,84
семантическая подмена	1,05 ± 0,78	1,47 ± 1,13
скептический настрой	1,84 ± 1,08	1,62 ± 1,27
смещение фокуса внимания	1,72 ± 0,91	1,45 ± 0,90
этический барьер	0,70 ± 0,78	0,77 ± 0,94

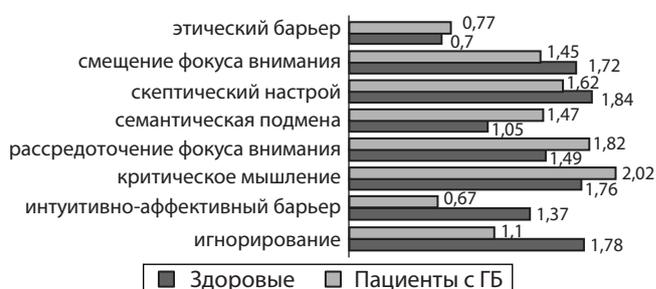


Рис. 3. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов дефензивной линейки в группе больных ГБ и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в индуктивную линейку, производили по степени выраженности феноменов в процессе индукции (табл. 4, рис. 4).

Таблица 4. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов индуктивной линейки в исследуемых группах

Феномены	Средняя оценка в группах	
	здоровые	пациенты с ГБ
аутогенная амплификация	0,45 ± 0,80	0,95 ± 0,87
аффективная контаминация	2,33 ± 0,90	0,87 ± 0,85
индивидуализация контекста	0,98 ± 0,61	1,52 ± 1,13
индуктивная обсессивность	0,62 ± 0,87	1,65 ± 0,83
обратная индуктивность	1,05 ± 0,73	0,90 ± 1,00
авторизация сентенций	0,62 ± 0,66	0,70 ± 0,72
прямая индуктивность	0,70 ± 0,50	1,10 ± 0,67
сверхсистематизация	1,19 ± 0,74	0,57 ± 0,59
сенсорная индуктивность	1,05 ± 0,78	1,42 ± 0,98

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в катартическую линейку, производили по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции (табл. 5, рис. 5).

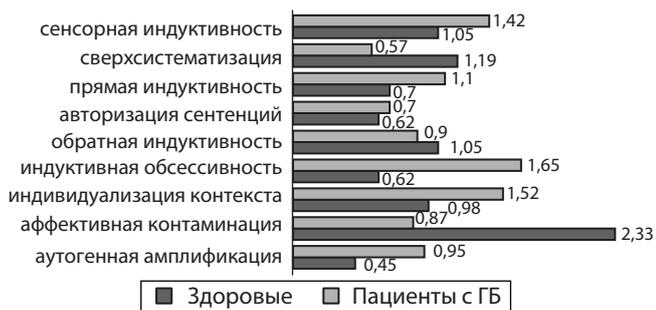


Рис. 4. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов индуктивной линейки в группе больных ГБ и группе здоровых добровольцев

Таблица 5. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов катартической линейки в исследуемых группах

Феномены	Средняя оценка в группах	
	здоровые	пациенты с ГБ
абреакция	1,27 ± 0,96	1,83 ± 1,17
инсайт	1,23 ± 0,90	0,93 ± 0,73
катарсис (ассоциативный)	1,05 ± 0,64	1,30 ± 0,70

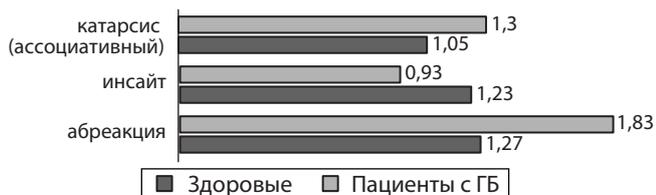


Рис. 5. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов катартической линейки в группе больных ГБ и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в когнитивно-гностическую линейку, производили по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции (табл. 6, рис. 6).

Таблица 6. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов когнитивно-гностической линейки в исследуемых группах

Феномены	Средняя оценка в группах	
	здоровые	пациенты с ГБ
когнитивная селективность рецепции	1,15 ± 1,18	1,20 ± 0,79
когнитивная состоятельность	2,09 ± 0,80	1,25 ± 0,98
обучаемость	1,23 ± 0,81	1,83 ± 0,93
осознание	1,37 ± 1,05	1,30 ± 0,96
самообучаемость	1,45 ± 0,94	0,95 ± 0,90
убеждаемость	1,72 ± 1,07	2,02 ± 1,09

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в конативную линейку, производили по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции (табл. 7, рис. 7).

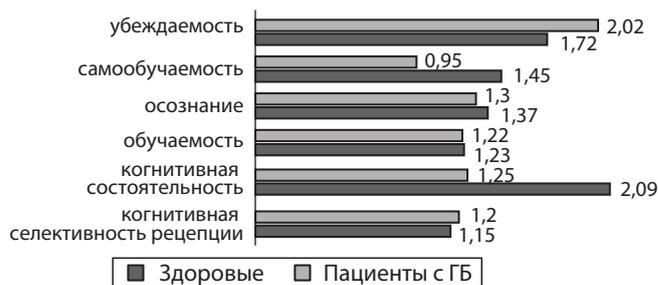


Рис. 6. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов когнитивно-гностической линейки в группе больных ГБ и группе здоровых добровольцев

Таблица 7. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов конативной линейки в исследуемых группах

Феномены	Средняя оценка в группах	
	здоровые	пациенты с ГБ
изовалентность	1,72 ± 0,66	1,00 ± 0,95
изоверсия	0,60 ± 0,85	0,86 ± 1,12
изомотивационность	2,35 ± 0,89	1,58 ± 0,98
изоспонтанность	2,11 ± 1,05	0,88 ± 1,25
морально-этический барьер	1,78 ± 0,67	1,18 ± 0,95
мотивационная трансформация мышления	1,70 ± 0,96	1,96 ± 0,99
терапевтический альянс	2,07 ± 0,82	1,09 ± 1,12

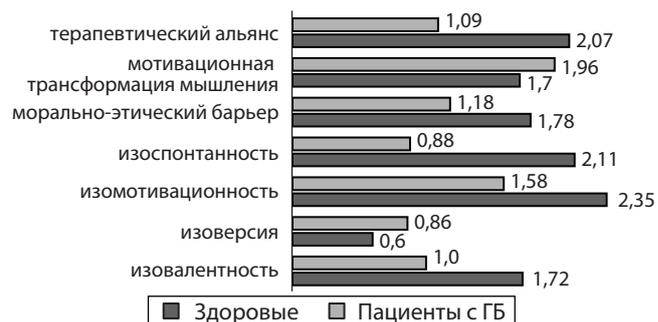


Рис. 7. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов конативной линейки в группе больных ГБ и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в мнестическую линейку, производили по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции (табл. 8, рис. 8).

Таблица 8. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов мнестической линейки в исследуемых группах

Феномены	Средняя оценка в группах	
	здоровые	пациенты с ГБ
воспроизведение	1,50 ± 0,72	0,87 ± 0,81
забывание	1,27 ± 1,00	1,78 ± 1,03
забывание намерений	1,78 ± 0,70	0,75 ± 0,94
импринтинг	1,47 ± 0,90	1,63 ± 0,79
мнестическая квазипотребность	1,56 ± 0,70	0,68 ± 0,78
непроизвольное запоминание	1,45 ± 0,80	1,56 ± 0,70
произвольное запоминание	1,64 ± 0,59	1,75 ± 0,53
сенсорная память	1,84 ± 0,80	1,09 ± 0,86
узнавание	1,58 ± 0,98	1,75 ± 0,83
хранение	1,60 ± 0,66	1,12 ± 0,89
чанкинг	1,62 ± 0,77	1,07 ± 0,87

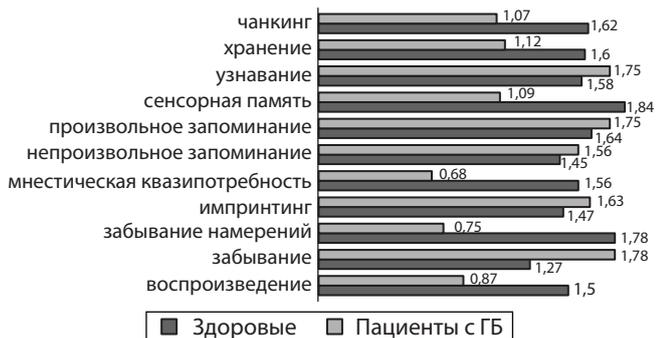


Рис. 8. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов мнестической линейки в группе больных ГБ и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в перцептивно-прозектическую линейку, производили по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции (табл. 9, рис. 9).

Таблица 9. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов перцептивно-прозектической линейки в исследуемых группах

Феномены	Средняя оценка в группах	
	здоровые	пациенты с ГБ
восприимчивость	1,78 ± 0,94	1,12 ± 0,92
избирательность восприятия	1,84 ± 0,92	1,41 ± 0,83
константность восприятия	1,47 ± 0,96	0,90 ± 0,83
образность восприятия	1,66 ± 1,05	1,26 ± 0,92
переключаемость	1,78 ± 0,96	1,02 ± 0,95
плюральность фокуса восприятия	1,68 ± 0,83	1,58 ± 0,89
фиксация внимания	1,35 ± 1,03	1,71 ± 0,88

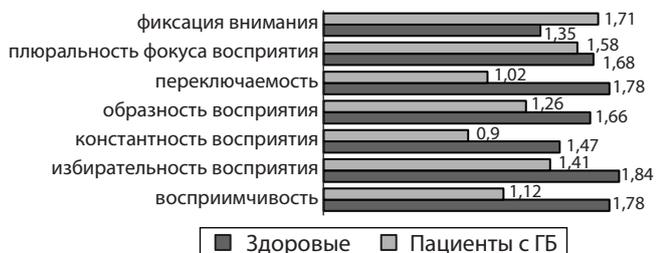


Рис. 9. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов перцептивно-прозектической линейки в группе больных ГБ и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в психодинамическую линейку, производили по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции (табл. 10, рис. 10).

Таблица 10. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов психодинамической линейки в исследуемых группах

Феномены	Средняя оценка в группах	
	здоровые	пациенты с ГБ
перенос (трансфер)	1,25 ± 0,82	1,52 ± 0,78
свободные ассоциации	1,47 ± 0,80	1,37 ± 0,70
символические проявления	1,58 ± 0,80	1,72 ± 0,93

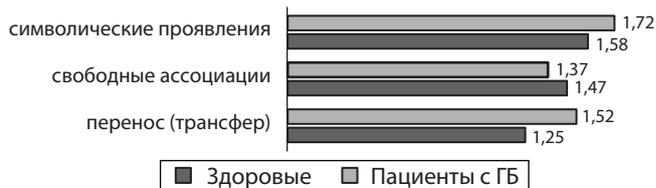


Рис. 10. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов психодинамической линейки в группе больных ГБ и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в суггестивную линейку, производили по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции (табл. 11, рис. 11).

Таблица 11. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов суггестивной линейки в исследуемых группах

Феномены	Средняя оценка в группах	
	здоровые	пациенты с ГБ
внушаемость в состоянии бодрствования	1,46 ± 0,73	1,63 ± 1,01
обратная (парадоксальная) суггестивность	1,02 ± 0,71	0,92 ± 0,68
прямая суггестивность	1,38 ± 0,66	1,04 ± 0,77

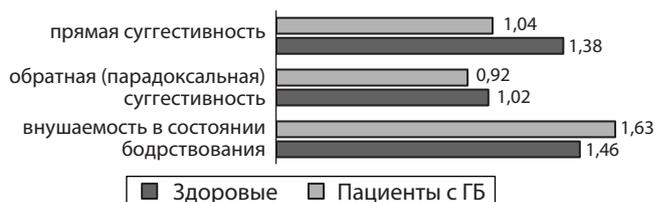


Рис. 11. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов суггестивной линейки в группе больных ГБ и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в трансовую линейку, производили по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции (табл. 12, рис. 12).

Таблица 12. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов трансовой линейки в исследуемых группах

Феномены	Средняя оценка в группах	
	здоровые	пациенты с ГБ
внушаемость в состоянии гипноза	1,50 ± 0,70	1,65 ± 0,62
гипнабельность	1,46 ± 0,81	0,72 ± 0,75
гипнокатарсис	1,56 ± 0,81	1,00 ± 0,96
прегипнотический «магический» настрой	1,74 ± 0,77	1,42 ± 0,87
эбриетативность	—	—

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в эндовербальную линейку, производили по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции (табл. 13, рис. 13).

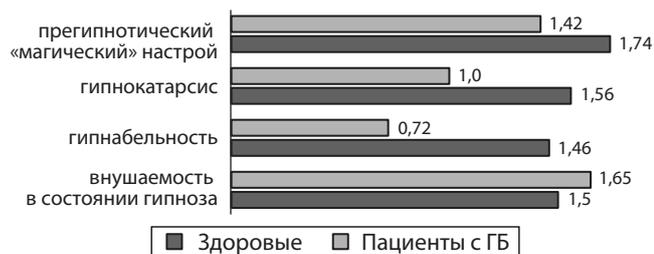


Рис. 12. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов трансовой линейки в группе больных ГБ и группе здоровых добровольцев

Таблица 13. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов эндовербальной линейки в исследуемых группах

Феномены	Средняя оценка в группах	
	здоровые	пациенты с ГБ
рецепция антиаддиктивных семантических формул	1,23 ± 0,81	1,52 ± 1,13
рецепция аффирмаций	1,25 ± 0,82	1,65 ± 0,83
рецепция вербального рефрейминга	1,47 ± 0,80	0,90 ± 1,00
рецепция десенсибилизирующих семантических формул	1,46 ± 0,81	1,63 ± 1,01
рецепция парадоксальных семантических формул	1,15 ± 1,18	1,41 ± 0,83
рецепция поддерживающих семантических формул	1,78 ± 0,94	0,75 ± 0,94
рецепция усиливающих семантических формул	2,09 ± 0,80	1,06 ± 0,91

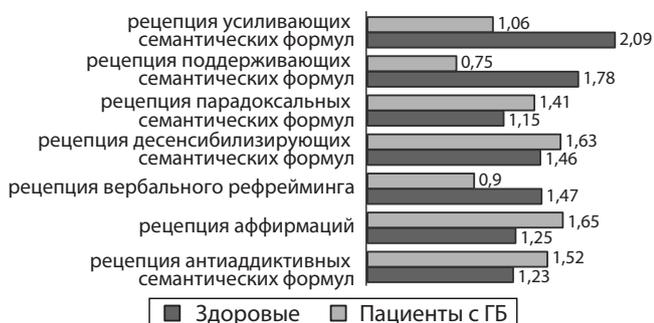


Рис. 13. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов эндовербальной линейки в группе больных ГБ и группе здоровых добровольцев

Сравнительный анализ интрапсихической активности феноменов, входящих в этологическую линейку, производили по способности саногенной модификации феноменов в процессе психотерапевтической интервенции (табл. 14, рис. 14).

Таблица 14. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов этологической линейки в исследуемых группах

Феномены	Средняя оценка в группах	
	здоровые	пациенты с ГБ
агрессивное поведение	1,78 ± 0,94	0,87 ± 0,81
комфортное поведение	1,84 ± 0,92	1,78 ± 1,03
оборонительное поведение	1,20 ± 0,89	0,68 ± 0,78
пищевое поведение	1,38 ± 0,66	1,56 ± 0,70
репродуктивное поведение	1,16 ± 0,54	1,63 ± 0,79

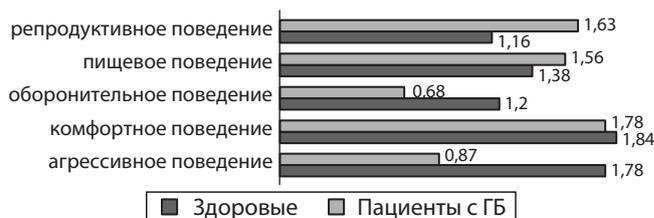


Рис. 14. Сравнительные характеристики интрапсихической активности феноменов этологической линейки в группе больных ГБ и группе здоровых добровольцев

Исходя из полученных в ходе исследования данных, возможно идентифицировать наиболее приоритетные пути опосредования психотерапевтического эффекта в ходе сентенционно-семантической интервенции у контингента пациентов, страдающих ГБ, формируя систему методов психотерапии в соответствии с их компетенцией в отношении приоритетных и приемлемых феноменов в качестве точек опосредования и избегая при этом воздействия на феномены, имеющие низкий психотерапевтический ответ.

В ходе исследования произведен сравнительный анализ групповой вариабельности феноменной части психофеноменологического профиля у контингента пациентов, страдающих гипертонической болезнью, в сравнении с группой здоровых добровольцев, в частности следующих феноменов «линеек»: ассоциативно-идеаторная, аффективная, дефензивная, индуктивная, катартическая, когнитивно-гностическая, конативная, мнестическая, перцептивно-прозектическая, психодинамическая, суггестивная, трансвая, эндовербальная, этологическая.

Выявлены неприоритетные, приемлемые и приоритетные в отношении эффекта психотерапии феномены.

Список литературы

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и применение / Ф. Александр. — М.: Ин-т ОГИ, 2004. — 336 с.
2. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства: клиника, лечение, диагностика / В. Я. Гиндикин. — М.: Триада-Х, 2000. — 256 с.
3. Генеалогия, механизмы формирования, клиника и основные принципы терапии соматоформных расстройств / [Б. В. Михайлов, И. Н. Сарвир, В. В. Чугунов, Н. В. Мирошниченко] // Медицинские исследования. — 2001. — Т. 1, вып. 1. — С. 36—38.
4. Чугунов В. В. Диагностика в психотерапии и психотерапевтический диагноз: уч. пособие / В. В. Чугунов. — Х.: Наука, 2010. — 304 с.
5. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии. — 2-е изд. стереотипн. / В. В. Чугунов. — К.: Здоров'я; Х.: Око — Наука, 2008. — 768 с.
6. Чугунов В. В. Клинико-психофеноменологический метод / В. В. Чугунов, Б. В. Михайлов // Медична психологія. — 2010. — № 2. — С. 3—15.
7. Чугунов В. В. Общая семиология и клиническая семиотика психотерапии и психофеноменологический профиль / В. В. Чугунов, В. А. Курило, Ю. И. Заседа // Здоровье мужчины. — 2011. — № 2. — С. 73—81.
8. Чугунов В. В. Психотерапевтическая феноменология, клинические эффект-синдромы в психотерапии и их коррелят-механизмы / В. В. Чугунов // Архив психиатрии. — 2002. — № 4 (31). — С. 202—206.
9. Чугунов В. В. Теоретичне, клініко-діагностичне, медико-психологічне, психотехнічне та психопатологічне обґрунтування й оцінка психотерапії психогенно-обумовлених розладів: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук: 19.00.04 / В. В. Чугунов; Харк. медична академія післядипломної освіти. — Х.: 2007. — 40 с.

Надійшла до редакції 05.01.2015 р.

ЗАСЕДА Юрій Игоревич, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психотерапии Харьковской академии последипломного образования Министерства здравоохранения Украины, г. Харьков; e-mail: Zaseda@gmail.com

ZASEDA Yuriy, MD, PhD, Associate Professor of Department of Psychotherapy of the Kharkiv Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv; e-mail: Zaseda@gmail.com

А. Ю. Касьянова, М. В. Маркова

КОНЦЕПЦІЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В КЛІНІЦІ ДИТЯЧОЇ КАРДІОХІРУРГІЇ

А. Ю. Касьянова, М. В. Маркова

Концепция медико-психологической помощи в клинике детской кардиохирургии

A. Yu. Kasianova, M. V. Markova

Concept of medical and psychological assistance in pediatric cardiac surgery clinic

Стрімкий прогрес кардіохірургічної техніки дозволяє 85 % дітей з вродженими вадами серця (ВВС) досягти дорослого життя. Однак, враховуючи необхідність раннього хірургічного лікування, ризик фізичних і соціальних обмежень протягом життя, дослідники все більше фокусують увагу на розробленні програм з психосоціальної допомоги пацієнтам з ВВС. Батьки, які очікують на народження дитини з ВВС, переживають психологічний стрес. За нашими попередніми даними, виявлений високий ризик сімейних конфліктів та розлучення, а також відзначені складнощі у формуванні адекватної взаємодії в системі мати — дитина на ранніх етапах розвитку. В закордонних дослідженнях виявлено, що запровадження психоосвіти, тренінгу батьківських навичок та нарративної терапії покращило психічний розвиток дітей з ВВС, поліпшило процес вигодовування немовлят та знизило материнське занепокоєння та тривогу. Тому метою нашого дослідження було розроблення концепції медико-психологічної допомоги родині, які мають дитину з ВВС.

Ключові слова: діти, вроджені вади серця, психологічна допомога

Стремительный прогресс кардиохирургической техники позволяет 85 % детей с врожденными пороками сердца (ВПС) достичь взрослой жизни. Однако, учитывая необходимость раннего хирургического лечения, риск физических и социальных ограничений на протяжении жизни, исследователи все больше фокусируют внимание на разработке программ по психосоциальной помощи пациентам с ВПС. Родители, которые ожидают рождения ребенка с ВПС, переживают психологический стресс. По нашим предварительным данным, выявлен высокий риск семейных конфликтов и разводов, а также отмечены сложности в формировании адекватного взаимодействия в системе мать — ребенок на ранних этапах развития. В зарубежных исследованиях выявлено, что внедрение психообразования, тренинга родительских навыков и нарративной терапии улучшило психическое развитие детей с ВПС, процесс вскармливания младенцев и снизило материнскую обеспокоенность и тревогу. Поэтому целью нашего исследования была разработка концепции помощи семьям, которые имеют ребенка с ВПС.

Ключевые слова: дети, врожденные пороки сердца, психологическая помощь

A fast progressing of cardiosurgery allows for 85 % of children with congenital heart disease (CHD) to live to the adulthood. But taking into consideration the need of early surgical treatment and the risks of physical and social restrictions throughout their lives, the researchers are ever more focused on the development of psychosocial assistance programs for the CHD patients.

The parents expecting the CHD child birth can suffer from the psychological stress. Our preliminary data demonstrate a high risk of conflicts and divorces as well as difficulties in shaping an adequate interaction within the mother — child system at the early stages of development. The foreign study indicates that the implementation of psychoeducation, parents' skill training and narrative therapy has improved the CHD children psychodevelopment, the breastfeeding and reduced maternal worries and anxiety. Therefore our study was aimed at developing the concept of medical and psychological assistance to the families with CHD children.

Key words: children, congenital heart disease, psychological assistance

Вроджені вади серця (ВВС) є найпоширенішими вродженими вадами, які спостерігаються приблизно у 8 на 1000 новонароджених; поширеність їх не особливо відрізняється між країнами [1]. Стрімкий прогрес кардіохірургічної техніки дозволяє 85 % дітей з ВВС досягти дорослого життя [2]. Однак, враховуючи необхідність раннього хірургічного лікування, ризик фізичних і соціальних обмежень протягом життя, дослідники все більше фокусують увагу на розробленні програм з психосоціальної допомоги пацієнтам з ВВС [3].

Перший психологічний стрес переживають батьки, які очікують на народження дитини з ВВС. Численні дослідження вказують на гостру материнську та батьківську соціальну дисфункцію та психологічний дистрес після ультразвукового виявлення фетальної аномалії [4, 5]. Виявлено, що стрес, низька задоволеність партнерськими стосунками та тривожно-депресивні стани пов'язані з реакцією заперечення батьками пренатального діагнозу ВВС [6]. За іншими даними виявлено, що у 16,4 % матерів та у 13,3 % батьків виявлений посттравматичний стресовий розлад, пов'язаний з перенесеним хірургічним лікуванням дитини з ВВС [7]. Однак доведено, що родини, які з пренатального етапу отримували психологічну допомогу, легше переживали стрес та краще адаптувались до майбутнього батьківства [8, 9]. За нашими попередніми

даними виявлений високий ризик сімейних конфліктів та розлучення, а також відзначені складнощі у формуванні адекватної взаємодії в системі мати — дитина на ранніх етапах розвитку [10]. Низька освіченість матерів щодо можливих психосоціальних проблем та існуючих заходів раннього розвитку спонукала спеціалістів до розроблення різнопланових навчальних програм дітей з ВВС. Виявлено, що запровадження психоосвіти, тренінгу батьківських навичок та нарративної терапії покращило психічний розвиток дітей з ВВС, поліпшило процес вигодовування немовлят та знизило материнське занепокоєння та тривогу [11]. За останні десятиріччя збільшилась кількість досліджень, що присвячені кардіологічній реабілітації дітей з ВВС [12—14]. Однак результати цих робіт, головним чином, акцентують свою увагу на фізичних вправах та кардіологічних показниках покращання стану та не розкривають психосоціальний компонент адаптації пацієнтів з ВВС. Поодинокі дослідження присвячені ефективності арт-терапії в реабілітації дітей з ВВС [15].

Враховуючи, що близько половини дітей з ВВС мають різні віддалені неврологічні дисфункції, труднощі у навчанні, погіршену увагу, гіперактивність, низький соціальний рівень домагань та емоційно-поведінкові розлади [16], важливим віковим етапом для психологічних інтервенцій є перші роки життя таких дітей. За нашими попередніми дослідженнями виявлено, що близько третини дітей мали затримку психічного та/або

психомоторного розвитку та потребували відповідної програми ранньої психосоціальної допомоги [17]. Саме перші три роки після народження, за думкою багатьох дослідників, є найкращим часом для психотерапевтичних інтервенцій із активним включенням батька до сімейного консультування [18, 19]. У працях вітчизняних та закордонних авторів підтверджено роль раннього досвіду в розвитку мозку немовляти і проспективний зв'язок між якістю ранніх дитячо-материнських відносин і послідовним дозріванням регуляторних функцій [20].

Іншим важливим елементом комплексної медико-психологічної допомоги в сфері ВВС є медико-психологічна робота з медичним персоналом та профілактика в них синдрому емоційного вигорання. Адже, відомо, що медичні сестри відділення інтенсивної терапії більш схильні до емоційного вигорання ніж лікарі [21], разом з тим, саме медичні сестри найбільше приділяють уваги дитині в ранній післяопераційний період. Надмірна вимогливість професії, інтенсивний графік роботи, емоційне та інтелектуальне навантаження підвищують ризик виникнення синдрому емоційного вигорання медичних працівників, що за даними S. Cahill [22] може проявлятися через п'ять ключових груп симптомів, а саме: фізичні симптоми (хронічна втома та виснаженість, розлади сну); емоційні симптоми (дратівливість, тривога, депресія, відчуття провини, відчуття безнадійності); поведінкові симптоми (агресивність, черствість, песимізм, цинізм); симптоми пов'язані з роботою (прогули, низька якість роботи, запізнення, зловживання робочими перервами) та симптоми, пов'язані з міжособистісними відносинами (формальність відносин, відчуженість від колег).

Спектр медико-психологічних проблем у сфері ВВС та значимість збереження та підтримання фізичного і психічного здоров'я дитини, членів її родини та медичних працівників обумовлюють актуальність досліджень з наступним розробленням і впровадженням системи медико-психологічної допомоги у цієї сфері. Поява значної кількості робіт з акцентом на недостатньому рівні психодіагностики та психологічної допомоги вказує на необхідність залучення лікаря-психолога / медичного психолога до мультидисциплінарної команди, яка опікується пацієнтами з ВВС. Тому метою нашого дослідження було розроблення концепції медико-психологічної допомоги родинам, які мають дитину з ВВС.

Після зміщення акцентів з безпосередньої патології на особистість пацієнта психолог може допомогти кардіологам/педіатрам у таких сферах:

- розпізнати материнський дистрес, пов'язаний з пренатальним діагнозом ВВС, та через психоосвітні заходи сприяти формуванню позитивного ставлення матері до дитини;
- розкрити оптимальні копінг-стратегії родини через запровадження тренінгу батьківських навичок та профілактику сімейних конфліктів;
- створити ефективний терапевтичний альянс з кардіологом/педіатром, модифікувавши погляд батьків на песимістичне майбутнє, приреченість, інвалідність дитини з ВВС, та через тренінг конгруентності вимогам професії та медичної компетентності запобігти професійному вигоранню медичних працівників;
- навчити адекватно справлятися з травматичними подіями, пов'язаними з періодом госпіталізації, операції на серці та перебуванням у відділенні інтенсивної терапії;
- персоналізувати програму раннього розвитку, яка розкриє потенціал психічного та психомоторного розвитку дитини.

Загальний комплекс заходів медико-психологічної допомоги в сфері ВВС поданий на рисунку.



Система медико-психологічної допомоги в сфері вроджених вад серця

На базі ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України» ми вже розпочали запроваджувати елементи зазначеної вище системи медико-психологічного супроводу. Перші результати оцінення психічного та психомоторного розвитку дітей з ВВС [10, 23] допомогли виявити групу дітей з затримкою розвитку та вчасно спланувати заходи раннього психологічного втручання. Ми використовували методику раннього втручання Глена Домана [19], яка заснована на стимуляції центральної нервової системи дитини через дотик, зорове і слухове сприйняття. Г. Доман віддавав перевагу читанню та математиці, не забуваючи також про фізичну і рухову активність дитини. З перших днів життя дітям показували серії карток з різних галузей знань, починаючи з простих слів та карток з точками (математика) і закінчуючи зображеннями рослин, тварин, видатних осіб та історичних подій тощо. Навчання математиці полягало в тому, що дитині показували картки з великими червоними крапками і голосно називали їх кількість. Г. Доман зображував кількість крапками, а не цифрами, для того, щоб дитина могла побачити реальну кількість, а не абстрактний значок цифри. Фізичний розвиток за методикою Г. Домана становив систему вправ і рухливих ігор з перших днів життя немовляти. Було рекомендовано використовувати комплекс рухів, що передбачав активну участь усіх м'язів малюка (динамічну гімнастику). Використовуючи методику Г. Домана, батьки дітей з ВВС надавали малюкам можливість розвиватися набагато швидше однолітків і з народження відкривати для себе світ енциклопедичних знань за допомогою розвиваючих занять та ігор. Наші перші результати дослідження показали ефективність такої роботи та прискорення психічного та психомоторного розвитку дітей з ВВС.

Таким чином, алгоритми психологічної допомоги в кардіохірургії ВВС мають включати в себе вчасне виявлення психологічних проблем у цієї сфері та орієнтуватися на запровадження системи медико-психологічного супроводу дитини та членів її родини, включаючи професійну адаптацію осіб, залучених до допомоги.

Список літератури

1. Hoffman J. I. E. The incidence of congenital heart disease [Text] / J. I. E. Hoffman, S. Kaplan // Journal of the American College of Cardiology. — 2002. — Vol. 39. — Iss. 12. — P. 1890—1900.
2. Sommerville J. Management of adult with congenital heart disease: an increasing problem [Text] / J. Sommerville // Annu Rev Med. — 1997. — № 48. — P. 283—293.
3. AHA scientific statement: best practices in managing transition to adulthood for adolescents with congenital heart disease: the transition process and medical and psychosocial issues: a scientific statement from the American heart association [Text] / C. Sable, E. Foster, K. Uzark et al.] // Circulation. — 2011. — Vol. 123. — P. 1454—1485.
4. Acute maternal social dysfunction, health perception and psychological distress after ultrasonographic detection of a fetal structural anomaly [Text] / [A. Kaasen, A. Helbig, U. F. Malt, et al.] // BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynecology. — 2010. — Vol. 117. — P. 1127—1138.
5. Paternal psychological response after ultrasonographic detection of structural fetal anomalies with a comparison to maternal response: a cohort study [Text] / [A. Kaasen, A. Helbig, U. F. Malt, et al.] // BMC Pregnancy and Childbirth. — 2013. — Vol. 13. — P. 147.
6. Maternal psychological stress after prenatal diagnosis of congenital heart disease [Text] / [J. Rychik, D. D. Donaghue, S. Levy, et al.] // J. Pediatr. — 2013. — Vol. 162 (2). — P. 302—307.
7. Surgery-related posttraumatic stress disorder in parents of children undergoing cardiopulmonary bypass surgery: a prospective cohort study [Text] / [S. Helfricht, B. Latal, J. E. Fischer, et al.] // Pediatr. Crit. Care Med. — 2008. — Vol. 9(2). — P. 217—223.
8. Parental decision-making in congenital heart disease [Text] / [K. S. Hoehn, G. Wernovsky, J. Rychik, et al.] // Cardiol. Young. — 2004. — Vol. 14 (3). — P. 309—314.
9. A controlled trial of early interventions to promote maternal adjustment and development in infants born with severe congenital heart disease [Text] / [C. G. McCusker, N. N. Doherty, B. Molloy, et al.] // Child. Care Health Dev. — 2010. — Vol. 36 (1). — P. 110—117.
10. Касьянова А. Ю. Віддалений психомоторний розвиток дітей з вродженими вадами серця при операціях зі штучним кровообігом та застосуванням аутологічної пуповинної крові [Text] / [А. Ю. Касьянова, В. А. Жовнір, О. М. Федевич та ін.] // Современная педиатрия. — 2013. — № 4 (52). — С. 135—137.
11. A randomized controlled trial of interventions to promote adjustment in children with congenital heart disease entering school and their families [Text] / [C. G. McCusker, N. N. Doherty, B. Molloy, et al.] // J. Pediatr. Psychol. — 2014. — Vol. 39. — Iss. 8. — P. 866—886.
12. The views of parents concerning the planning of services for rehabilitation of families of children with congenital cardiac disease [Text] / [L. Kendall, P. Sloper, R. J. Lewin, J. M. Parsons] // Cardiol. Young. — 2003. — Vol. 13, Iss. 1. — P. 20—27.
13. Sustained effects of cardiac rehabilitation in children with serious congenital heart disease [Text] / [J. Rhodes, T. J. Curran, L. Camil et al.] // Pediatrics. — 2006. — Vol. 118. — Iss. 3. — P. 586—593.
14. Singh T. P. Cardiac rehabilitation improves heart rate recovery following peak exercise in children with repaired congenital heart disease [Text] / T. P. Singh, T. J. Curran, J. Rhodes // Pediatr. Cardiol. — 2007. — Vol. 28. — Iss. 4. — P. 276—279.
15. Art therapy for hospitalised congenital heart disease patients: a method of psychological intervention at the IRCCS Policlinico San Donato Milanese Hospital [Text] / [E. Quadri, C. Farè, E. Palmero, et al.] // Pediatr. Med. Chir. — 2012. — Vol. 34. — Iss. 6. — P. 292—296.
16. A controlled trial of early interventions to promote maternal adjustment and development in infants born with severe congenital heart disease [Text] / [C. G. McCusker, N. N. Doherty, B. Molloy, et al.] // Child Care Health Dev. — 2010. — Vol. 36. — Iss. 1. — P. 110—117.
17. Long-term neuromotor outcome at school entry of infants with congenital heart defects requiring open-heart surgery [Text] / [A. Majnemer, C. Limperopoulos, M. Shevell, et al.] // Journal of Pediatrics. — 2006. — Vol. 148. — № 1. — P. 72—77.
18. Parental decision-making in congenital heart disease [Text] / [K. S. Hoehn, G. Wernovsky, J. Rychik, et al.] // Cardiol. Young. — 2004. — Vol. 14 (3). — P. 309—314.
19. Доман Г. Как сделать своего ребенка физически совершенным. От рождения до 6 лет [Text] / Г. Доман, Д. Доман, Б. Хаги. — М.: Медиакит, 2013. — 264 с.
20. Bernier, A. From external regulation to self-regulation: early parenting precursors of young children's executive functioning [Text] / A. Bernier, S. M. Carlson, N. Whipple // Child Development. — 2010. — № 81. — P. 326—339.
21. Myhren, H. Job satisfaction and burnout among intensive care unit nurses and physicians [Electronic Resource] / H. Myhren, O. Ekeberg, O. Stokland // Critical care research and practice. — 2013. Article ID 786176. — Mode of access : URL : <http://dx.doi.org/10.1155/2013/786176>
22. Kahill, S. Interventions for burnout in the helping professions: a review of the empirical evidence [Text] / S. Kahill // Canadian Journal of counseling review. — 1988. — Vol. 22 (3). — P. 310—342.
23. Психомоторний розвиток дітей після операцій артеріального переключення із застосуванням аутологічної плацентарно-пуповинної крові [Електронний ресурс] / [А. Ю. Касьянова, О. В. Василюга, В. А. Жовнір, І. М. Ємець] // Вісник серцево-судинної хірургії. — 2014. — Вип. 22. — С. 104—106. — Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/j-pdf/shnp_2014_22_26.pdf

Надійшла до редакції 26.12.2014 р.

КАСЬЯНОВА Анастасія Юріївна, кандидат медичних наук, медичний психолог Державної установи «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ; e-mail: cardiodeti24@gmail.com

МАРКОВА Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, професор кафедри сексології і медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків; e-mail: mariannochka@i.ua

KASIANOVA Anastasiia, MD, PhD, Medical Psychologist of the State Institution "Scientific and Practical Medical Centre of Pediatric Cardiology and Cardiosurgery of Ministry of Health of Ukraine", Kyiv; e-mail: cardiodeti24@gmail.com

MARKOVA Marianna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of Department of Sexology and Medical Psychology of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv; e-mail: mariannochka@i.ua

Т. В. Панько, Г. Ю. Каленська, В. Ю. Федченко, М. М. Денисенко
ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ ЕНДОГЕННОГО ПОХОДЖЕННЯ

Т. В. Панько, Г. Ю. Каленская, В. Ю. Федченко, М. М. Денисенко
Патопсихологические особенности тревожных расстройств эндогенного происхождения

T. V. Panko, G. Yu. Kalenska, V. Yu. Fedchenko, M. M. Denysenko
Pathopsychological peculiarities of anxiety disorders of an endogenous origin

Обстежено 74 пацієнти з депресивними розладами ендогенного генезу: 44 хворих з симптомами тривоги і 30 пацієнтів — без симптомів тривоги. Проведене дослідження дозволило встановити, що загальна тривога у пацієнтів з тривожною симптоматикою у структурі ендогенної депресії має багатокомпонентну і неоднорідну структуру, що включає афективний, фобічний і соматичний компоненти тривоги, тривожну оцінку перспективи і соціальну реакцію захисту. Для пацієнтів основної групи була характерна висока особистісна і реактивна тривога, яка охоплювала всі сфери соціального функціонування і виявлялася не тільки тривожним емоційним станом, а й у ставленні до різних аспектів життя: зниження загальної мотивації, поява і збереження різних страхів і побоювань. Для пацієнтів групи порівняння були характерні середній рівень тривоги, астенії та пасивності, а також ситуаційна стурбованість майбутнім і уникнення соціальних контактів.

Ключові слова: патопсихологічні особливості, тривожні розлади, депресивні розлади

Обследовано 74 пациента с депрессивными расстройствами эндогенного генеза: 44 больных с симптомами тревоги и 30 пациентов — без симптомов тревоги. Проведенное исследование позволило установить, что общая тревога у пациентов с тревожной симптоматикой в структуре эндогенной депрессии имеет многокомпонентную и неоднородную структуру, включающую аффективный, фобический и соматический компоненты тревоги, тревожную оценку перспективы и социальную реакцию защиты. Для пациентов основной группы была характерна высокая личностная и реактивная тревога, которая охватывала все сферы социального функционирования и проявлялась не только тревожным эмоциональным состоянием, а и в отношении к различным аспектам жизни: снижение общей мотивации, появление и сохранение различных страхов и опасений. Для пациентов группы сравнения были характерны средний уровень тревоги, астении и пассивности, а также ситуационная обеспокоенность будущим и избегание социальных контактов.

Ключевые слова: патопсихологические особенности, тревожные расстройства, депрессивные расстройства

It was carried out an examination of 74 patients with depressive disorders of an endogenous genesis including 44 patients with symptoms of anxiety and 30 patients without such symptoms. The investigation revealed that a general anxiety in patient with anxious symptoms in the structure of endogenous depression had a multicomponent and heterogenic structure including affective, phobic and somatic components of anxiety, an anxious assessment of perspectives, and a social defend reaction. Patients from the main group were characterized with a high personal and reactive anxiety embracing all domains of the social functioning and manifesting not only as anxious emotional conditions but also in an attitude to various life aspects: a decreasing of a general motivation, an appearance and maintenance of different fears and apprehensions. Patients from the comparison group were characterized with a moderate level of anxiety, asthenia, and passivity as well as situational concerns about the future and avoidance of social contacts.

Keywords: pathopsychological features, anxiety disorders, depressive disorders

В останнє десятиріччя проблема психічного здоров'я населення в усіх країнах набуває особливої значущості. Це обумовлено, по-перше, тенденцією, що спостерігається в усьому світі, до збільшення захворюваності населення на психічні розлади [8]; по-друге, економічними витратами, як прямими — безпосередньо на лікування самих психічних захворювань, так і непрямими, що пов'язані зі зниженням або втратою працездатності, інвалідизацією, зниженням соціального функціонування [10].

Серед усіх психічних розладів саме тривожні характеризуються значною розповсюдженістю тривожних станів. За даними епідеміологічних досліджень, протягом життя тривожні стани спостерігаються приблизно у ¼ популяції [6]. Симптоми патологічної тривоги виявляються у 30—40 % хворих, які звертаються до лікарів загальної практики [1]. Тривожні розлади пов'язані з великими економічними витратами як для суспільства, так і для пацієнтів. Третина всіх витрат при лікуванні психічних захворювань припадає саме на лікування тривожних розладів [4]. Крім високого рівня розповсюдженості тривожних розладів в структурі захворюваності, ці розлади набувають певної значущості у зв'язку з тенденцією до затяжного атипового перебігу з переважанням складних форм, в клінічній картині яких домінують депресивні,

соматизовані, вегетативні прояви, що міцно пов'язані з афективними симптомами. У структурі сучасного складного патоморфозу психічних розладів специфічними для депресивних розладів є сполучення їх з симптомами тривоги, які, з одного боку, ускладнюють перебіг депресивного розладу, з іншого — сприяють терапевтичній резистентності [3, 5, 7].

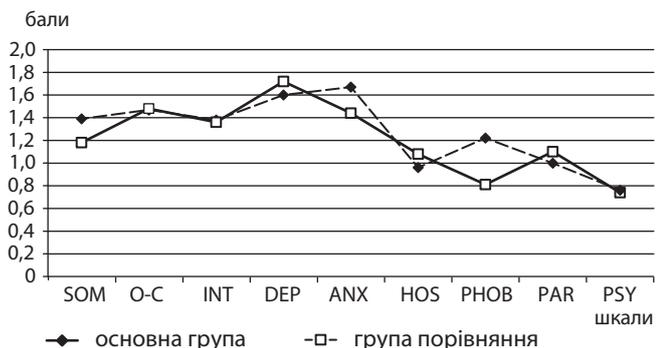
Особливої уваги заслуговують поєднання тривоги з депресивними проявами. Сучасна класифікація використовує діагноз змішаний тривожно-депресивний розлад, що веде до ігнорування діагностики тривожної депресії [4, 11, 14]. Саме наявність депресивних розладів у хворих є чинником ризику госпіталізації та незалежним предиктором смертності [11]. Хворі з депресивними проявами характеризуються низькими мотиваційними можливостями, песимістично ставляться до лікування, вкрай недостатньо виконують режим терапії основного захворювання [5, 12]. Перебіг депресивних розладів у цих хворих характеризується суттєвим та стійким зниженням настрою, песимізмом, зосередженістю на хворобливому самопочутті, що призводить до іпохондризації, жалю до себе, мінімізації навантажень [4, 12]. Зміни життєвих позицій призводять до відмови від будь якої діяльності, звуження кола спілкування, порушують комунікативні можливості пацієнтів [11]. Наслідком цього може бути значне порушення соціальної адаптації та соціального

функціонування хворих [12, 13]. Саме тому діагностика та лікування депресивних розладів мають певні труднощі, і потрібні своєчасна та рання діагностика і терапія для попередження розвитку рецидивів та резистентних форм захворювання.

Враховуючи усе вищевикладене, метою дослідження стало вивчення патопсихологічних особливостей депресивних розладів ендogenous генезу з симптомами тривоги.

Було обстежено 74 хворих на ендogenous депресивні розлади. В основну групу увійшли 44 хворих з депресивними розладами з симптомами тривоги: 25 хворих на рекурентний депресивний розлад (F33), 19 хворих на помірний та тяжкий депресивний епізод (F32). До групи порівняння увійшли 30 хворих з аналогічними розладами без симптомів тривоги: 18 хворих на рекурентний депресивний розлад (F33), 12 хворих на помірний та тяжкий депресивний епізод (F32). Усі пацієнти проходили стаціонарний курс лікування в відділенні неврозів та пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України». Використовувались такі методи дослідження: «Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R) [9], Інтегративний тест тривожності [2] та методи статистичної обробки даних (точний метод Фішера, *t*-критерій Стьюдента, кореляційний аналіз).

Аналіз клініко-психопатологічних особливостей хворих на ендogenous депресію з тривожними розладами дозволив визначити виразність основних клініко-психопатологічних симптомів (рис. 1).



Умовні позначення: SOM — соматизація; O-S — obsесивно-компульсивні симптоми; INT — міжособистісна сензитивність; DEP — депресія; ANX — тривога; HOS — ворожість; PHOB — фобічна тривожність; PAR — паранояльність; PSY — психотизм

Рис. 1. Виразність психопатологічної симптоматики у хворих з депресивними розладами ендogenous походження

Так, було встановлено, що у хворих основної групи серед провідних психопатологічних симптомів переважала тривога (1,67 бали), що проявлялось нервозністю, напруженням, а також нападами паніки, почуттям небезпеки, побоюваннями і страхом. Крім того, у хворих даної категорії поряд з тривожною симптоматикою визначалась також депресія (1,60 бали), що виражалась ознаками відсутності інтересу до життя, браком мотивації та втратою життєвої енергії, почуттям безнадійності, думками про суїцид. Також у пацієнтів з тривожними розладами ендogenous походження були виявлені й obsесивно-компульсивні симптоми (1,47 бали), що проявлялись скаргами на думки, імпульси і дії, які пацієнти переживали як безперервні, нездоланні та чужі. Показник

міжособистісної сензитивності (INT) був також значним серед патопсихологічних симптомів (1,38 бали) та відображав почуття особистої неадекватності та неповноцінності, особливо, при порівнянні себе з іншими. Самоосуд, почуття неспокою і помітний дискомфорт в процесі міжособистісної взаємодії характеризують прояви цього синдрому. Крім того, пацієнти характеризувались загостреним почуттям усвідомлення власного «Я» і негативним очікуванням щодо міжособистісної взаємодії та будь-яких комунікацій з іншими людьми.

Серед психопатологічних симптомів у пацієнтів основної групи переважала соматизація (1,39 бали), що виражалась в скаргах, фіксованих на кардіоваскулярній, гастроінтестинальній, респіраторній та інших системах, на головному болю, іншому болю та дискомфорті загальної мускулатури, а також на соматичних еквівалентах тривожності. Також визначались високі показники фобічної симптоматики (1,22 бали), що відображає наявність стійкої реакції страху на певні об'єкти — людей, місця, ситуації, яка характеризується як раціональна і неадекватна стосовно стимулу та призводить до унікальної поведінки. Менш за все були виражені прояви ворожості (0,96 бали), психотизму (0,76 бали) та паранояльності (1,00 бали). Тобто у пацієнтів цієї групи скарги на агресію, почуття гніву, ворожості, підозрливості й галюцинації були виражені менше, ніж скарги на тривогу, страхи, депресію, труднощі міжособистісної взаємодії та соматичні симптоми.

В групі порівняння серед провідних клініко-психопатологічних симптомів переважали симптоми депресії (1,72 бали), які були виражені симптомами дисфорії та афекту, такими як ознаки відсутності інтересу до життя, браку мотивації та втрати життєвої енергії, почуття безнадійності, думки про суїцид (див. рис. 1). Також високими визначилися показники obsесивно-компульсивних симптомів (1,48 бали), тривоги (1,40 бали) та міжособистісна сензитивність (1,36 бали), що проявлялось наявністю нав'язливих думок, роздратованістю, почуттям неспокою і помітним дискомфортом в процесі міжособистісної взаємодії. Найменші показники були отримані за шкалами психотизму (0,74 бали), фобічних симптомів (0,81 бали) та параної (1,10 бали), що відображало відсутність виражених страхів, ворожості, підозрливості, галюцинацій. Були встановлені вірогідні розбіжності між основною та групою порівняння, що полягали в переважанні тривожних ($p \leq 0,01$, $t = 2,49$), соматичних ($p \leq 0,05$, $t = 2,15$) та фобічних ($p \leq 0,01$, $t = 2,76$) симптомів у хворих з депресивними розладами з тривогою та переважанні депресивних симптомів ($p \leq 0,05$, $t = 2,07$) у хворих з ендogenous депресією без симптомів тривоги.

Для визначення рівня ситуативної та особистісної тривожності та встановлення якісних характеристик тривожного стану у хворих на ендogenous депресію використовували інтегративний тест тривожності. Так, було встановлено, що у 94,12 % пацієнтів основної групи рівень ситуативної тривожності був високим, у 5,88 % хворих визначений середній рівень ситуативної тривожності, а низький рівень не був зафіксований в жодному випадку (рис. 2a). Тобто можна сказати, що у пацієнтів з депресивними розладами ендogenous походження з наявністю в клінічній картині тривоги актуальний стан характеризувався високою тривожністю, що проявлялось напруженням, неспокоєм, заклопотаністю та нервовістю та виникав як емоційна реакція на стресову ситуацію.

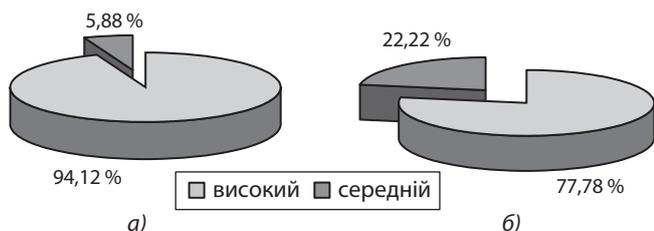


Рис. 2. Рівень ситуативної тривожності у хворих основної групи (а) та групи порівняння (б)

У 77,78 % хворих в групі порівняння рівень ситуативної тривожності був високим, у 22,22 % — середнім, а низький рівень тривожності не був зафіксований в жодному випадку (рис. 2б). Були встановлені вірогідні розбіжності за показником ситуативної тривожності: у хворих на депресивні розлади з тривожною симптоматикою переважав високим рівень тривожності ($p \leq 0,01$, ДК = -0,83, MI = 0,07), у той час коли у пацієнтів групи порівняння частіше визначався середній рівень ситуативної тривожності ($p \leq 0,01$, ДК = 5,77, MI = 0,47).

Аналіз показника особистісної тривожності продемонстрував деякі особливості хворих на депресивні розлади ендogenous походження (рис. 3а,б). Так, у 97,06 ± 5,04 % пацієнтів з депресивними розладами ендogenous генезу з наявністю в клінічній картині тривожної симптоматики був встановлений високим рівень особистісної тривожності, середній рівень був зафіксований у 2,94 % хворих, а низького рівня особистісної тривожності не зафіксовано у жодного пацієнта (див. рис. 3а). Отримані дані свідчать про те, що хворим основної групи притаманна висока особистісна тривожність, яка є стійкою індивідуальною характеристикою, що відображає схильність суб'єкта до тривоги й до сприйняття широкого кола ситуацій як загрозливих. У пацієнтів групи порівняння високим рівень особистісної тривожності був зафіксований у 77,78 % хворих, середній — у 22,22 %, а низький рівень особистісної тривожності не був визначений у жодного пацієнта (див. рис. 3б).

Треба зазначити, що частка хворих основної групи, в яких був визначений високим рівень особистісної тривожності, була більшою, ніж в групі порівняння ($p \leq 0,0001$, ДК = -0,96, MI = 0,09), у той час коли кількість хворих в групі порівняння з середнім рівнем особистісної тривожності була більшою, ніж в основній групі пацієнтів ($p \leq 0,0001$, ДК = 8,78, MI = 0,85). Отримані дані свідчать, що у хворих на ендogenous депресію з високим рівнем особистісної тривожності частіше виникає тривожна симптоматика.

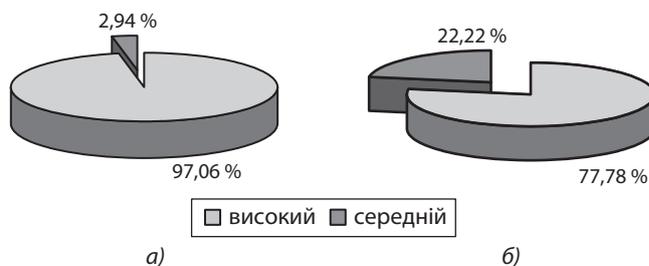
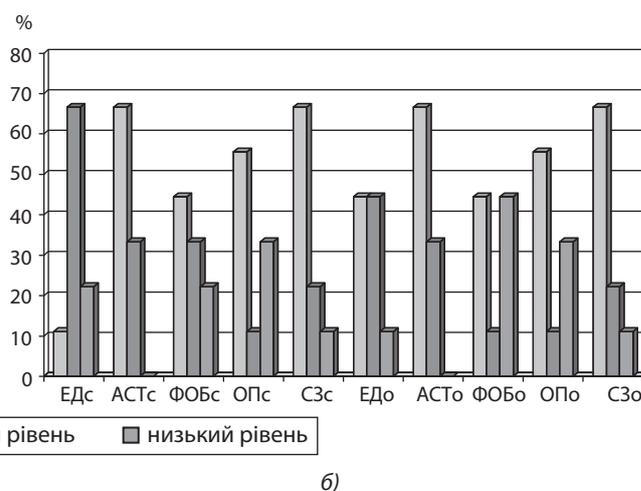
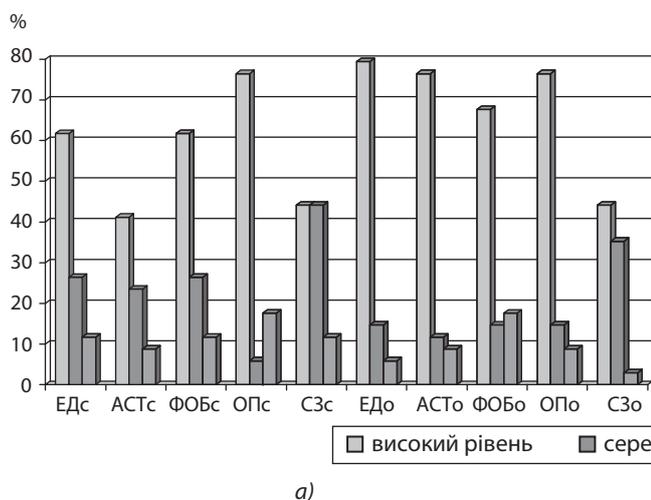


Рис. 3. Рівень особистісної тривожності у хворих основної групи (а) та групи порівняння (б)

Аналіз даних інтегративного тесту тривожності дозволив встановити також деякі аспекти переживання тривоги хворими на ендogenous депресію (рис. 4а,б). Якщо говорити про актуальний стан хворих з депресивними розладами ендogenous походження, то для хворих основної групи було характерним відчуття сильного емоційного дискомфорту та наявність фобічної симптоматики (61,76 ± 11,57) %, занепокоєність майбутнім (76,47 ± 11,24) %, та тенденція обмежувати свої соціальні контакти (44,12 ± 9,99) %, наявність астенії й пасивності (41,18 ± 9,57) %. Актуальний стан хворих з депресивними розладами без симптомів тривоги характеризувався наявністю високих показників астенії й соціальної реакції захисту (66,67 ± 4,81) % та песимістичного погляду на майбутнє (55,56 ± 4,63) % (див. рис. 4а).



Умовні позначення: ЕДс — Ситуативний емоційний дискомфорт; АСТс — Ситуативний астеничний компонент тривоги; ФОБс — Ситуативний фобічний компонент тривоги; ОПс — Ситуативна тривожна оцінка перспективи; СЗс — Ситуативна соціальна реакція захисту; ЕДо — Особистісний емоційний дискомфорт; АСТо — Особистісний астеничний компонент тривоги; ФОБо — Особистісний фобічний компонент тривоги; ОПо — Особистісна тривожна оцінка перспективи; СЗо — Особистісна соціальна реакція захисту

Рис. 4. Рівень тривожності у хворих основної групи (а) та групи порівняння (б)

Серед компонентів ситуативної тривожності були встановлені вірогідні розбіжності між двома групами пацієнтів. Так, ситуаційно обумовлений емоційний дискомфорт високого рівня був характерний для хворих основної групи ($p \leq 0,0001$, ДК = -7,5, MI = 1,89), у той час коли середній рівень емоційного дискомфорту переважав у хворих групи порівняння ($p \leq 0,0001$, ДК = 4,01, MI = 0,81). Тобто можна сказати, що наявність високого рівня емоційного дискомфорту, обумовленого ситуацією, у хворих на депресивні розлади ендogenous походження пов'язана з наявністю в клінічній картині тривожних станів, а середнього рівня такого емоційного дискомфорту — з депресивними розладами без симптомів тривоги.

Також було встановлено, що симптоми астенії, як реакція на ситуацію, переважали у хворих на депресивні розлади ендogenous походження без тривожних симптомів ($p \leq 0,005$, ДК = 2,09, MI = 0,27), а переживання за майбутні ситуації було більш вираженим у хворих з тривожною симптоматикою ($p \leq 0,025$, ДК = -1,39, MI = 0,15). Інтерес становили дані, отримані за шкалою соціальна реакція захисту: у хворих групи порівняння був встановлений високий рівень ($p \leq 0,01$, ДК = 1,79, MI = 0,20), а в основній групі — визначався середній рівень ($p \leq 0,01$, ДК = -2,98, MI = 0,33). Отримані дані переконують, що для хворих на ендogenous депресію без наявності в клінічній картині симптомів тривоги було характерним уникнення соціальних контактів, обмеження кола спілкування, невпевненість у своїх силах, у той час коли для хворих з наявністю тривоги була притаманна соціальна тривожність без вираженої схильності до уникнення спілкування.

Серед особистісних характеристик пацієнтів з депресивними розладами ендogenous походження високий емоційний дискомфорт спостерігався у 79,41 % пацієнтів основної групи, середній рівень — у 14,71 % хворих та низький рівень емоційного дискомфорту був встановлений у 5,88 % пацієнтів. Тобто можна сказати, що у більшості пацієнтів основної групи відзначався понижений настрій, напруженість, агітація й незадоволеність. У хворих групи порівняння емоційний дискомфорт високого рівня був притаманний 44,44 % пацієнтів, у 44,44 % визначався середній рівень емоційного дискомфорту та у 11,11 % хворих був встановлений низький рівень емоційного дискомфорту. При цьому були встановлені вірогідні розбіжності, що полягали в переважанні високого рівня емоційного дискомфорту в основній групі пацієнтів ($p \leq 0,0001$, ДК = -2,52, MI = 0,44) та середнього рівня — в групі порівняння ($p \leq 0,0001$, ДК = 4,80, MI = 0,71). Тобто переживання сильного емоційного дискомфорту пов'язано з тривожною симптоматикою при депресивних розладах ендogenous походження.

Схожі результати були отримані й за показником фобічного компонента тривоги. Так, високий рівень схильності сприймати ситуації як загрозливі та страшні був встановлений у 67,65 % пацієнтів основної групи, середній рівень — у 14,71 % хворих та у 17,65 % визначався низький рівень фобічного компонента тривоги. Серед хворих групи порівняння показники високого та низького рівня фобічного компонента тривоги були однаковими та визначались у 44,44 % хворих, а середній рівень був встановлений у 11,11 % пацієнтів. При цьому було визначено, що високий рівень фобічного компонента тривоги переважав у хворих основної групи ($p \leq 0,01$,

ДК = -1,82, MI = 0,21), а низький — в групі порівняння ($p \leq 0,0001$, ДК = 4,01, MI = 0,54). Отримані дані свідчать, що у хворих з тривожними розладами ендogenous походження переважали хронічні страхи, різноманітні побоювання та невпевненість у собі.

Було встановлено, що у хворих на депресивні розлади ендogenous генезу без наявності в клінічній картині тривожних станів переважав середній рівень астенії ($p \leq 0,001$, ДК = 4,52, MI = 0,40) та високий рівень соціальної реакції захисту ($p \leq 0,01$, ДК = 1,79, MI = 0,20), що проявлялось в наявності втоми, млявості, пасивності, стомлюваності та вираженої схильності обмежувати свої соціальні контакти (див. рис. 46).

Для більшості хворих на ендogenous депресію з тривожними станами була також характерна тривожна оцінка перспективи ($76,47 \pm 11,24$ %), що проявлялось у переживаннях та занепокоєнності майбутнім. У 14,71 % пацієнтів основної групи заклопотаність щодо майбутнього була середньою, а 8,82 % хворих не переймалися майбутніми подіями, виявляючи байдуже ставлення до своєї долі взагалі. В групі порівняння також більшість пацієнтів були занепокоєні майбутнім ($55,56 \pm 4,63$ %), у 11,11 % хворих визначався середній рівень тривожної оцінки перспективи та значна частка пацієнтів ($33,33 \pm 3,42$ %) взагалі не тривожилися за майбутнє. При цьому було встановлено, що за показником оцінки перспективи високий рівень переважав у хворих основної групи ($p \leq 0,05$, ДК = -1,39, MI = 0,15), а низький рівень — у пацієнтів групи порівняння ($p \leq 0,0001$, ДК = 5,77, MI = 0,71).

Детальний кореляційний аналіз усіх компонентів тривоги дозволив визначити деякі взаємозв'язки з різними клінічними та патопсихологічними показниками хворих. Так, *соматичний компонент тривоги* виявляв позитивні кореляції з високою ситуативною та особистісною тривожністю ($r = 0,615$ та $r = 0,639$ відповідно), з такими симптомами як втома, млявість, пасивність, стомлюваність ($r = 0,657$), зі скаргами, фіксованими на кардіоваскулярній, гастроінтестинальній, респіраторній та інших системах ($r = 0,778$), з наявністю фобічної симптоматики ($r = 0,538$), емоційного дискомфорту ($r = 0,517$) та песимізмом в сприйнятті майбутнього ($r = 0,564$). Тобто можна сказати, що відчуття страхів, наявність астеничної симптоматики, песимізму та скарг соматичного характеру підвищувала соматичний компонент тривоги. *Афективний компонент тривоги* був прямо пропорційний ситуативній та особистісній тривожності ($r = 0,634$ та $r = 0,658$ відповідно), емоційному дискомфорту ($r = 0,578$), фобічним та астеничним симптомам ($r = 0,617$ та $r = 0,556$ відповідно) та тенденції обмежувати коло свого спілкування ($r = 0,409$). Тобто отримані дані свідчать, що емоційний компонент тривоги хворих був пов'язаний як з особистісними рисами пацієнтів, так і з ситуаційними реакціями, та відображав готовність хворих до сприйняття багатьох ситуацій як загрозливих, що супроводжувалося, у свою чергу, негативними емоціями (почуттям страху, пониженим настроєм, напруженістю, агітацією, незадоволеністю), зниженням мотивації (пасивністю, млявістю, стомлюваністю) та сприяло появі унікаючого стилю поведінки. Аналіз кореляцій *ситуативної тривожності* з виразністю психопатологічної симптоматики виявив, що ознаки відсутності інтересу до життя, брак мотивації та втрата життєвої енергії, почуття безнадійності, думки про суїцид,

нервозність, напруження і тремтіння, а також напади паніки були пов'язані з високим рівнем ситуативної тривожності ($r = 0,441$), емоційним дискомфортом ($r = 0,419$) та тривожною оцінкою перспективи ($r = 0,446$), яка у свою чергу, залежала від наявності фобічної симптоматики ($r = 0,56$) та соціальної реакції захисту ($r = 0,40$). Тобто наявність фобій, побоювань та уникання соціальних контактів сприяло підвищенню занепокоєності майбутнім у пацієнтів з тривожними розладами ендogenous походження. Проведений факторний аналіз у хворих з депресивними розладами ендogenous походження з наявністю в клінічній картині тривоги дозволив виокремити єдиний фактор — «особистісна тривожність», з якою були поєднані такі характеристики як міжособистісна сензитивність ($r = 0,892$), депресія ($r = 0,874$), фобічний компонент тривоги ($r = 0,866$), тривожна оцінка перспективи ($r = 0,852$), obsesивно-компульсивні симптоми ($r = 0,838$) та емоційний дискомфорт ($r = 0,827$). Отримані дані свідчать, що для хворих з високим рівнем особистісної тривожності властиво відчуття небезпеки, дискомфорт в процесі міжособистісної взаємодії, пригніченість настрою, нав'язливі думки, невпевненість в собі та песимістичне сприйняття майбутнього.

Отже для пацієнтів з депресивними розладами ендogenous походження з наявністю в клінічній картині тривожних проявів притаманні висока особистісна та ситуативна тривожність, що проявлялись в усіх сферах соціального функціонування: зниження загальної мотивації, поява та збереження різноманітних страхів та побоювань. Для хворих на депресивні розлади ендogenous походження без наявності тривоги був притаманним середній рівень ситуативної та особистісної тривожності, наявність астенії, пасивності, зниження мотивації, ситуаційна занепокоєність майбутнім та уникання соціальних зв'язків.

Таким чином, проведене дослідження хворих на ендogenous депресивні розлади з тривожною симптоматикою дозволило встановити, що загальна тривога у цих пацієнтів має багатоконпонентну та неоднорідну структуру, що включає афективний, фобічний та соматичний компоненти тривоги, тривожну оцінку перспективи та соціальну реакцію захисту. Отримані результати дослідження можна використовувати під час проведення психодіагностичних та психокорекційних заходів.

Список літератури

1. Балукова, Е. В. Тревожные расстройства у больных терапевтического профиля / Е. В. Балукова, Ю. П. Успенский, Е. И. Ткаченко // Терапевт. арх. — 2007. — № 6. — С. 85—88.
2. Бизюк, А. П. Применение интегративного теста : методические рекомендации / А. П. Бизюк, Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев. — СПб.: Изд-во Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 2005. — 23 с.
3. Колюцкая, Е. В. Тревожные расстройства: диагностика и терапия / Е. В. Колюцкая // Здоровье Украины. — 2006. — № 3. — С. 17.
4. Диагностика и терапия расстройств аффективного спектра в первичной медицинской сети: возможности и ограничения /

[В. Н. Краснов, Т. В. Довженко, Ю. Л. Ривкина и др.] // Современные тенденции организации психиатрической помощи: клинические и социальные аспекты : материалы Российской конференции. — 2004. — С. 66—68.

5. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра / В. Н. Краснов // Практическая медицина. — 2011. — 431 с.
6. Краснов, В. Н. Тревожные расстройства: их место в современной систематике и подходы к терапии / В. Н. Краснов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2008. — С. 33—38.
7. Нуллер, Ю. Л. Тревога и ее терапия / Ю. Л. Нуллер // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — Т. 4 (2). — С. 35—37.
8. Отчет ВОЗ: Психическое здоровье: усиление борьбы с психическими расстройствами : информационный бюллетень. — № 220. — Сентябрь, 2010 г.
9. Практикум по психотравматическому стрессу / под ред. Н. В. Тарабриной. — СПб.: Питер, 2001. — С. 29—32.
10. Психическое здоровье: Новое понимание, новая надежда : доклад о состоянии здравоохранения в мире. — ВОЗ, 2001.
11. Смулевич, А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / А. Б. Смулевич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2003. — 423 с.
12. Смулевич, А. Б. Лечение резистентных затяжных эндogenous депрессий / А. Б. Смулевич // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2002. — № 4. — С. 128—132.
13. Gorwood, P. Generalized anxiety disorder and major depressive disorder comorbidity: An example of genetic pleiotropy? / P. Gorwood // European Psychiatry. — 2004. — Vol. 19 (1). — P. 27—33.
14. Hirschfeld, R. M. A. The comorbidity of major depression and anxiety disorders recognition and management primary care / R. M. A. Hirschfeld // J. Clin. Psychiat. — 2001. — Vol. 3 (6). — P. 244—245.

Надійшла до редакції 24.12.2014 р.

ПАНЬКО Тамара Василівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків; e-mail: mscience@ukr.net

КАЛЕНСЬКА Галина Юрївна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: kalenskaya_galina@mail.ru

ФЕДЧЕНКО Вікторія Юрївна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: mscience@ukr.net

ДЕНИСЕНКО Михайло Михайлович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків; e-mail: mdenisenko@ukr.net

PANKO Tamara, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" (INPN of the NAMS of Ukraine) SI, Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net

KALENSKA Galyna, PhD in Psychological Sciences, Senior Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: kalenskaya_galina@mail.ru

FEDCHENKO Viktoriya, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net

DENYSENKO Mykhailo, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Urgent Psychiatry and Narcology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: mdenisenko@ukr.net

Н. Г. Пшук, Д. П. Слободянюк
**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА
 СОЦІАЛЬНОЇ ФОБІЇ У СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ**

Н. Г. Пшук, Д. П. Слободянюк
**Клинико-психопатологические особенности и дифференциальная диагностика социальной фобии
 у студенческой молодежи**

N. G. Pshuk, D. P. Slobodianiuk
Clinical features and differential diagnosis of social phobia among student youth

В роботі, на ґрунті аналізу психічного стану 120 студентів вишу, визначено розповсюдженість (52,2 %), особливості клінічних проявів та диференціально-діагностичні критерії соціальної фобії як передумови соціальної дезадаптації у даного контингенту. Отримані результати покладені в основу розробки комплексної програми психокорекції і психопрофілактики соціальної дезадаптації у студентської молоді.

Ключові слова: соціальна фобія, студентська молодь

В работе, на основе анализа психического состояния 120 студентов вуза, определены распространенность (52,2 %), особенности клинических проявлений и дифференциально-диагностические критерии социальной фобии как предпосылки социальной дезадаптации у данного контингента. Полученные результаты положены в основу разработки комплексной программы психокоррекции и психопрофилактики социальной дезадаптации у студенческой молодежи.

Ключевые слова: социальная фобия, студенческая молодежь

In this paper, by analyzing the mental state of 120 high school students determined the prevalence (52.2 %), clinical manifestations and differential diagnostic criteria for social phobia as a prerequisite for social exclusion in this contingent. The results formed the basis for the development of a comprehensive program psychoprophylaxis correction and social exclusion in students.

Keywords: social phobia, student youth

Соціальна фобія посідає чільне місце серед невротичних розладів, які маніфестують в молодому віці [1]. В усьому світі інтерес до цієї патології за останні роки значно збільшився. Із захворювання, яким майже нехтували, вона перетворилась на загально визнаний тривожний розлад, який призводить до порушення соціального функціонування особистості. Хоча спочатку соціальну фобію вважали відносно рідким видом патології, зараз вважають, що в критичний період життя вона вражає кожного десятого [2].

Студентський період, який характеризується максимальними диспропорційними за рівнями та темпами фізичного і психічного розвитку, вираженими соціальними суперечностями, є одним з найсприятливіших для маніфестації та розвитку психічних захворювань, загострення патологічних рис характеру, підвищення схильності до ситуаційно зумовлених патологічних реакцій [3].

Внаслідок раннього початку та провокування відчуття страху в ситуаціях перевірки знань, критики або винесення судження з боку референтної групи або третіх осіб, соціальна фобія є особливо важким розладом для студентів. Відомо, що виникнення негативних емоційних станів в процесі спілкування, складність у висловлюванні своєї думки, надмірна стриманість, невдала демонстрація своїх знань та вмінь, надмірне зосередження на собі призводять до втрати віри у свої сили, довіри до інших людей. Як наслідок, молодь зі схильністю до формування соціально обумовлених страхів в майбутньому має високий ступінь розвитку соціальної дезадаптації та в подальшому — формування хвороби.

Показники поширеності соціальної фобії серед осіб молодого віку складають 2—7 %, але фігурують і цифри в 3 рази вищі [4, 5]. Такі розходження даних пов'язані з невизначеністю меж верифікації соціальної фобії. В рамках даної патології визначають різні стани — від природної сором'язливості до виражених форм унікальної поведінки і власне страхів з вегетативними реакціями.

З огляду на зазначене, метою даної роботи було визначення особливостей клінічних проявів соціальної фобії та

її впливу на можливі порушення життєдіяльності серед студентської популяції.

Для досягнення поставленої мети нами, протягом 2011—2014 років було обстежено 120 осіб молодого віку — студентів I—II курсів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова.

Наявність проявів соціальної фобії діагностували, крім загального клініко-психопатологічного обстеження, за допомогою шкали соціальної тривоги М. Лівовіца (LSAS) [6], яка мала на меті визначити ставлення обстежених до вказаних 24 соціально зумовлених ситуацій. За 4-бальною системою проводили оцінювання за двома параметрами: страх та тривога в певній ситуації, й уникнення даної ситуації.

Соціофобію ми розглядали як стійку ірраціональну боязнь виконання будь-яких суспільних дій або дій, супроводжуваних увагою з боку сторонніх осіб (боязнь перебувати на вулиці, коли на тебе дивляться, неможливість займатися чим-небудь при спостереженні з боку когось-небудь і т. п.), або навіть просто зустрічатися і розмовляти з незнайомими людьми.

При соціальних фобіях виникає страх перед здійсненням тієї або іншої дії в соціумі, порушується вольовий компонент, у людини не вистачає самовладання в тій чи іншій обстановці. Треба зазначити, що самовладання є тією важливою рисою характеру, яка допомагає людині управляти самим собою, власною поведінкою, зберігати здатність до виконання діяльності в найнесприятливіших умовах. Так, людина з розвиненим самовладанням уміє за будь-яких, навіть надзвичайних ситуаціях і обставинах, підпорядкувати свої емоції голосу розуму, не дозволити їм порушити організований лад його психічного життя. Основний зміст цієї властивості складає робота двох психологічних механізмів: самоконтролю і корекції.

За допомогою самоконтролю суб'єкт стежить за емоційним станом, виявляючи можливі відхилення (порівняно з фоновим, звичайним станом) в характері його змін. З цією метою він ставить собі контрольний питання типу: «чи не виглядаю я зараз схвильованим», «чи не занадто жестикулюю», «не говорю я надмірно тихо або, навпаки, голосно, занадто швидко, плутано» і т. п.

Якщо самоконтроль фіксує факт неузгодженості, то цей результат є поштовхом до запуску механізму корекції, спрямованого на придушення, стримування емоційного «вибуху», на повернення реагування в нормативне русло. При соціофобії людина перебуває у владі сумнівів.

Респонденти, у яких за результатами анкетування були виявлені виражені прояви соціальної фобії, склали основну групу — групу А (63 особи). Респонденти, які за результатами анкетування виявилися стійкими до соціальної фобії, склали групу порівняння — групу Б (57 осіб). За шкалою LSAS у молоді із клінічними/субклінічними проявами соціальної фобії середній сумарний бал вираженості страху був $54,4 \pm 0,6$ та середній сумарний бал уникнення фобічної ситуації — $56,3 \pm 0,6$, що достовірно перевищувало аналогічний показник, отриманий у здорової молоді ($38,1 \pm 0,5$ та $40,8 \pm 0,7$ бали відповідно, $p < 0,001$).

За результатами дослідження обстежених за інтегральним показником соціальної фобії (табл. 1) видно, що цей показник у групі А склав 88 балів, що відповідає наявності сильно вираженого ступеня соціальної фобії. Характеризуючи досліджуваних групи А, можна зазначити, що в усіх виявлено ірраціональну боязнь виконання будь-яких суспільних дій, супроводжуваних увагою з боку сторонніх осіб (боязнь перебувати на вулиці, коли на тебе дивляться, неможливість займатися чим-небудь при спостереженні з боку кого-небудь і т. п.) або, навіть, просто зустрічатися і розмовляти з незнайомими людьми.

Таблиця 1. Розподіл досліджуваних за інтегральним показником соціальної фобії

Складові соціальної фобії	Група А (n = 63)		Група Б (n = 57)	
	сер. бал	%	сер. бал	%
Тривога уявлення	45	51,1	22	61,1
Тривога соціальної взаємодії	43	48,9	14	38,9
Інтегральний показник	88	100,0	36	100,0

В цілому, результати власних досліджень збігаються з існуючими науковими даними щодо важливих ознак соціальної фобії, а саме наявності:

- страху оцінення (критики, осуду) іншими людьми в соціальних ситуаціях;
- вираженого і постійного страху ситуацій перебування на людях, в яких може виникнути відчуття збентеження або приниженості;
- уникнення ситуацій, що вселяють страх.

Середній рівень тривоги або вираженості показника «уникнення ситуацій» характеризувався у досліджуваних страхом розмовляти по телефону у громадських місцях, брати участь у діяльності невеликої групи, говорити по телефону з малознайомою людиною, зустрічатися з незнайомими людьми, входити в кімнату, в якій вже є інші люди, тестуватися на вмінні, здібності, знання, висловлювати несхвалення або незгоду з малознайомою людиною, встояти перед наполегливими пропозиціями продавця.

Досліджувані, які мали високий рівень тривоги або вираженості показника «уникнення ситуацій», характеризувалися страхом розмовляти з вищим начальством, виконувати які-небудь дії або говорити перед аудиторією, бути в центрі уваги, виступати на зборах без попередньої підготовки, виступати з підготовленою промовою перед групою людей, намагатися познайомитися з кимось з метою сексуальних/романтичних стосунків, повернути товар в магазин або домовитися про виплату компенсації.

У свою чергу, у групі Б цей показник склав 36 балів, що відповідає відсутності соціальної фобії. Розподіл показників соціально-психологічної адаптації досліджуваних груп А та Б за ступенем вираженості подано у табл. 2 та 3.

Таблиця 2. Розподіл показників соціально-психологічної адаптації досліджуваних групи А (шкала М. Лібовіца)

Ступінь вираженості	Тривога уявлення		Тривога соціальної взаємодії	
	абс.	%	абс.	%
Страх або тривога				
відсутні	—	—	—	—
слабко виражені	6	9,5	8	12,7
виражені помірно	19	30,2	19	30,2
виражені різко	38	60,3	36	57,1
Уникання ситуацій				
відсутні (ніколи)	—	—	—	—
слабко виражені (іноді)	7	11,1	7	11,1
виражені помірно (почасту)	18	28,6	21	33,3
виражені різко (як правило)	38	60,3	35	55,6

З наведених даних видно, що в групі А основна відносна кількість досліджуваних (90,5 %) за показником тривоги уявлення в рамках страху або тривоги мали помірно виражений (30,2 %) та різко виражений (60,3 %) ступінь страху або тривоги (див. табл. 2). Показники тривоги соціальної взаємодії в рамках страху або тривоги розподілилися подібним чином, а саме: помірно виражений — у 30,2 % та різко виражений ступінь — у 57,1 % ($p \leq 0,05$). В групі А основна відносна кількість досліджуваних (88,9 %) за показником тривоги уявлення в рамках уникнення ситуації мали помірно виражений — 28,6 % та різко виражений ступінь — 60,3 %. Показники тривоги соціальної взаємодії в рамках уникнення ситуації розподілилися таким чином: помірно виражений — у 33,3 % та різко виражений ступінь — у 55,6 % ($p \leq 0,05$).

Таблиця 3. Розподіл показників соціально-психологічної адаптації досліджуваних групи Б (шкала М. Лібовіца)

Ступінь вираженості	Тривога уявлення		Тривога соціальної взаємодії	
	абс.	%	абс.	%
Страх або тривога				
відсутні	50	87,7	49	86,0
слабко виражені	7	12,3	8	14,0
виражені помірно	—	—	—	—
виражені різко	—	—	—	—
Уникання ситуацій				
відсутні	51	89,5	53	93,0
слабко виражені	6	10,5	4	7,0
виражені помірно	—	—	—	—
виражені різко	—	—	—	—

Досліджувані групи Б за показником тривоги уявлення в рамках страху або тривоги розподілилися таким чином (див. табл. 3): слабко виражений ступінь — у 12,3 %, її відсутність — 87,7 % досліджуваних; показники тривоги соціальної взаємодії в рамках страху або тривоги відповідали слабко вираженому ступеню у 14,0 % досліджуваних або її відсутності — у 86,0 % ($p \leq 0,05$). Досліджувані групи Б за показником тривоги уявлення в рамках уникнення ситуації розподілилися таким чином: слабко виражений ступінь — 10,5 %, її відсутність — 89,5 %; подібним чином розподілилися і показники тривоги соціальної взаємодії в рамках уникнення ситуації, а саме:

слабко виражений ступінь — у 7,0 %, відсутність — 93,0 % досліджуваних ($p \leq 0,05$).

В цілому, в осіб з соціальною фобією (група А) виявлено неадекватний страх того, що їх оцінять негативно в цілій низці соціальних ситуацій. Цей стан був генералізованим, коли страх охоплює майже всі соціальні контакти, або — негенералізованим, коли страхи стосувалися певних видів соціальної діяльності або ситуацій «бути на людях».

Усі досліджувані групи А відповідали більшості діагностичних критеріїв для соціальної фобії за МКХ-10, а саме:

1) соціальна фобія головним чином виражалася в боязні оцінення (критики, судження) з боку людей у відносно малих групах (але не в натовпі);

2) страхи були конкретними (прийом їжі в присутності інших людей, публічні виступи, спілкування з особами

протилежної статі) та дифузними — майже всі позародинні соціальні ситуації. Важливою ознакою була боязнь блювоти в присутності інших людей;

3) соціальна фобія була пов'язана з низькою самооцінкою і страхом критики. Психологічні, поведінкові або вегетативні симптоми були первинними проявами тривоги, а не вторинними щодо інших симптомів. Тривога переважала при певних соціальних ситуаціях;

4) уникання фобічних ситуацій виражено сильно і в крайніх проявах призводило до майже повної соціальної ізоляції. Почасту спостерігались прояви агорафобії і депресії, які погіршували стан людини, «приковуючи її до будинку».

Порівняльний аналіз розподілу відповідей досліджуваних групи А та групи Б щодо соціально-психологічної адаптації подано у табл. 4 та 5.

Таблиця 4. Розподіл відповідей досліджуваних групи А щодо соціально-психологічної адаптації (шкала М. Лібовіца)

Запитання	Ступінь вираженості, %							
	Страх або тривога				Уникання ситуацій			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Говорити по телефону в громадських місцях (зупинка, парк)	—	—	33	67	—	—	41	59
Брати участь в діяльності невеликої групи (творчий колектив)	—	10	30	60	—	—	26	74
Їсти в громадських місцях	—	—	45	55	—	9	23	68
Пити в громадських місцях	—	—	45	55	—	—	29	71
Говорити з вищестоящою особою (проректором, деканом)	—	—	28	72	—	—	25	75
Виконувати які-небудь дії або говорити перед аудиторією	—	10	35	55	—	12	38	50
Брати участь у вечірці, йти в гості	—	—	26	74	—	—	16	84
Працювати під спостереженням кого-небудь	—	9	23	68	—	—	19	81
Писати під чийм-небудь спостереженням	—	—	29	71	—	—	16	84
Говорити по телефону з малознайомою людиною	—	—	25	75	—	—	14	86
Говорити віч-на-віч з малознайомою людиною	—	10	30	60	—	15	28	57
Зустрічатися з малознайомими людьми	—	—	22	78	—	10	30	60
Мочитися в громадському туалеті	—	—	23	77	—	—	22	78
Заходити в кімнату, де вже сидять люди	—	—	18	82	—	—	23	77
Бути в центрі уваги	—	—	21	79	—	—	18	82
Виступати на зборах без попередньої підготовки	—	12	38	50	—	—	21	79
Тестуватися на вміння, здібності, знання	—	—	16	84	—	12	38	50
Виразити незадоволення або незгоду з малознайомою людиною	—	—	19	81	—	—	16	84
Дивитися прямо в очі малознайомій людині	—	—	16	84	—	10	30	60
Виступати з підготовленою доповіддю перед групою людей	—	—	14	86	—	—	45	55
Намагатися познайомитися з ким-небудь з метою сексуальних/романтичних стосунків	—	15	28	57	—	—	45	55
Повернути товар в магазин або домовитися про виплату компенсації	—	—	25	75	—	—	28	72
Організувати вечірку / запросити гостей	—	—	23	77	—	10	35	55
Встояти перед наполегливою пропозицією продавця	—	—	22	78	—	—	26	74

Примітка. Страх або тривога: 1 — відсутні, 2 — слабо виражені, 3 — виражені помірно, 4 — виражені різко. Уникання ситуацій: 1 — ніколи, 2 — інколи, 3 — часто, 4 — як правило

Таблиця 5. Розподіл відповідей досліджуваних групи Б щодо соціально-психологічної адаптації (шкала М. Лібовіца)

Запитання	Ступінь вираженості у %							
	Страх або тривога				Уникання ситуацій			
	1	2	3	4	1	2	3	4
Говорити по телефону в громадських місцях (зупинка, парк)	84	16	—	—	100	—	—	—
Брати участь в діяльності невеликої групи (творчий колектив)	89	11	—	—	99	1	—	—
Їсти в громадських місцях	100	—	—	—	97	3	—	—
Пити в громадських місцях	100	—	—	—	100	—	—	—
Говорити з вищестоящою особою (проректором, деканом)	88	12	—	—	100	—	—	—
Виконувати які-небудь дії або говорити перед аудиторією	94	6	—	—	100	—	—	—
Брати участь у вечірці, йти в гості	100	—	—	—	93	7	—	—
Працювати під спостереженням кого-небудь	93	7	—	—	88	12	—	—
Писати під чийм-небудь спостереженням	88	12	—	—	100	—	—	—
Говорити по телефону з малознайомою людиною	100	—	—	—	100	—	—	—
Говорити віч-на-віч з малознайомою людиною	100	—	—	—	89	11	—	—
Зустрічатися з малознайомими людьми	89	11	—	—	94	6	—	—
Мочитися в громадському туалеті	93	7	—	—	100	—	—	—
Заходити в кімнату, де вже сидять люди	91	9	—	—	84	16	—	—
Бути в центрі уваги	100	—	—	—	89	11	—	—
Виступати на зборах без попередньої підготовки	100	—	—	—	100	—	—	—
Тестуватися на вміння, здібності, знання	99	1	—	—	100	—	—	—
Виразити незадоволення або незгоду з малознайомою людиною	97	3	—	—	100	—	—	—
Дивитися прямо в очі малознайомій людині	100	—	—	—	100	—	—	—
Виступати з підготовленою доповіддю перед групою людей	100	—	—	—	100	—	—	—
Намагатися познайомитися з ким-небудь з метою сексуальних/романтичних стосунків	100	—	—	—	100	—	—	—
Повернути товар в магазин або домовитися про виплату компенсації	100	—	—	—	100	—	—	—
Організувати вечірку / запросити гостей	100	—	—	—	100	—	—	—
Встояти перед наполегливою пропозицією продавця	100	—	—	—	100	—	—	—

Примітка. Страх або тривога: 1 — відсутні, 2 — слабо виражені, 3 — виражені помірно, 4 — виражені різко. Уникання ситуацій: 1 — ніколи, 2 — інколи, 3 — часто, 4 — як правило

З наведених даних (див. табл. 4 і 5) видно, що в групі А більшість показників, що характеризують соціальну фобію, відповідали різко вираженому та помірно вираженому ступеню прояву. У досліджуваних групи А у ситуації, що вселяє почуття страху, почасти виникали соматичні симптоми тривоги, такі як серцебиття, тремтіння, пітливість на перенапруження м'язів, відчуття «смоктання» під ложечкою, сухість у роті, відчуття жару, холоду і головний біль. Цікавим виявився той факт, що почасти досліджувані були переконані, що основною їх проблемою є один з вторинних проявів тривоги, проте вони не пред'являли соматичних скарг, однак відчували сильну сором'язливість, страхи і побоювання. На противагу ним, у групі Б більшості показників, які характеризували наявність проблем соціально-психологічної адаптації, не виявлено, а незначна частка тих, що

виявлені, відповідали слабкому ступеню вираженості прояву, не досягаючи клінічних ознак для виокремлення їх у хворобливий стан. В цілому, виокремлені показники слабкого ступеня вираженості у досліджуваних групи Б відповідали звичайному рівню тривоги, який властивий більшості людей у подібній ситуації та не досягає патологічного рівня.

Узагальнюючи дослідження соціальної фобії, можна акцентувати увагу на обов'язковій необхідності проводити диференціальну діагностику між соціальною фобією й агорафобією. Така діагностика дуже складна й перевагу треба віддавати агорафобії. У свою чергу, диференціальна діагностика із депресією також є необхідною, оскільки діагноз депресивного розладу не треба ставити, доки чітко не виявлений розгорнутий депресивний синдром.

Треба зазначити, що автори МКХ-10 і DSM-IV практично збігаються у питанні про те, що становить суть соціальної фобії. До основних відмінностей належать:

1. панічний розлад: за DSM-IV, при одночасній наявності панічного розладу і соціальної фобії, перевага віддається першому, в той час як в МКХ-10 говориться, що панічний розлад треба діагностувати тільки за відсутності будь-якого іншого фобічного розладу, у тому числі соціальної фобії;

2. агорафобія: відповідно до МКХ-10, якщо важко диференціювати між соціальною фобією і агорафобією, перевагу треба віддавати агорафобії. За DSM-IV ці два захворювання диференціюються на підставі наявності боязні оцінення (судження) з боку інших людей.

Диференціювання соціальної фобії із тривогою. Діагностика соціальної фобії почасти ускладнюється тим фактом, що особи, які страждають на неї, можуть мати вторинні ознаки тривоги, котрі вони сприймають як основну, первинну проблему. Однак при ретельному збиранні анамнезу можна з'ясувати, чи є ситуації, що провокують таку симптоматику, загальнішими, або ж мають специфічно соціальний характер.

Диференціювання соціальної фобії із агорафобією з панічним розладом або без нього. Соціальна фобія характеризується соціальним страхом, а уникнення при агорафобії обумовлено, насамперед, страхом розвитку панічної атаки або втрати контролю в соціальних ситуаціях, з яких важко або неможливо втекти. Ключовим елементом соціальної фобії є страх бути оціненим, а при агорафобії загрозливі ситуації мають загальніший, генералізований характер. За МКХ-10 діагнозу соціальної фобії віддається перевага перед панічним розладом, а DSM-IV на перше місце ставить панічний розлад. Ретельно збираючи клінічний анамнез, можна відрізнити соціальну фобію, загостривши увагу на кардинальній клінічній ознаці — *страху бути оціненим* (страх критики, страх судження з боку інших) і пониженням в соціальних ситуаціях.

Диференціювання соціальної фобії із депресією. Особи, що страждають на соціальну фобію, уникають потрапляти в громадські ситуації. Через страх бути оціненим депресія також може змусити уникати соціальних ситуацій, однак лише через те, що хворі не отримують від них «задоволення».

Диференціювання соціальної фобії із крайньою боязкістю. Діагноз соціальної фобії залежить від можливості ідентифікувати деякий ступінь соціальних чи професійних проблем. Боязкість швидше має загальніший

характер, ніж сфокусована на певних видах діяльності соціальна фобія, причому соціальна тривога виявляється вторинною стосовно іншого стану.

Описані особливості клінічного аранжування, структури та вираженості соціальної фобії у студентської молоді були покладені нами в основу під час розроблення комплексної програми психокорекції і психопрофілактики соціальної дезадаптації у даного контингенту.

Список літератури

1. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / [М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута та ін.] // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 3 (72). — С. 13—18.

2. Пономарьова В. В. Соціальна фобія, обтяжена вживанням психоактивних речовин, у підлітків : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.16 / Пономарьова Валерія Валеріївна; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». — Х., 2013. — 23 с.

3. Кожина Г. М. Діагностика порушень адаптації у студентів молодших курсів внз / Г. М. Кожина, М. В. Маркова // Матеріали наук.-практ. конф. з міжнародною участю, присвяченої 150-річчю курорту «Березівські мінеральні води» та 50-річчю кафедри психотерапії ХМАПО. Т. 2. Сучасні методи діагностики, лікування і реабілітації психічних і соматичних розладів психогенного походження (XV Платонівські читання). — Харків; Березівські Мінеральні води, 10—12 жовтня 2012. — С. 117—118.

4. Стукан Л. В. Місце соціальної фобії в загальній структурі невротичних розладів у підлітків / Л. В. Стукан // Архів психіатрії. — 2005. — Т. 11. — № 1(40). — С. 84—87.

5. Монтгомери С. А. Соціальна фобія / пер. с англ. — К.: ООО ММК, 1999. — 48 с.

Надійшла до редакції 25.12.2014 р.

ПШУК Наталія Григорівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця; e-mail: pshuk_ng@mail.ru

СЛОБОДЯНИУК Дмитро Павлович, аспірант кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

PSHUK Nataliia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Medical Psychology and Psychiatry with the course of Postgraduate Education of Vinnytsia National Pirogov Memorial medical University, Vinnytsia; e-mail: pshuk_ng@mail.ru

SLOBODIANIUK Dmytro, Postgraduate Student of the Department of Medical Psychology and Psychiatry with the course of Postgraduate Education of Vinnytsia National Pirogov Memorial medical University, Vinnytsia

М. О. Соловйова

ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ОБСТЕЖЕНИХ СПІВРОБІТНИКІВ ФІНАНСОВО-КРЕДИТНИХ УСТАНОВ З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

М. А. Соловьёва

Общая характеристика обследованных сотрудников финансово-кредитных учреждений с невротическими расстройствами

М. О. Solovyova

General characteristics of the surveyed employees of financial institutions with neurotic disorders

У статті подано загальну характеристику 270 співробітників фінансово-кредитних установ, наданий опис специфічних особливостей умов праці для співробітників банку та відділень пенсійного фонду (ВПФ), чинників негативного впливу, які обумовлюють виникнення невротичних розладів. Встановлено, що в групі досліджуваних працівників банків емоційне напруження спостерігалось в $60,3 \pm 3,4$ % випадків, що статистично значимо частіше ($p = 0,01$ за критерієм χ^2), ніж у групі ВПФ ($41,0 \pm 6,3$ % випадків). З найбільш значущих чинників також відзначалися підвищена відповідальність за результат діяльності: у групі працівників банків вона спостерігалась в $56,0 \pm 3,4$ % випадків, а в групі ВПФ — $44,3 \pm 6,4$ % та вимушені порушення режиму праці та відпочинку, які відзначалися співробітниками банку у $38,3 \pm 3,4$ % випадків, працівниками пенсійного фонду — у $19,7 \pm 5,1$ %. Також надано опис дизайну, організації та методів дослідження, подано етапність проведення розроблених психогігієнічних, психопрофілактичних та психотерапевтичних заходів.

Ключові слова: співробітники фінансово-кредитних установ, методи дослідження, невротичні розлади, психопрофілактика, психотерапія

В статье представлена общая характеристика 270 сотрудников финансово-кредитных учреждений, проведен анализ специфических особенностей условий труда для сотрудников банка и пенсионного фонда, факторов негативного воздействия, которые обуславливают возникновение невротических расстройств. Установлено, что в группе исследованных работников банков эмоциональное напряжение наблюдалось в $60,3 \pm 3,4$ % случаев, что статистически значимо чаще ($p = 0,01$ по критерию χ^2), чем в группе служащих пенсионного фонда ($41,0 \pm 6,3$ % случаев). Из наиболее значимых факторов также отмечались повышенная ответственность за результат деятельности: в группе работников банков она наблюдалась в $56,0 \pm 3,4$ % случаев, а в группе пенсионного фонда — $44,3 \pm 6,4$ % и вынужденные нарушения режима труда и отдыха, которые отмечались сотрудниками банка в $38,3 \pm 3,4$ % случаев, работниками пенсионного фонда — в $19,7 \pm 5,1$ %. Также дано описание дизайна, организации и методов исследования, представлена этапность проведения разработанных психогигиенических, психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий.

Ключевые слова: сотрудники финансово-кредитных учреждений, методы исследования, невротические расстройства, психопрофилактика, психотерапия

The article presents a general description of the 270 employees of financial institutions, the analysis of the specific features of working conditions for employees of banks and pension funds, the negative impact of the factors that determine the occurrence of neurotic disorders. It was found that in a group of employees surveyed banks emotional stress was observed in 60.3 ± 3.4 % cases that significantly more ($p = 0.01$ criterion χ^2), than in the pension funds (41.0 ± 6.3 % of cases). The most significant factors also have an increased responsibility for results: a group of employees of banks, it was observed in 56.0 ± 3.4 % of cases, and in the group of employees of pension funds 44.3 ± 6.4 % and forced violation of the regime of work and rest, that there were bank employees in 38.3 ± 3.4 % cases, employees pension fund — 19.7 ± 5.1 %. Also describes the design, organization and methods of research, presented Stages of developed psychohygienic, psychotherapeutic interventions.

Keywords: employees of financial institutions, research methods, neurotic disorders, psychotherapy

В останні роки зміни, які відбуваються в економічній, соціальній, матеріально-технічній сферах суспільства, створили передумови для підвищення захворюваності на невротичні та соціально-стресові розлади. За даними Міжнародного бюро праці в Європі [1], психічні порушення стресової етіології складають від 50 до 60 % від їх загальної кількості серед працездатної частини населення. Збільшення рівня соціально-стресових розладів спостерігається в Німеччині, Данії, Естонії, Бельгії, Ірландії, Великобританії, Франції [2]. В країнах Європейської Співдружності проводяться численні дослідження з вивчення характеру впливу психосоціальних чинників на здоров'я працівників, аналізуються клінічні прояви стресових розладів і можливості управління ризиками на різних рівнях: організаційному, економічному та соціальному. У Великобританії одним з провідних чинників стресу для співробітників банків і місцевих органів влади є необхідність частоті взаємодії з агресивно налаштованими клієнтами. Професійна підготовка допомагає їм впоратися з агресією, сприяє ефективному управлінню ситуацією, але не попереджує наслідків дії

стресу. Крім того, важливими для цієї категорії працівників залишаються питання зовнішньої і внутрішньої конкуренції, страх звільнення, перфекціонізм, прагнення постійно контролювати ситуацію. Коло питань, з якими банківські співробітники звертаються за допомогою до лікаря-психотерапевта, включає в себе тривогу, депресію, розлади харчової поведінки, наркоманії, зловживання алкоголем і деперсоналізацію. На думку деяких авторів, за багатьма з цих проблем ховається загальніший страх невдачі, а часто — і сильне почуття ненависті до себе [3].

Тому невротичні розлади перебувають в центрі уваги сучасної соціальної психіатрії вже не одне десятиріччя. Співробітники фінансово-кредитних установ належать до тих категорій населення, які найчастіше відчувають на собі вплив численних стресових чинників. Медична, соціальна та економічна значущість даної проблематики обумовлена актуальністю надання комплексної системи психогігієнічних та психопрофілактичних заходів, що попереджують виникнення невротичних розладів, як на до- так і нозологічному рівнях.

Наукова новизна даної роботи полягає в тому, що вперше автором визначені поширеність та клінічний характер розладів адаптації (F43.21; F43.22; F48.0) у службовців

фінансово-кредитних установ, вперше зроблено порівняльний аналіз впливу стресових чинників на їх виникнення у відповідних категорій осіб, та на цій базі розроблено систему заходів психопрофілактики та психотерапії.

У відповідності з метою та завданнями дослідження, протягом 2012—2014 рр., за умови інформованої згоди нами обстежено 270 співробітників фінансово-кредитних установ за допомогою розробленої нами Уніфікованої карти дослідження, яка включала такі розділи: клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний і статистичний. Обстеження проводилося на базі двох банків та відділень пенсійного фонду (ВПФ).

В рамках дослідження наукова робота проводилася поетапно і включала в себе збирання матеріалу, оброблення та аналіз отриманих даних, розроблення, апробацію, оцінювання ефективності моделі прогнозування ризику розвитку невротичних станів, а також впровадження діагностичної, психопрофілактичної та психотерапевтичної допомоги.

Перший етап (діагностичний) полягав у проведенні аналізу та оцінки клініко-анамнестичних, соціально-демографічних, клініко-психопатологічних, психодіагностичних методів дослідження.

Психодіагностичне дослідження проводили за допомогою таких методик: тесту визначення акцентуацій характеру К. Леонгарда — Г. Шмішека в модифікації Л. Ф. Бурлачука, С. М. Морозова [1]; опитувальника невротичності і схильності до невротичного реагування К. Хека і Х. Хесса; методики «Визначення стресостійкості та соціальної адаптації» за Томасом Холмсом і Р. Паре; тесту Ч. Д. Спілбергера — Ю. Л. Ханіна; методики диференціальної діагностики депресивних станів за Зунге в адаптації Т. І. Балашової; госпітальної шкали тривоги і депресії (HADS).

Усі обстежувані належали до категорії співробітників фінансово-кредитних установ, які безпосередньо контактували з клієнтами. У зв'язку з тим, що переважну більшість становили жінки, у дослідження були включені тільки вони. Всі мали вищу освіту. Вік обстежуваних був у діапазоні 21—54 роки, середній вік склав $31,2 \pm 0,4$ роки. У середньому вік обстежуваних співробітників банків (209 осіб) був $30,5 \pm 0,3$ роки і статистично значимо ($p = 0,11$) не відрізнявся від середнього віку групи працівників відділень пенсійного фонду (61 особа) — $33,3 \pm 1,1$ роки.

У таблиці 1 подано порівняльну характеристику обстежуваних двох груп.

Таблиця 1. Соціально-демографічна характеристика співробітників фінансово-кредитних установ

Показник		Частота зустрічальності, абс. (% $\pm m$ %)			p
		Група співробітників банків (n = 209)	Група співробітників ВПФ (n = 61)	Усього (n = 270)	
Сімейний стан	перший шлюб	87 (41,6 \pm 3,4)	28 (45,9 \pm 3,4)	115 (42,6 \pm 3,0)	0,27
	повторний шлюб	19 (9,1 \pm 2,0)	8 (13,1 \pm 4,3)	27 (10,0 \pm 1,8)	
	цивільний шлюб	15 (7,2 \pm 1,8)	7 (11,5 \pm 4,1)	22 (8,1 \pm 1,7)	
	не одружені	88 (42,1 \pm 3,4)	18 (29,5 \pm 5,8)	106 (39,3 \pm 3,0)	
Взаємини в сім'ї	спокійні доброзичливі	135 (64,6 \pm 3,3)	36 (59,0 \pm 6,3)	171 (63,3 \pm 2,9)	0,01*
	спокійні формалізовані	28 (13,4 \pm 2,4)	4 (6,6 \pm 3,2)	32 (11,9 \pm 2,0)	
	конфлікти епізодичні	44 (21,1 \pm 2,8)	20 (32,8 \pm 6,0)	54 (20,0 \pm 2,4)	
	конфлікти систематичні	—	1 (1,6 \pm 1,6)	1 (0,4 \pm 0,4)	

Примітка: * — різниця між двома групами статистично значуща, $p < 0,05$ (критерій χ^2)

Із таблиці 1 видно, що у першому шлюбі перебували 41,6 \pm 3,4 % банківських співробітників, 9,1 \pm 2,0 % одружені повторно; 7,2 \pm 1,8 % проживали у цивільному шлюбі. Незаміжні та розлучені серед досліджуваних цієї групи склали 42,1 \pm 3,4 %. Серед працівників ВПФ перебували у першому шлюбі 45,9 \pm 3,4 %; у повторному — 13,1 \pm 4,3 %, в цивільному — 11,5 \pm 4,1 %. Відсоток неодружених серед працівників ВПФ був нижчим, ніж у співробітників банку — 29,5 \pm 5,8 %, що може бути пов'язано з більшою орієнтованістю банківських службовців на професійні інтереси та кар'єрне зростання, проте ця різниця не була статистично значущою.

Відносини в родині оцінювали як спокійні і доброзичливі 64,6 \pm 3,3 % працівників банку, що статистично не відрізняється від оцінки досліджуваних ВПФ — 59,0 \pm 6,3 %. Спокійні формалізовані стосунки в родині відзначали 13,4 \pm 2,4 % співробітників банківської сфери і 6,6 \pm 3,2 % ВПФ, що теж не мало суттєвих статистичних розбіжностей ($p < 0,05$). Частка співробітників банку, що оцінювали сімейні стосунки як такі, що мають епізодичні конфлікти, була 21,1 \pm 2,8 %. Для ВПФ цей показник склав 32,8 \pm 6,0 %, що статистично вище, ніж у банківських

службовців ($p < 0,001$ за критерієм χ^2), а також 1,6 \pm 1,6 % співробітників ВПФ оцінили взаємини в родині як такі, що супроводжуються систематичними конфліктами.

Незважаючи на загальні для всієї системи риси професійної діяльності, існують деякі специфічні особливості умов праці для співробітників банку та ВПФ.

Так, у банківській системі особливістю праці є здатність до виконання регламентованих дій в умовах невизначеності (нестабільності) клієнтської бази, постійного розширення потреб клієнтів у банківських «продуктах», необмежений обсяг інформації, швидке реагування при значних масштабах і складності механізмів фінансового ринку. Враховуючи цю специфіку, особливого значення для успішного виконання завдань набуває професійний відбір персоналу банку. У ньому мають працювати люди, що володіють підприємницькою ініціативністю, яка передбачає активні, гнучкі, орієнтовані на клієнта і прибутков банку дії, мотиваційно орієнтовані на відчуття особистого внеску кожного співробітника в діяльність і розвиток закладу. Сприйняття населенням роботи в банку як досить престижної створює достатню конкуренцію під час прийому на роботу і дозволяє провести необхідний їх відбір.

Таблиця 2. Професійна характеристика співробітників фінансово-кредитних установ

Показники		Частота зустрічальності, абс. (% ± m %)			p
		Група співробітників банків (n = 209)	Група співробітників ВПФ (n = 61)	Усього (n = 270)	
Загальний стаж	До 5 років	59 (28,2 ± 3,1)	16 (26,2 ± 5,6)	75 (27,8 ± 2,7)	< 0,001*
	До 10 років	87 (41,6 ± 3,4)	19 (31,1 ± 5,9)	106 (39,3 ± 3,0)	
	11—20 років	61 (29,2 ± 3,1)	14 (23,0 ± 5,4)	75 (27,8 ± 2,7)	
	21—30 років	2 (1,0 ± 0,7)	10 (16,4 ± 4,7)	12 (4,4 ± 1,3)	
	Від 30 років	—	2 (3,3 ± 2,3)	2 (0,7 ± 0,5)	
Емоційне напруження	Ні	83 (39,7 ± 3,4)	36 (59,0 ± 6,3)	119 (44,1 ± 3,0)	0,01*
	Так	126 (60,3 ± 3,4)	25 (41,0 ± 6,3)	151 (55,9 ± 3,0)	
Підвищена відповідальність за результат	Ні	117 (56,0 ± 3,4)	27 (44,3 ± 6,4)	144 (53,3 ± 3,0)	0,14
	Так	92 (44,0 ± 3,4)	34 (55,6 ± 6,4)	126 (46,7 ± 3,0)	
Несприятливий мікроклімат	Ні	209 (100)	60 (98,4 ± 1,6)	269 (99,6 ± 0,4)	0,51
	Так	—	1 (1,6 ± 1,6)	1 (0,4 ± 0,4)	
Монотонна праця	Ні	193 (92,3 ± 1,8)	56 (91,8 ± 3,5)	249 (92,2 ± 1,6)	0,90
	Так	16 (7,7 ± 1,8)	5 (8,2 ± 3,5)	21 (7,8 ± 1,6)	
Недостатня рухова активність	Ні	154 (73,7 ± 3,0)	46 (75,4 ± 5,5)	200 (74,1 ± 2,7)	0,88
	Так	56 (26,3 ± 3,0)	15 (24,6 ± 5,5)	70 (25,9 ± 2,7)	
Вимушені порушення режиму праці та відпочинку	Ні	129 (61,7 ± 3,4)	49 (80,3 ± 5,1)	178 (65,9 ± 2,9)	0,01*
	Так	80 (38,3 ± 3,4)	12 (19,7 ± 5,1)	92 (34,1 ± 2,9)	
Прагнення до зміни умов праці	Вдосконалення кваліфікації	88 (42,1 ± 3,4)	23 (37,7 ± 6,2)	111 (41,1 ± 3,0)	0,88
	Зміна професії	20 (9,6 ± 2,0)	5 (8,2 ± 3,5)	25 (9,3 ± 1,8)	
	Спокійніші умови	94 (45,0 ± 3,4)	31 (50,8 ± 6,4)	125 (46,3 ± 3,0)	
	Легша робота	7 (3,3 ± 1,2)	2 (3,3 ± 2,3)	9 (3,3 ± 1,1)	

Примітка: * — різниця між двома групами статистично значуща, p < 0,05 (критерій хі-квадрат)

У порівнянні з банками, специфікою праці в ВПФ є чітка соціальна орієнтація, клієнтську базу складають малозабезпечені верстви населення (люди пенсійного віку, інваліди, діти, що втратили одного або двох батьків, робітники і службовці, які мають групу інвалідності та ін.). Незважаючи на високі вимоги до професійної підготовки фахівців, робота в ВПФ сприймається як менш престижна, яка не має достатньо перспектив для кар'єрного зростання та просування по службі. При цьому професійний відбір — менш жорсткий, більше уваги приділяється в силу специфіки клієнтської бази емоційно-вольовим властивостям претендентів, низька пропрацьованість цих питань створює проблеми прийому, відбору, розстановки та ротації кадрів.

Діяльність ВПФ несе в собі як риси органу соціального забезпечення, так і самостійного фонду з делегованими від держави адміністративними правами та здійсненням державних функцій. Крім призначення і виплати пенсій працівники ВПФ здійснюють збирання й акумуляцію страхових внесків від платників податків у відповідності зі страховими тарифами і за рахунок цього забезпечують їх фінансування. Акцент у їхній діяльності робиться на наданні соціальної допомоги та взаємодії і передбачає встановлення емоційно-позитивного контакту з клієнтами, роботодавцями, як платниками страхових внесків, позитивне переконання людей.

Під час проведення аналізу (табл. 2) встановлено, що групи співробітників банку та ВПФ статистично значимо (p < 0,001 за критерієм Х²) відрізняються розподілом за трудовим стажем. Більша частина працівників банку (41,6 ± 3,4 %) мали загальний стаж трудової діяльності до 10 років, а від 11 до 20 років — (29,2 ± 3,1) %. У той же час, практично відсутні досліджувані зі стажем роботи

понад 20 років. Працівники ВПФ мали більший стаж роботи (від 20 до 30 років — 16,4 ± 4,7 % і понад 30 років — 3,3 ± 2,3 %). Це може бути пояснено тим, що престижність роботи в банківській сфері у молодих фахівців вища, що значно підтримується вищим рівнем матеріальної компенсації за виконувану роботу. Однак, маючи менший досвід роботи, працівники банків виявляються менш готовими до високого рівня вимог системи і відчувають більший страх втрати робочого місця або фінансових санкцій, що створює постійно діючі стресові чинники.

Роль фінансового посередника на ринку фінансових ресурсів вимагає від співробітників банків постійних дій, спрямованих на освоєння нових (більш ефективних) технологій продажів банківських «продуктів», пошуку нових методів збереження і завоювання позицій на ринку, підвищення продуктивності та якості надання банківських послуг з притаманними для цих операцій фінансовими ризиками.

Конкурентне середовище, розвиток потреб у фінансових інноваціях в реальному секторі економіки, процеси її глобалізації приводять до частих нововведень в умовах підвищеної фінансової відповідальності за результат діяльності банківських співробітників, що безпосередньо впливає на організацію їхньої праці. У той же час, за умови успішно виконаної роботи, у них виникає більше можливостей побудувати успішну кар'єру в досить стислі терміни, що створює додаткове мотивування до кар'єрного зростання.

Встановлено, що в групі досліджуваних працівників банків емоційне напруження спостерігалось в 60,3 ± 3,4 % випадків, що статистично значимо частіше (p = 0,01 за критерієм Х²), ніж у групі ВПФ (41,0 ± 6,3 % випадків).

Незважаючи на те, що у своїй професійній діяльності співробітники банків мають краще законодавче та юридичне забезпечення, воно спрямовано, в основному, на вже створені прецеденти і проблемні випадки. У ВПФ співробітники підготовленіші щодо питань законодавства і принципу роботи в системі соціального забезпечення за рахунок стажування у відділах з обов'язковою участю юристів.

У групі працівників банків підвищена відповідальність за результат діяльності спостерігалась в $56,0 \pm 3,4$ % випадків, а в групі ВПФ — $44,3 \pm 6,4$ % випадків (див. табл. 2). Статистично значущої різниці не було виявлено ($p = 0,14$ за критерієм χ^2).

Наявності несприятливого мікроклімату не зазначив жодний із досліджуваних банківської сфери і лише $1,6 \pm 1,6$ % співробітників ВПФ, що свідчить про достатню оснащеність робочих місць і приміщень.

Монотонність праці відчували $7,7 \pm 1,8$ % банківських працівників і $8,2 \pm 3,5$ % працівників ВПФ відповідно, але показники статистично не відрізняються ($p = 0,90$) і свідчать про досить динамічні умови праці.

Недостатню рухову активність відзначали $26,3 \pm 3,0$ % досліджуваних банку і $24,6 \pm 5,5$ % працівників ВПФ, показники теж статистично не відрізнялись ($p = 0,88$).

Також було встановлено, що вимушені порушення режиму праці та відпочинку статистично значимо частіше відзначалися співробітниками банку — $38,3 \pm 3,4$ % випадків, ніж ВПФ — $19,7 \pm 5,1$ % ($p = 0,01$ за критерієм χ^2), що пов'язано зі специфікою їх роботи і формує передумови для перевтоми, а також підвищення виснаженості нервової системи.

Незважаючи на необхідність діяти відповідно до законів і нормативних актів в строго зазначені терміни, діяльність співробітників ВПФ була регламентованіша за часом.

Прагнення до зміни умов праці у вигляді вдосконалення кваліфікації відзначали $42,1 \pm 3,4$ % серед досліджуваних банку і $37,7 \pm 6,2$ % співробітників ВПФ, у вигляді зміни місця роботи — $9,6 \pm 2,0$ % і $8,2 \pm 3,5$ % відповідно, у вигляді спокійніших умов в рамках нинішньої професії — $45,0 \pm 3,4$ % банківських працівників та $50,8 \pm 6,4$ % співробітників ВПФ. Прагнення до легшої праці висловлювали $3,3 \pm 1,2$ % службовців банку і $3,3 \pm 2,3$ % співробітників ВПФ. Під час дослідження було виявлено, що ці показники статистично значимо не відрізнялись ($p = 0,88$ за критерієм χ^2).

Таким чином, нами виявлено, що в фінансово-кредитній системі існують підрозділи, що мають специфічні риси, які необхідно враховувати під час проведення психопрофілактичних та психотерапевтичних заходів.

У той же час достатня однорідність службовців за соціально-демографічними характеристиками, умовами праці, характером стресових чинників дозволяє стверджувати про можливість розроблення моделі прогнозування несприятливої дії виробничих ризиків.

Під час проведення аналізу результатів дослідження використовували статистичні пакети MedCalc v.14.8.1 (MedCalc Software Inc.) и Statistica Neural Networks v.4.0 C (StatSoft Inc.).

Другий етап (психотерапевтичний блок) включав розроблення, впровадження та аналіз психопрофілактичної і психотерапевтичної програми. Вона будувалася на базі сучасних психотехнологій з використанням методів раціональної, непрямой, когнітивно-поведінкової психотерапії, аутогенного тренування з елементами сугестії та самонавіювання, музикотерапії, гештальт-терапії, трансактного аналізу та арт-терапії.

Третій етап (контрольний блок) полягав в оцінюванні ефективності розроблених психогігієнічних, психопрофілактичних та психотерапевтичних заходів для службовців фінансово-кредитних установ з катамнезом 6 місяців та 1 рік. Для кількісної оцінки психотерапевтичної ефективності використовували дані клінічного інтерв'ю та результати повторного психодіагностичного дослідження.

Список літератури

1. Словарь-справочник по психологической диагностике / Бурлачук Л. Ф., Морозов С. М.; отв. ред. С. Б. Крымский. — Киев: Наук. думка, 1989. — С. 162—163.
2. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. — Самара: Издательский дом Бахрах-М, 2002. — С. 149—153
3. Практическая психология в тестах, или Как научиться понимать себя и других. — М.: АСТ-Пресс-книга, 2001. — 400 с.
4. Zigmond A. S. The Hospital Anxiety and Depression scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // Acta Psychiatr. Scand. — 1983. — Vol. 67. — P. 361—370.
5. Petrie A. Medical Statistics at a Glance / A. Petrie, C. Sabin. — 2nd ed. — Malden, MA: Blackwell Publishing; 2005.
6. Haykin S. Neural networks. A Comprehensive Foundation / S. Haykin. — 2nd ed. — Prentice Hall, Upper Saddle River; 1999. — P. 842

Надійшла до редакції 21.12.2014 р.

СОЛОВЙОВА Марія Олександрівна, аспірант з відривом від виробництва відділу соціальної та клінічної наркології Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ; e-mail: solovyova.m@gmail.com

SOLOVYOVA Mariia, Postgraduate Student of the Department of social and clinical narcology of the Ukrainian Research Institute of Social, Forensic Psychiatry and Drug Abuse of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv; e-mail: solovyova.m@gmail.com

О. Н. Сукачёва

**РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ МОТИВОВ УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ
У КАДРОВЫХ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ С ПРИЗНАКАМИ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ,
УВОЛЕННЫХ ИЗ РЯДОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ В ПРОЦЕССЕ РЕФОРМИРОВАНИЯ АРМИИ**

О. М. Сукачова

**Результати дослідження мотивів вживання алкоголю у кадрових військовослужбовців
з ознаками розладу адаптації, яких звільнено з лав Збройних Сил в процесі реформування армії**

О. М. Sukachova

**Motivation of the alcohol consumption in military personnel with adaptation disorders
who were discharged during the reformation of the Armed Forces**

В статье рассматривается проблема, которая в настоящее время является очень актуальной, так как существует мало работ, посвященных изучению аддиктивной активности при адаптационных расстройствах у бывших кадровых военнослужащих, уволенных из рядов Вооруженных Сил. На основе сравнительного изучения характеристик мотивационных особенностей употребления алкоголя в контингентах бывших военнослужащих с признаками адаптационных расстройств и без таковых, дифференцированных по уровню опасности употребления алкоголя (по результатам применения AUDIT-теста), впервые получены данные о структуре мотивов потребления алкоголя (МПА) и уровнях мотивационной напряженности потребления.

Установлено, что у бывших военнослужащих, проявивших после увольнения из Вооруженных Сил признаки адаптационных расстройств (АР) и имеющие опыт употребления алкоголя, на донозологическом этапе АР, соотносимом с прохождением службы в армии, структура МПА характеризовалась как исключительно непатологическая. На момент обращения за медицинской помощью структура МПА претерпела трансформацию за счет изменения иерархии мотивов, путем включения в структуру МПА патологических мотивов самоповреждения. При этом у значительной части бывших военнослужащих с адаптационными расстройствами (44,44 %) имеется опасный паттерн употребления алкоголя, который характеризуется выраженной мотивационной напряженностью.

Полученные в результате исследования данные являются важными как для познания процесса формирования аддиктивного паттерна в структуре адаптационного расстройства, так и для познания путей формирования коморбидной патологии.

Ключевые слова: расстройства адаптации, военнослужащие, алкоголь, мотивы потребления алкоголя

У статті розглядається проблема, яка на даний час є дуже актуальною, тому що існує мало робіт, присвячених вивченню адиктивної активності при адаптаційних розладах у колишніх кадрових військовослужбовців, звільнених з лав Збройних Сил. На ґрунті порівняльного вивчення характеристик мотиваційних особливостей вживання алкоголю в контингентах колишніх військовослужбовців з ознаками адаптаційних розладів і без таких, диференційованих за рівнем небезпеки вживання алкоголю (за результатами застосування AUDIT-тесту), вперше отримані дані про структуру мотивів споживання і рівні мотиваційної напруженості споживання.

Встановлено, що у колишніх військовослужбовців, які виявили після звільнення зі Збройних Сил ознаки адаптаційних розладів (АР) і мають досвід вживання алкоголю, на донозологічному етапі АР, співвідносному з проходженням служби в армії, структура мотивів споживання алкоголю (МПА) характеризувалася як винятково непатологічна. На момент звернення за медичною допомогою структура МПА зазнала трансформацію за рахунок зміни ієрархії мотивів шляхом включення в структуру МПА патологічних мотивів самошкодження. При цьому у значної частини колишніх військовослужбовців з адаптаційними розладами (44,44 %) є небезпечний паттерн вживання алкоголю, який характеризується вираженою мотиваційною напруженістю.

Отримані в результаті дослідження дані є важливими як для пізнання процесу формування адиктивного паттерну в структурі адаптаційного розладу, так і для пізнання шляхів формування коморбідної патології.

Ключові слова: розлади адаптації, військовослужбовці, алкоголь, мотиви вживання алкоголю

The article deals with the problem, which is currently very topical. Since there are few studies on the addictive activity in adaptation disorders (AD) in military personnel discharged from the Armed Forces.

Based on a comparative study of the characteristics of the motivational features of alcohol by the former military personnel with AD and by those who have no such disorder (differentiated based on the result of the use of AUDIT-test), the information about the structure of motives of alcohol consumption (MAC) and levels of motivational intensity of consumption is received.

Found that former military personnel who after leaving the Armed Forces displayed signs of AD and had experience in the alcohol consumption on the preclinical stage of AD is attributable to military service. Structure of the MAC was characterized as extremely non-pathological. At the time of seeking medical help structure of the MAC has undergone a transformation due to changes in the hierarchy of motives, by including in the framework of MAC pathological motives of self-harm.

At the same time, a significant proportion of former military personnel with AD (44,44 %) have dangerous pattern of the alcohol consumption, which is characterized by severe motivational tension.

The research data is important both for understanding the process of formation of an addictive pattern in the structure of the adaptive disorder, and for the knowledge of the ways of forming comorbid pathology.

Key words: adaptation disorders, military personnel, alcohol, motivation of alcohol consumption

Непланируемое увольнение с военной службы несет для кадрового военнослужащего отрицательный психологический заряд. Это связано с тем, что служба в армии выступала для него как фактор гарантированной занятости, получения приличного денежного содержания, социальных льгот и гарантий. Кроме этого, она нередко

рассматривалась как постоянный служебный рост, карьера, повышение социального статуса, что в гражданских условиях не всегда является обязательным элементом профессиональной деятельности. Отсутствие возможностей для реализации своих потребностей в этих направлениях приводит к нарастанию ощущения уязвимости, беспокойства в настоящем и высокому уровню неуверенности в будущем [1]. Потеря связи с Вооруженными

Силами у бывших кадровых военных многократно повышает риски обострения семейных конфликтов; развития невротических и психомоторных расстройств; алкоголизма и наркомании; суицидов; обострения хронических болезней [1, 4].

По данным военных социологов, 82 % кадровых военных после увольнения нуждаются в специальной социальной помощи (юристов, консультантов служб занятости, психологов и др.). Примерно 15—20 % бывших кадровых военнослужащих считают, что вообще не смогут приспособиться к новой жизни и потому нуждаются в психической коррекции [1]. Указание на развитие рискованного аддиктивного поведения в контингенте бывших кадровых военнослужащих [1—7] резко диссонирует с числом исследований, посвященных данному вопросу. Нет работ, посвященных изучению аддиктивной активности при адаптационных расстройствах у бывших кадровых военнослужащих, не изучены мотивы употребления психоактивных веществ при различных вариантах адаптационных расстройств, не оценены риски развития коморбидных расстройств адаптации и аддиктивного спектра в указанном контингенте. Установленный дефицит важных для практического здравоохранения исследований проблематики когезии (связанности) адаптационных и аддиктивных расстройств у бывших кадровых военнослужащих обусловил цель и задачи настоящей работы.

Для изучения мотивов употребления алкоголя у бывших кадровых военнослужащих при различных вариантах адаптационного расстройства (АР) была исследована группа из 99 бывших кадровых военнослужащих с признаками адаптационного расстройства (F 43.2. по МКБ-10). Клиническая картина АР представляла собой констелляцию симптомов, соответствующих критериям аффективных (F3), невротических, стрессовых и соматоформных (F4) расстройств и нарушений социального поведения (F91), но не отвечающих полностью ни одному из них. Указанные симптомы у всех пациентов с АР проявились в течение месяца после увольнения из рядов Вооруженных Сил (ВС). Общим в анамнезе для лиц с АР был психосоциальный стресс — «увольнение из армии». Группу сравнения образовали 30 военнослужащих, уволенных из ВС, не имевших на момент исследования признаков АР. Средний возраст пациентов с АР — 38,50 ± 2,02 лет, испытуемых без АР — 38,40 ± 1,06 лет.

Исследованию мотивов потребления алкоголя (МПА) в группах сравнения предшествовало выделение клинических вариантов АР у испытуемых основной группы. При выделении вариантов АР ориентировались на методические рекомендации Волошина П. В. с соавт. [8]. Распределение клинических вариантов АР у бывших военнослужащих (БВ) основной группы отражено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение клинических вариантов АР у бывших военнослужащих, уволенных из рядов ВС (основная группа), соотнесенных с категориальными диагностическими шифрами МКБ-10

Вариант АР	Код по МКБ-10	Абс. ч., чел.	Отн. ч., %
Поведенческий вариант АР	F43.24	46	46,46*
Аффективный вариант АР	F43.21; F43.23; F43.22	53	53,54*

Примечание. Достоверность различий: * — $p < 0,01$

Для выяснения МПА использовали «Методику шкалирования оценки мотивов потребления алкоголя», разработанную В. Ю. Завьяловым [9]. По результатам опросника выявляется 3 группы шкал, каждая из которых имеет по 3 субшкалы. *Первая триада* — социально-психологические мотивы: 1. Традиционные (Тр), культурально распространённые мотивы. 2. Субмиссивные (Сб), отражающие подчинение давлению других людей. 3. Псевдокультурные (Пс) — стремление человека приспособить свой личный опыт к «алкогольным ценностям» микросреды. *Вторая триада* — личностные мотивы: 4. Гедонистические (Гд) — стремление получить физическое и психологическое удовольствие от действия алкоголя. 5. Атарактические (Ат), связанные с желанием нейтрализовать негативные эмоциональные переживания. 6. Мотивы гиперкогнитивности (Га) поведения и насыщения стимулами при относительной сенсорной депривации. *Третья триада* — патологические мотивы, в форме болезненного влечения к алкоголю: 7. Абстинентные (Аб) — стремление снять явления абстинентного синдрома. 8. Аддиктивные (Ад) — «пристрастие» к алкоголю, фиксация в сознании влечения к нему. 9. Самоповреждение (Сп) — стремление пить назло себе и другим в качестве протеста, потери перспективы, утраты смысла трезвости. Максимальные оценки выявляют доминирование того или иного вида мотивов потребления алкоголя, а все вместе шкалы дают суммарное представление об общем «мотивационном напряжении».

Гетерогенность в сравниваемых группах по критерию «уровень риска употребления алкоголя» [10] устанавливалась с помощью теста AUDIT [11].

Статистическая обработка и оценка достоверности результатов проводилась с использованием программы SPSS 17.0. С учетом нормального распределения выборки применялись в основном параметрические методы статистики. Статистическая значимость различий — при $p < 0,05$.

В научной литературе обсуждается вопрос достоверности ретроспективных сведений (Field, 1981; Neisser, 1982; Friedman, 1993; цит. по 12), в том числе при исследовании в области психиатрии. В работах, специально направленных на изучение этого аспекта, признается значимость ретроспективной информации [12]. Исходя из этого, мы полагали возможным и необходимым проведение изучения МПА у испытуемых выделенных групп как в ретроспективном, так и в проспективном аспектах. Сравнение результатов ретроспективного и проспективного (на момент исследования) изучения МПА у бывших военнослужащих позволило установить факт изменения иерархичности существовавших МПА у лиц с адаптационными расстройствами, а также усложнение структуры актуальных МПА за счет патологических мотивов, не связанных с наличием аддикции. Результаты ретроспективного изучения распределения доминирующих МПА у бывших военнослужащих групп сравнения (на момент прохождения службы в рядах ВС), отражены в таблице 2, а проспективного исследования МПА (на момент обращения) — в таблице 3.

Как видно из данных, представленных в табл. 2, в сравниваемых группах бывших военнослужащих на момент прохождения ими службы в рядах ВС были установлены только две триады мотивов потребления алкоголя: социально-психологические и личностные. Патологических МПА выявлено не было. Процентное соотношение установленных МПА показывают ведущую роль социально-психологических мотивов как в группе БВ с АР (69,70 %), так и в группе БВ без АР (70,00 %). В триаде социально-психологических МПА в обеих

групах було отмечено преобладание традиционных мотивов. В триаде личностных МПА доминировали мотивы гиперактивации и гедонистические. Ведущие позиции указанных мотивов у значительной части испытуемых с расстройствами адаптации (22,22 %) и без таковых (23,33 %) подтверждают стремление получить физическое и психическое удовольствие, выйти из состояния скуки, пережить опыт эйфории, употребляя спиртное [9]. Субмиссивные мотивы, установленные у военнослужащих сравниваемых групп (см. табл. 2), отражают подчинение давлению референтной группы в плане потребления алкоголя. Они свидетельствуют о неспособности или невозможности испытуемых отказаться от предлагаемого окружающими приема опьяняющего вещества [9]. Доминирующий псевдокультурный тип мотивации, установленный у военнослужащих групп сравнения (см. табл. 2), отражает стремление испытуемых приспособить свой личный опыт к аддиктивным «ценностям» социальной микросреды, в которой они несли воинскую службу. При данном типе мотивации важно не само употребление алкоголя, а демонстрация этого процесса окружающим [9]. Обобщая данные ретроспективного анализа МПА, можно заключить, что сравниваемые группы существенно не отличались по структуре МПА.

Таблица 2. Результаты ретроспективного изучения распределения доминирующих мотивов потребления алкоголя у бывших военнослужащих групп сравнения (на момент прохождения службы в рядах ВС)

Мотивы потребления алкоголя	Группы сравнения			
	БВ с АР (n = 99)		БВ без АР (n = 30)	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
Социально-психологические				
Традиционные	43	43,43	13	43,33
Субмиссивные	6	6,06	2	6,67
Псевдокультурные	20	20,20	6	20,00
Личностные				
Гедонистические	10	10,10	3	10,00
Атарактические	8	8,08	2	6,67
Гиперактивации	12	12,12	4	13,33
Патологические				
Абстинентные	—	—	—	—
Аддиктивные	—	—	—	—
Самоповреждение	—	—	—	—

Как видно из данных, представленных в табл. 3, в группе бывших военнослужащих без расстройств адаптации на момент исследования были установлены две триады МПА: социально-психологическая и личностная, тогда как в группе бывших военнослужащих с признаками адаптационных расстройств — три триады МПА: социально-психологические, личностные и патологические. Триада патологических МПА представлена мотивом самоповреждения, который оказался доминирующим у 6,06 % испытуемых.

Процентное соотношение установленных МПА на момент обращения показывает ведущую роль личностных мотивов в основной (56,57 %), и социально-психологических — в группе сравнения (70,00 %). Отмечено значимое изменение иерархичности в структуре МПА сравниваемых групп (см. табл. 2, 3).

Так, в группах бывших военнослужащих с расстройствами адаптации и без таковых в структуре личностных МПА на момент обращения доминировал уже не мотив

гиперактивации, а атарактические мотивы. Число лиц с атарактическими мотивами потребления алкоголя в группе бывших военнослужащих с АР возросло в 3,75 раза, а в группе бывших военнослужащих без АР — в 1,9 раза. Атарактические мотивы связаны с желанием с помощью алкоголя нейтрализовать негативные эмоциональные переживания — напряжение, тревогу, страх, смягчить или устранить эмоциональный дискомфорт [9]. Атарактические МПА в группе бывших военнослужащих с расстройствами адаптации встречались в 2,27 раза чаще, чем в группе бывших военнослужащих без таковых расстройств ($p < 0,01$) (см. табл. 3).

Таблица 3. Результаты проспективного изучения распределения доминирующих мотивов потребления алкоголя у бывших военнослужащих групп сравнения (на момент обращения)

Мотивы потребления алкоголя	Группы сравнения			
	БВ с АР (n = 99)		БВ без АР (n = 30)	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
Социально-психологические				
Традиционные	37	37,37	16	53,33
Субмиссивные	—	—	1	3,33
Псевдокультурные	—	—	4	13,33
Личностные				
Гедонистические	12	12,12	2	6,67
Атарактические	30	30,30 ¹	4	13,33 ²
Гиперактивации	14	14,14	3	10,00
Патологические				
Абстинентные	—	—	—	—
Аддиктивные	—	—	—	—
Самоповреждение	6	6,06	—	—

Примечание: ¹⁻² — $p < 0,01$

В результате статистической обработки полученных данных было установлено, что военнослужащие, уволенные из рядов ВС, с различными вариантами проявления расстройства адаптации отличаются между собой структурой МПА. Результаты изучения этих различий демонстрирует таблица 4.

Таблица 4. Результаты проспективного изучения распределения доминирующих мотивов потребления алкоголя у бывших военнослужащих при различных вариантах адаптационного расстройства

Мотивы потребления алкоголя	Бывшие военнослужащие с адаптационными расстройствами			
	с поведенческим вариантом АР (n = 46)		с аффективным вариантом АР (n = 53)	
	абс. ч., чел.	отн. ч., %	абс. ч., чел.	отн. ч., %
Социально-психологические				
Традиционные	26	56,52 ¹	11	20,75 ²
Субмиссивные	—	—	—	—
Псевдокультурные	—	—	—	—
Личностные				
Гедонистические	12	26,09	—	—
Атарактические	4	8,70 ³	26	49,06 ⁴
Гиперактивации	4	8,70	10	18,87
Патологические				
Абстинентные	—	—	—	—
Аддиктивные	—	—	—	—
Самоповреждение	—	—	6	11,32

Примечание: ¹⁻² — $p < 0,01$; ³⁻⁴ — $p < 0,05$

Из таблицы 4, следует, что традиционные МПА в 2,72 раза чаще встречаются у бывших военнослужащих с поведенческим вариантом АР ($p < 0,01$), а атарактические МПА в 5,63 раза чаще отмечены у бывших военнослужащих с аффективным вариантом АР ($p < 0,05$). Патологический МПА (самоповреждение) наблюдался исключительно при аффективном варианте АР. Наличие самоповреждения как ведущего МПА может косвенно указывать на наличие у пациентов с данным вариантом АР аутоагрессивных тенденций.

Данные изучения общей мотивационной напряженности (ОМН) потребления алкоголя в группах сравнения представлены в таблице 5, а внутригрупповые различия по параметру ОМН у бывших военнослужащих с АР — в таблице 6.

Из данных, представленных в таблице 5, следует, что средние значения ОМН в сравниваемых группах распо-

лагались в донозологическом интервале, который определен в границах от 12 до 35 баллов [12]. Значения ОМН в группе бывших военнослужащих с адаптационными расстройствами значимо выше ($p < 0,01$), чем в группе сравнения.

Таблица 5. Средние значения общей мотивационной напряженности потребления алкоголя в группах бывших военнослужащих ($M \pm m$ %), баллы

	Бывшие военнослужащие с АР ($n = 99$)	Бывшие военнослужащие без АР ($n = 30$)
Средние величины общей мотивационной напряженности, баллы	27,5 ± 1,1 ¹	21,5 ± 0,4 ²

Примечание. Достоверность межгрупповых различий: 1—2 — $p < 0,01$

Таблица 6. Распределение средних значений общей мотивационной напряженности потребления алкоголя в группе бывших военнослужащих с АР относительно критерия «степень опасности употребления алкоголя» (по данным AUDIT-теста [11])

Интерпретационные характеристики результатов применения AUDIT-теста			Бывшие военнослужащие с АР ($n = 99$)		Средние величины общей мотивационной напряженности ($M \pm m$), баллы
Сумма баллов	Уровень риска	Квалификация состояния	абс. ч., чел.	%	
1—7	Зона I	Относительно безопасное употребление алкоголя	55	55,56	24 ± 0,6
8—15	Зона II	Опасное употребление алкоголя	44	44,44	31 ± 0,8
16—19	Зона III	Употребление алкоголя с вредными последствиями	—	—	—
20—40	Зона IV	Зависимость от алкоголя согласно критериям МКБ-10	—	—	—

Из данных, представленных в таблице 6, следует, что значения показателя ОМН у большинства бывших военнослужащих с АР (55,56 %) и относительно безопасным паттерном употребления алкоголя, установленным по результатам применения AUDIT-теста, находились в диапазоне от 12 до 26 баллов (донозологический интервал — от 12 до 35 баллов). Средняя величина ОМН у большинства испытуемых с АР составила 24 ± 0,6 балла. У части бывших военнослужащих с АР (44,44 %) и опасным паттерном употребления алкоголя, установленным по результатам применения AUDIT-теста, значения показателя ОМН находились в диапазоне 28—34 балла (в среднем — 31 ± 0,8 балла). Анализируя представленные данные (см. табл. 6), можно заключить, что на протяжении мотивов потребления у значительной части пациентов с адаптационными расстройствами (44,44 %) и опасным уровнем потребления алкоголя оказалось самым высоким как по средней величине (31 ± 0,8 балла), так и по высоте диапазона напряжения (34 балла), что указывает на критическое приближение представителей данной подгруппы к интервалу «критического напряжения» в 35—50 баллов, который коррелирует с нозологическим этапом употребления психоактивных веществ [9].

На основе сравнительного изучения характеристик мотивационных особенностей употребления алкоголя в контингентах бывших военнослужащих с признаками адаптационных расстройств и без таковых, дифференцированных по уровню опасности употребления алкоголя (по результатам применения AUDIT-теста), впервые получены данные о структуре мотивов потребления и уровнях мотивационной напряженности потребления.

Установлено, что у бывших военнослужащих, проявивших после увольнения из Вооруженных Сил признаки адаптационных расстройств и имеющих опыт

употребления алкоголя, на донозологическом этапе АР, соотносимом с прохождением службы в армии, структура мотивов потребления алкоголя характеризовалась как исключительно непатологическая (патологических мотивов МПА выявлено не было). В структуре МПА преобладали социально-психологические, а среди них — традиционные мотивы.

Установлено, что у бывших военнослужащих с адаптационными расстройствами на момент обращения за медицинской помощью структура мотивов потребления алкоголя претерпела трансформацию за счет изменения иерархии мотивов (отмечено преобладание личностных, а среди последних — атарактических). У части военнослужащих с АР (при аффективном варианте АР) установлено расширение спектра мотивов потребления алкоголя за счет включения в структуру МПА патологических мотивов самоповреждения.

Установлено, что у значительной части бывших военнослужащих с адаптационными расстройствами (44,44 %) имеется опасный паттерн употребления алкоголя, который характеризуется выраженной мотивационной напряженностью.

Полученные в результате исследования данные являются важными как для познания процесса формирования аддиктивного паттерна в структуре адаптационного расстройства, так и для познания путей формирования коморбидной патологии.

Список литературы

1. Образцов И. В. Социальные проблемы бывших кадровых военнослужащих [Электронный ресурс] / И. В. Образцов, С. С. Соловьев // Социология культуры. — 1998. — № 4. — Доступ к документу : <http://ecsocman.hse.ru/data/943/712/1217/008.OBRAZTSOV.pdf> (Дата обращения: 18.11.2014).

2. Социально-психологическая адаптация кадровых военнослужащих, увольняемых в запас или отставку: теория и практика [Текст] / под ред. Н. Г. Осуховой, И. Г. Лотовой. — М.: Логос, 1999. — С. 5.

3. Дмитриев, И. В. Социально-психологическая адаптация офицеров, уволенных в запас, к условиям гражданской среды [Текст]: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. псих. наук / И. В. Дмитриев; Моск. гос. социальный ун-т. — М., 1999. — 25 с.

4. Мелконян, М. Г. Социальная адаптация военнослужащих, увольняемых в запас в процессе реформирования армии [Текст]: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. соц. наук; Бурятский гос. ун-т. — Улан-Удэ, 2001. — 23 с.

5. Белова, А. Ю. Психологическое сопровождение социальной адаптации военнослужащих, уволенных в запас, и членов их семей [Текст]: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. псих. наук; Ярослав. гос. ун-т им. П. Г. Демидова. — Тверь, 2004. — 23 с.

6. Лепешкин, Н. Я. Социальное самочувствие населения на современном этапе трансформации российского общества (региональный аспект) [Текст]: автореф. дис. на соискание уч. степени канд. социол. наук: 22.00.04; Хабар. гос. техн. ун-т. — Хабаровск, 2004. — 22 с.

7. Смирнов А. И. Взаимодействие общества и армии как социального института в современной России [Электронный ресурс]: автореф. дис. на соискание уч. степени д-ра соц. наук; Институт социологии РАН. — М., 2010. — Доступ к документу: <http://www.isras.ru/>; URL: http://www.civisbook.ru/files/File/Avtoreferat_SmirnovAI.pdf

8. Розлади адаптації: діагностика, клініка, лікування [Текст]: методичні рекомендації / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова [та ін.]. — Х.: ДУ «ІНРП АМН України», 2009. — 32 с.

9. Завьялов, В. Ю. Психологические аспекты формирования алкогольной зависимости [Текст] / В. Ю. Завьялов. — Новосибирск: Наука, 1998. — 196 с.

10. Метод комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов [Текст] / И. В. Линский, А. И. Минко, А. Ф. Артемчук [и др.] // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2009. — № 2 (16). — С. 56—70.

11. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Who collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption [Text] / J. B. Saunders, O. G. Aasland, T. F. Babor [et al.] // Addiction. — 1993. — Vol. II. — № 88. — P. 791—804.

12. Алексеев, Б. Е. Полоролевое поведение и его акцентуации [Текст] / Б. Е. Алексеев. — СПб.: Речь, 2006. — 144 с.

Надійшла до редакції 15.12.2014 р.

СУКАЧОВА Ольга Миколаївна, психолог, асистент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків; e-mail: olga_sukachova@ukr.net

SUKACHOVA Olga, assistant of Department of Psychiatry, Narcology, Neurology and Medical Psychology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv; e-mail: olga_sukachova@ukr.net

УДК 616.895:615.214-08:001.8

О. С. Телюков

КОМБІНОВАНЕ ЗАСТОСУВАННЯ ЛАМОТРИДЖИНУ ТА СОЛЕЙ ЛІТІУ У ЛІКУВАННІ БІПОЛЯРНОГО АФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ II ТИПУ (результати відкритого порівняльного дослідження)

О. С. Телюков

Комбинированное применение ламотриджина и солей лития в лечении биполярного аффективного расстройства II типа (результаты открытого сравнительного исследования)

O. S. Telyukov

Combination of Lamotrigine and Lithium in the treatment of bipolar II disorder (results of open comparative trial)

У роботі подані результати порівняльного дослідження комбінованого застосування ламотриджину і карбонату літію як нормотимічної схеми в терапії депресивного епізоду при біполярному афективному розладі II типу.

Дві паралельні групи пацієнтів отримували ламотриджин з літієм і депакін. Оцінювання ефективності проводили з використанням шкал HAMD-21, YMRS, ISST, CGI-S, CGI-I. Показано вищу ефективність комбінації ламотриджину і літію в лікуванні депресивного синдрому в рамках біполярного розладу II типу.

Поєднання ламотриджину з літієм виявило задовільну переносимість протягом періоду дослідження. Виявлено їх позитивну дію на суїцидальні думки пацієнтів і стабільніший вплив на попередження інверсії фази.

Ключові слова: ламотриджин, соли літію, біполярний афективний розлад, антидепресанти, нормотимічні засоби

В работе представлены результаты сравнительного исследования комбинированного применения ламотриджина и карбоната лития в качестве нормотимической схемы в терапии депрессивного эпизода при биполярном аффективном расстройстве II типа.

Две параллельные группы пациентов получали ламотриджин с литием и депакин. Оценку эффективности проводили с использованием шкал HAMD-21, YMRS, ISST, CGI-S, CGI-I. Показана более высокая эффективность комбинации ламотриджина и лития в лечении депрессивного синдрома в рамках биполярного расстройства II типа.

Сочетание ламотриджина с литием наружило удовлетворительную переносимость на протяжении периода исследования. Выявлено их положительное действие на суицидальные мысли пациентов и более стабильное влияние на предупреждение инверсии фазы.

Ключевые слова: ламотриджин, соли лития, биполярное аффективное расстройство, антидепрессанты, нормотимики

In the article the results of comparative trial of the combining usage of Lamotrigine and Lithium as normothymic drug's scheme in the therapy of Bipolar II Disorder were showed.

Two parallel groups of patients which received Lamotrigine combined Lithium and Depacine were used. The estimation of efficacy was fulfilled by using HAMD-21, YMRS, ISST, CGI-S and CGI-I scales. High efficacy of Lamotrine and Lithium combination in the treatment of depression in Bipolar II Disorder was showed.

Lamotrine combined Lithium revealed good tolerability during all period of trial. Positive influence of this combination to correction of suicidal ideations and more stable influence to prevention of phase inversion were established.

Key words: Lamotrigine, lithium, Bipolar Disorder, antidepressants, normothymics

Проблема розладів настрою залишається однією з найбільш значущих в сучасній психіатрії, зважаючи на

їх надзвичайну поширеність в популяції, тенденцію до зростання, пов'язаний з ними ризик аутоагресивних дій, низку соціальних та соціально-психологічних наслідків. Класифікаційне розуміння афективної патології в остан-

ній час суттєво змінилось та продовжує змінюватись, що відбивається як в МКХ-10 та DSM-IV, так і в проєктах їх нових едіцій. Означене явище має не тільки номенклатурно-облікове значення, а й відображає еволюцію клінічного розуміння афективних порушень, системний пошук їх етіологічних джерел, а відповідно, й диференційованих стратегій терапії.

Термін «біполярний розлад II типу» вперше було використано більше тридцяти років тому з метою диференціації розладу з рекурентними депресивними епізодами та гіпоманіакальними станами, класичного біполярного розладу (біполярний розлад I типу з депресивними і маніакальними епізодами), а також рецидивуючого тяжкого (великого) депресивного розладу [1].

Концепція трихотомії розладів настрою — біполярний розлад I типу, біполярний розлад II типу і уніполярний депресивний розлад — підтверджується в дослідженнях, де знайдено характерну структуру симптомів біполярного розладу II типу і виявлено особливий тип сімейного успадкування цього захворювання [2].

В низці досліджень з використанням методів візуалізації нервової системи та біохімічних аналізів, в яких окремо вивчалися пацієнти з біполярним розладом I та II типів відповідно, отримано результати, що свідчать про відмінність в цих групах, що додатково підтверджує думку про біполярний розлад II типу як окрему діагностичну одиницю [3, 4].

Незважаючи на включення цієї діагностичної одиниці до DSM та МКХ, даний розлад діагностується недостатньо, що, найскоріше, пов'язано з проблемами діагностування підпорогових проявів маніакального стану, оскільки незначно виражений маніакальний стан (гіпоманія) може бути егосинтонним і не супроводжується суб'єктивним неспокоєм у пацієнтів [2]. Крім того, гіпоманіакальний стан особливо часто залишається непоміченим, якщо він розвивається у пацієнтів з атиповою депресією, незважаючи на те, що вона набагато частіше спостерігається при біполярному розладі II типу, ніж при уніполярному депресивному розладі [5, 6]. Треба зазначити, що у пацієнтів з біполярним розладом II типу частіше спостерігаються епізоди депресії, а їхня кількість при біполярному розладі може бути більш значущим предиктором психосоціальних наслідків, ніж маніакальний стан [7]. Поєднання означеного факту з низьким рівнем діагностування даного типу біполярного розладу пояснює надзвичайно високий ризик самогубств серед пацієнтів з такою патологією [8].

Все вищезазначене підкреслює важливість своєчасної діагностики та вибору адекватних схем лікування біполярного розладу II типу, як такого, що має високий потенціал суїцидогенезу та відзначається недостатнім охопленням хворих, що страждають на нього, спеціалізованою психіатричною допомогою.

Стосовно терапії біполярного афективного розладу II типу варто підкреслити домінуюче значення застосування нормотимічних засобів, оскільки антидепресанти призначають традиційно під час терапії депресивного епізоду, що діагностується в рамках рекурентної депресії. Дані сучасних наукових досліджень свідчать про високу ефективність терапії хворих на біполярний розлад II типу ламотриджином, причому ефективність цього засобу доводиться в депресивній фазі розладу, а також при швидкій зміні циклів [9, 10]. Однак, в низці робіт висловлюється думка про подібний клінічний ефект застосування ламотриджину та вальпроатів в лікуванні біполярних розладів [11, 12]. Інтерес становлять поодинокі

роботи щодо комбінованого використання двох нормотимічних засобів з різними механізмами дії (солей літію та вальпроатів, карбамазепіну та солей літію та ін.) [13, 14]. Однак, ці результати отримано тільки на незначних вибірках пацієнтів, що потребує проведення подальших мультицентрових досліджень.

В даній роботі подано результати подвійного сліпого дослідження ефективності та переносимості комбінованого застосування ламотриджину в дозі 100 мг на добу з солями літію в дозі 300 мг на добу у порівнянні з депакіном в дозі 1000 мг на добу у лікуванні депресивного епізоду при біполярному афективному розладі II типу. Використовували препарати ламотрин, карбонат літію та депакін-хроно-500.

Первинною метою дослідження було доведення ефективності застосування комбінації ламотриджин (100 мг) + карбонат літію (300 мг) в терапії депресивного епізоду в рамках біполярного розладу II типу для перевірки такої робочої гіпотези: комбіноване застосування ламотриджину та солей літію в дозах 100 і 300 мг на добу відповідно перевищує ефективність депакіну в дозі 1000 мг щоденно як нормотимічного засобу під час лікування біполярного афективного розладу II типу.

Вторинною метою дослідження було вивчення переносимості та безпеки комбінації ламотриджину з солями літію зазначеного дозування у хворих на біполярний розлад порівняно з депакіном, шляхом реєстрації побічних проявів та терапевтичних ускладнень.

Дослідження було рандомізованим, порівняльним в паралельних групах у стаціонарних пацієнтів з депресивним епізодом при біполярному розладі II типу.

Дослідження проводилось протягом березня-травня 2014 року. Тривалість складала 6 тижнів. Дослідження включало скринінговий етап, прерандомізаційний період тривалістю 7 днів, рандомізацію пацієнтів у дві паралельні групи та 6-тижневий період прийому досліджуваних препаратів.

На етапі скринінгу пацієнтів оцінювали за основними критеріями включення та виключення і проводили попереднє обстеження за запланованими шкалами.

Під час прерандомізаційного періоду пацієнтам, які відповідали критеріям включення, було відмінено попередню терапію антидепресантами та нормотимічними препаратами та, за необхідністю, проводили інфузійну терапію за традиційними схемами.

Рандомізацію пацієнтів проводили на 7-й день після скринінгового дослідження шляхом випадкового відбору у дві паралельні групи по 19 осіб кожна. Пацієнти першої групи отримували ламотриджин 100 мг в 09.00 та літію карбонат 300 мг в 20.00; пацієнти другої групи приймали депакін-хроно 1000 мг в два прийоми, аналогічно досліджуваним першої групи.

Протягом 6-тижневого періоду прийому досліджуваних препаратів обстеження пацієнтів здійснювались 1 раз на тиждень. Останнє (завершальне) обстеження проводили в останній день 6-го тижня.

Під час скринінгу, рандомізації та подальших обстежень, окрім загальної клінічної оцінки, використовували шкали, які дозволяли об'єктивно оцінювати динаміку психічного стану пацієнтів: HAMD-21 (шкала Гамільтона для оцінки вираженості симптомів депресії), YMRS (шкала Янга для оцінки вираженості симптомів манії), ISST (шкала оцінки наявності та тяжкості суїцидальних думок), CGI-S (загальне клінічне враження тяжкості симптомів психічного розладу) та CGI-I (загальне клінічне враження динаміки симптомів психічного розладу).

Основними критеріями включення були наявність у пацієнта поточного депресивного епізоду в рамках біполярного розладу II типу (за DSM-IV) й усвідомлена згода пацієнта на участь у дослідженні. Критеріями виключення були вік до 18 років, психічні розлади I осі, інші, ніж біполярний розлад II типу, гостра і тяжка хронічна соматична патологія в стадії декомпенсації, підвищена чутливість до препаратів групи вальпроєвої кислоти, солей літію та ламотриджину, відмова від участі у дослідженні.

Було обстежено 38 пацієнтів Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О. Ф. Мальцева. Вік пацієнтів складав від 21 до 63 років (середній вік склав $41 \pm 2,17$ роки). Чоловіків було 18 (47,37 %) осіб, жінок — 20 (52,63 %).

Всі пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні з діагнозом біполярного афективного розладу за МКХ-10. За діагностичними критеріями DSM-IV даний афективний розлад належав до II типу. Поточна госпіталізація була пов'язана з наявною депресивною симптоматикою і коливалась від 3 до 15 днів (середній час перебування в стаціонарі на момент скринінгу склав $5,3 \pm 1,14$ днів). Тривалість біполярного розладу у обстежуваних коливалась від 3 до 12 років, складаючи в середньому $6,12 \pm 0,23$ роки. Жоден з пацієнтів не проходив стаціонарного лікування з приводу маніакальної симптоматики, однак анамнестичні дані чітко свідчили про наявність гіпоманіакальних розладів в минулому. У більшості пацієнтів (22 особи — 57,89 %) раніше діагностувався рекурентний депресивний розлад, який в подальшому було переглянуто на біполярний афективний. Відповідно, всі обстежувані в минулому отримували нормотимічні засоби (23 пацієнти — препарати вальпроєвої кислоти, 15 осіб — ламотриджин). На момент включення в дослідження активну комбіновану терапію антидепресантами та нормотимічними засобами отримували 32 (84,21 %) пацієнти. Згідно з дизайном дослідження, на момент скринінгу всім пацієнтам було припинено прийом поточного лікування.

Результати скринінгового обстеження за обраними шкалами були такими: за HAMD-21 середній бал склав $23,7 \pm 1,43$ бали; за YMRS — $8,3 \pm 2,02$ бали; за ISST — $16,6 \pm 0,14$ бали; за CGI-S середній бал був $4,67 \pm 1,25$, що відповідало вираженій тяжкості психічного розладу.

Протягом 7 днів після скринінгу пацієнти не отримували медикаментозного лікування, і, за необхідністю, проводили крапельну інфузійну терапію.

На 8 день дослідження було проведено рандомізацію у дві паралельні групи, причому обстежуваних було розподілено порівну (19 осіб в кожній групі). Результати рандомізаційного обстеження за шкалами виглядали таким чином: за HAMD-21 середній бал склав $25,1 \pm 0,32$ бали; за YMRS — $7,14 \pm 1,52$ бали; за ISST — $17,5 \pm 0,12$ бали; за CGI-S середній бал склав $4,87 \pm 3,67$. Таким чином, суттєвих, статистично значущих змін за основними оціночними шкалами не відбулось, однак простежувалась тенденція до погіршення психічного стану усіх пацієнтів.

Аналіз динаміки основних показників протягом 6-тижневого періоду лікування надається окремо за кожною з обраних шкал.

На рисунку 1 подано динаміку за HAMD-21 протягом 6 тижнів дослідження.

З наведеного графіка видно, що протягом 6-тижневого періоду лікування депресивна симптоматика у пацієнтів обох груп практично не змінювалась до третього тижня. Так, на 2-му тижні вона склала в 1 та 2 групі $24,1 \pm 1,33$ та $24,2 \pm 1,13$ бали відповідно. Чітке розходження динаміки за означеною шкалою між пацієнтами обох груп було

виявлено на 3 тижні, коли середній бал за HAMD-21 знизився у обстежуваних 1-ї групи до $21,2 \pm 1,15$, а у пацієнтів 2 групи — до $23,8 \pm 0,08$ ($p > 0,05$). Протягом наступних тижнів терапії розходження набуло статистичної достовірності і на момент завершального оцінювання середній бал за HAMD-21 був у пацієнтів 1 та 2 груп $15,4 \pm 0,11$ і $19,7 \pm 1,54$ відповідно ($p < 0,05$).

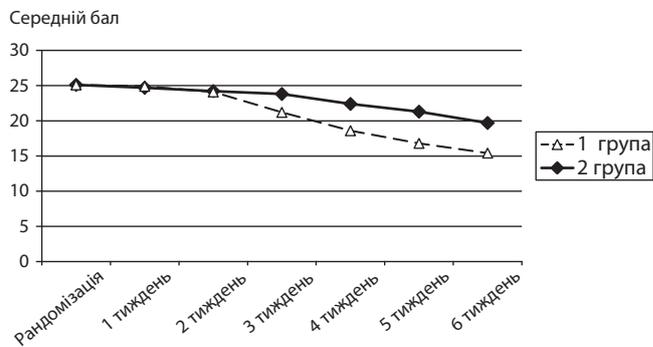


Рис. 1. Динаміка симптоматики у пацієнтів за HAMD-21

Динаміку за шкалою YMRS подано на рисунку 2.

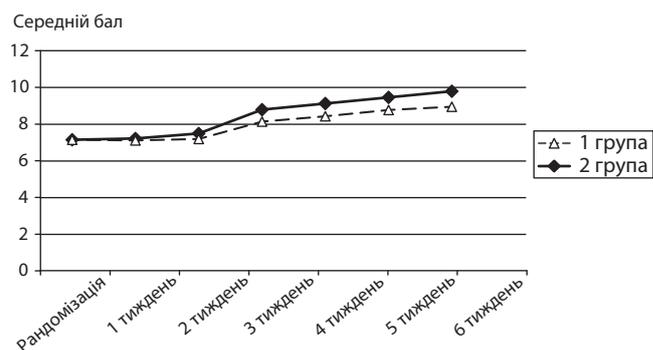


Рис. 2. Динаміка симптоматики у пацієнтів за YMRS

Оцінювання за означеною шкалою пацієнтів обох груп не виявило суттєвих відмінностей, проте треба зазначити, що, починаючи з третього тижня, середній бал за YMRS мав тенденцію до вираженішого підвищення у пацієнтів другої групи. На момент завершального візиту середній бал за шкалою Янга склав $8,95 \pm 1,32$ в першій групі та $9,79 \pm 0,72$ — в другій. Різниця в 0,84 бали не є статистично значущою, однак емпірично може свідчити про гіпотетично меншу здатність депакіну до утримання афекту на рівні суб'єктивної стабільності.

Важливим завданням дослідження було вивчення потенційної «антисуїцидогенної» дії ламотрину, що обумовило застосування в процесі оцінювання шкали ISST. Її динаміку протягом 6 тижнів терапії подано на рисунку 3.

Аналіз наведеного графіка демонструє більш стабільну та ранню позитивну динаміку усунення суїцидальної налаштованості у пацієнтів першої досліджуваної групи. Починаючи з першого тижня терапії, середній бал за ISST знижувався, досягнувши $4,9 \pm 2,17$, порівняно з $17,5 \pm 0,12$ на момент рандомізації ($p < 0,001$). У пацієнтів другої групи також мала місце позитивна динаміка за означеною шкалою, але вона починалась з 4 тижня прийому препарату і не досягала, відповідно, мінімальних балів на 6-му тижні.

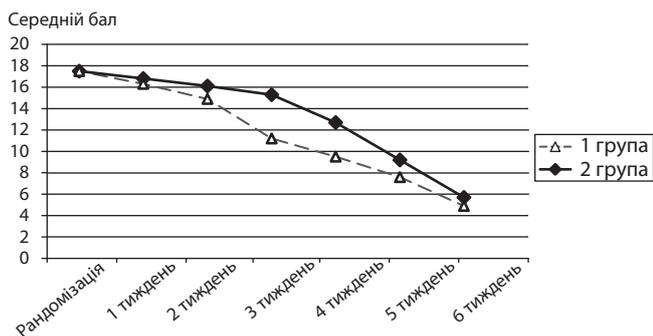
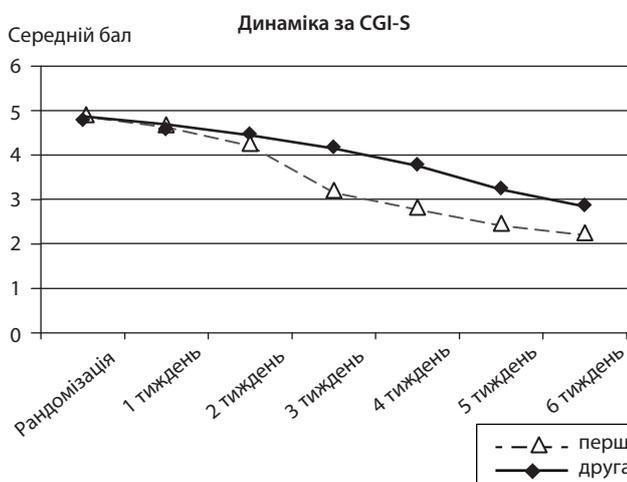


Рис. 3. Динаміка суїцидальної симптоматики у пацієнтів за ISST

Динаміку оцінення тяжкості психічного розладу та динаміку покращання за шкалами CGI-S та CGI-I у пацієнтів першої та другої групи подано на рисунку 4.



За шкалою CGI-S вираженість психопатологічної симптоматики у пацієнтів першої групи почала суттєво знижуватись з 3 тижня і досягла мінімального значення в $2,2 \pm 2,09$ бали на 6-му тижні дослідження, що відповідало клінічним ознакам виходу з депресивного стану. У пацієнтів другої групи покращання психічного стану відбувалось повільніше і не досягло рівня першої групи ($2,84 \pm 0,17$ бали на 6-му візиті). Такий середній бал відповідав клінічним ознакам легкої депресивної симптоматики.

За шкалою CGI-I, яку вперше застосовували наприкінці 1-го тижня терапії, вираженість покращання психічного стану пацієнтів першої групи була достовірно більшою: на 6-му тижні середній бал за шкалою склав $1,8 \pm 3,11$ проти $2,4 \pm 0,23$ в другій групі ($p < 0,05$). Якісним еквівалентом вказаних балів у пацієнтів першої групи було визначення динаміки психічного стану як «значне покращання», в той час як у обстежених другої групи середній бал наближався до «мінімального покращання».

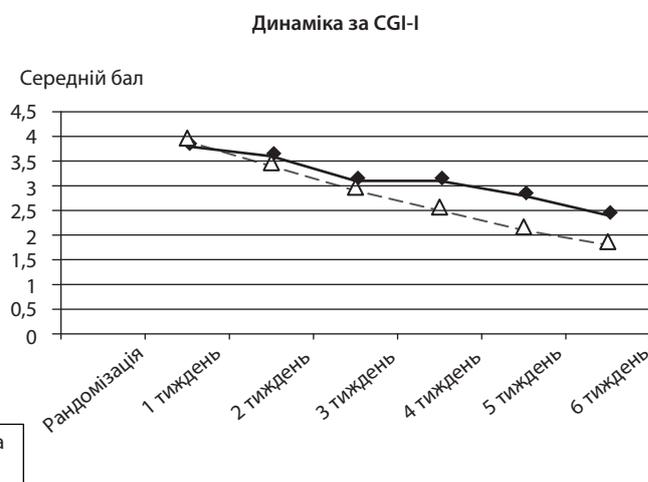


Рис. 4. Динаміка середнього балу у пацієнтів за CGI-S та CGI-I

Аналіз переносимості та безпеки препаратів показав, що у пацієнтів першої групи за період дослідження побічних проявів та терапевтичних ускладнень зареєстровано не було. У 4 (10,52 %) пацієнтів другої групи спостерігались побічні ефекти у вигляді шкірного висипу, що було усунуто додатковим призначенням фенкаролу.

Результати проведеного дослідження дозволили сформулювати такі висновки:

1. Аналіз отриманих даних підтверджує робочу гіпотезу дослідження: комбіноване застосування ламотриджину та літію карбонату в дозі 100 та 300 мг на добу відповідно статистично достовірно перевищує ефективність депакіну в дозі 1000 мг щоденно як нормотимічного засобу при лікуванні біполярного афективного розладу II типу ($p < 0,05$).

2. Початок активного усунення депресивної симптоматики при терапії комбінацією ламотриджину та літію розпочинається з третього тижня лікування та наближається до клінічної нормалізації на шостому тижні.

3. Поєднання ламотриджину та літію як нормотимічного засобу має стабільніший вплив на попередження інверсії фази, що відбивається в утриманні показників вираженості маніакальної симптоматики в межах середньостатистичних коливань за шкалою YMRS.

4. Ефективність комбінації ламотриджину та літію в корекції антивітальних переживань та суїцидальних

думок перевищує таку у депакіну, але без статистичної достовірності. В той же час, швидкість антисуїцидальної дії у означеній комбінації нормотиміків достовірно перевищує таку у депакіну і починається вже з першого тижня прийому.

5. Динаміка загального покращання психічного стану на тлі лікування ламотриджином та літієм відрізняється більшою інтенсивністю та досягає більшого кінцевого ефекту, порівняно з застосуванням депакіну ($p < 0,05$).

6. Добра переносимість та безпека терапії ламотриджином у сполученні з літієм у хворих на біполярний розлад II типу дозволяє рекомендувати їх як досить ефективну комбінацію серед засобів нормотимічної дії.

Список літератури

1. Dunner, D. L. Heritable factors in the severity of affective illness / Dunner, D. L., E. S. Gershon, and F. K. Goodwin // Biological Psychiatry. — 1976; 11, 31—42.
2. The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology / [Cassano G. B., Dell'Osso L., Frank E., et al.] // Journal of Affective Disorders. — 1999; 54: 319—328.
3. T2 hyperintensities in bipolar disorder: magnetic resonance imaging comparison and literature meta-analysis / [Altshuler L. L., Curran J. C., Hauser P., et al.] // American Journal of Psychiatry. — 1995; 152:1139—1144.
4. Association of bipolar disorder with 5178 polymorphism in mitochondrial DNA / [Kato T., Kunugi H., Nanko S., et al.] // American Journal of Medical Genetics. — 2000; 96: 182—186.

5. Benazzi, F. Depression with DSM-IV atypical features: a marker for bipolar II disorder / F. Benazzi // *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. — 2000; 250: 53—55.

6. Benazzi, F. Sensitivity and specificity of DSM-IV atypical features for bipolar II disorder diagnosis / F. Benazzi, Z. Rihmer // *Psychiatry Research*. — 2000; 94: 257—262.

7. MacQueen, G. M. Effect of number of episodes on well-being and functioning with bipolar disorder / MacQueen G. M., Young L. T., Jofle R. T. // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. — 2000; 101: 374—381.

8. Ghaemi, S. N. Diagnosing bipolar disorder and the effect of antidepressants: a naturalistic study / Ghaemi S. N., Bohman E. E., Goodwin F. K. // *Journal of Clinical Psychiatry*. — 2000; 61, 804—808.

9. Lamotrigine in rapid-cycling bipolar disorder / [Fatemi S. H., Rapport D. J., Calabrese J. R., et al.] // *Ibid.* — 1997; 58, 522—527.

10. Spectrum of activity of lamotrigine in treatment-refractory bipolar disorder / [Calabrese J. R., Bowden C. L., McElroy S. L., et al.] // *American Journal of Psychiatry*. — 1999; 156: 1019—1023.

11. Goldberg, J. F. Treatment guidelines: current and future management of bipolar disorder // *J. Clin. Psychiatry*. — 2007. — Vol. 61(13). — P. 12—18.

12. Cost of Bipolar Disorder / [Kleinman L. S. Lowin A., Flood E. et al.] // *Pharmacoeconomics*. — 2003. — Vol. 21(9). — P. 601—622.

13. Oxcarbazepine as add-on treatment in patients with bipolar manic, mixed or depressive episode / [Benedetti A., Lattanzi L., Pini S., et al.] // *J. Affect. Disorders*. — 2002. — Vol. 1. — P. 1—5.

14. Mechanisms of Action of carbamazepine and its derivatives, Oxcarbazepine, BIA 2-093, and BIA 2-024 / [Ambrosio A. F., Soares-da-Silva P., Carvalho C. M. et al.] // *Neurochemical Research*. — 2002. — Vol. 27. — P. 121—130.

Надійшла до редакції 14.01.2015 р.

ТЕЛЮКОВ Олесь Станіславович, кандидат медичних наук, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Вищого державного навчального закладу України «Українська медична стоматологічна академія», Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. А. Ф. Мальцева, м. Полтава

TELYUKOV Oles, MD, PhD, Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Higher State educational institution of Ukraine "Ukrainian Medical Stomatological Academy", Poltava O. F. Maltsev's Regional Clinical Psychiatric Hospital, Poltava

УДК 616.89: 616.5-009

О. А. Усков, М. В. Маркова
ІНТРАПСИХІЧНІ ТА ПОВЕДІНКОВІ ПАТТЕРНИ ПІДЛІТКІВ З АТОПІЧНИМ ДЕРМАТИТОМ ЯК МІШЕНІ ЇХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ

А. А. Усков, М. В. Маркова
Интрапсихические и поведенческие паттерны подростков с atopическим дерматитом как мишени их медико-психологической поддержки

А. Uskov, M. Markova
Intrapsychical and behavioral patterns of adolescents with atopic dermatitis as target of medical and psychological support

Атопічний дерматит — серйозна міждисциплінарна медична проблема, з якою зустрічаються у повсякденній практиці лікарі різних спеціальностей.

У роботі проведено оцінювання характерологічних та поведінкових особливостей підлітків з атопічним дерматитом. Виявлено відмінності у структурі акцентуації, а саме — переважання лабільного та астено-невротичного типів у дівчат, та астено-невротичного й епілептоїдного — у хлопців, та вищу напруженість копінг-механізмів порівняно зі здоровими однолітками.

Проведено типологізацію психічних асоціацій підлітків з атопічним дерматитом та співвіднесено її з впливом на психічну діяльність. Виокремлено такі типи: конструктивно-соціальний та конструктивно-інтернальний — психостабілізуючі, пасивно-унікаючий та деструктивно-соціальний — дестабілізуючі, пасивно-соціальний займав проміжне положення. Особливістю підлітків з атопічним дерматитом було превалювання саме дестабілізуючих та проміжних впливів.

Ключові слова: атопічний дерматит, підлітки, акцентуації, копінг, психологічна допомога

Атопіческий дерматит — серьезная междисциплинарная медицинская проблема, с которой сталкиваются в повседневной практике врачи различных специальностей.

В работе проведена оценка характерологических и поведенческих особенностей подростков с atopическим дерматитом. Выявлены различия в структуре акцентуаций, а именно — преобладание лабильного и астено-невротического типа у девушек, и астено-невротического и эпилептоидного — у юношей, более высокую напряженность копинг-механизмов по сравнению со здоровыми сверстниками.

Проведена типологизация психических ассоциаций подростков с atopическим дерматитом, определено ее влияние на психическую деятельность. Выделены следующие типы: конструктивно-социальный и конструктивно-интернальный — психостабилизирующие, пассивно-избегающий и деструктивно-социальный — дестабилизирующие, пассивно-социальный занимал промежуточное положение. Особенностью подростков с atopическим дерматитом было превалирование именно дестабилизирующих и промежуточных воздействий.

Ключевые слова: atopический дерматит, подростки, акцентуации, копинг, психологическая помощь

Atopic dermatitis — a serious interdisciplinary medical problem that occur in everyday practice, physicians of various specialties.

In this paper provided the estimation of character and behavioral characteristics of adolescents with atopic dermatitis. The differences in the structure of accentuation, namely, the prevalence of labile and asthenic-neurotic types in girls and asthenic-neurotic and epileptic — in boys, and higher tension of coping mechanisms, compared with healthy peers.

It was formulated a typology of mental associations in adolescent with atopic dermatitis and correlate it with the impact on mental activity. Highlight the following types: social-constructive and self-constructive — they were as psychostabilizing, passive-avoiding and social-destructive — had destabilizing impact, passive-social occupied an intermediate position. Peculiarities of adolescents with atopic dermatitis was the prevalence of destabilizing and intermediate effects.

Key words: atopic dermatitis, adolescent, accentuation, coping, psychological care

Атопічний дерматит (АД) — серйозна міждисциплінарна медична проблема, з якою зустрічаються у повсякденній практиці лікарі різних спеціальностей.

АД сьогодні розглядається як системне захворювання, оскільки в патологічний процес втягаються не лише шкіра, але й інші органи та системи [1].

За даними різних епідеміологічних досліджень, захворюваність на АД коливається від 6,0 до 25,0 на 1000 на-

селення та має тенденцію до збільшення. Так, на початку 60-х років поширеність АД становила не більш ніж 3 %. На сьогодні поширеність захворювання в дитячій популяції США досягла 17,2 %, у дітей в Європі — 15,6 %, а в Японії — 24 %. [2]. Спостерігається схильність до патоморфозу та важкого перебігу дерматозу, що приводить до обмеження життєдіяльності і соціально-психологічної дезадаптації пацієнтів [2, 3]. Також в останні роки відзначають збільшення частоти розповсюджених форм АД (86 %); приєднання вторинного інфікування шкіри як у хворих на дитячу екзему (55,3 %), так і на АД (27,0 %); збільшення кількості хворих із торпідним перебігом захворювання 36,4 %; поширення інвалідизуючих форм (17,7 %); високу частоту загострень шкірного процесу — від 6 до 12 разів на рік (29,0—45,9 %) [4].

Багато наукових публікацій присвячено проблемам клініки, діагностики та терапії АД як у дорослих так і дітей, тобто суто медичним аспектам хвороби. Однак неухильне збільшення кількості пацієнтів з АД та тенденція до хронізації і більш важкого перебігу захворювання свідчать про необхідність пошуку нових методів та підходів до лікування.

Враховуючи поширеність АД серед дітей, тенденцію до важкого перебігу, інвалідизуєчі наслідки хвороби, визначення психоемоційних стресорів як тригерів загострень дерматозу, вивчення та вплив на психологічні чинники перебігу АД є одним з пріоритетних напрямків у терапії захворювання.

Метою роботи було — визначити індивідуально-психологічні та поведінкові особливості підлітків, які хворіють на atopічний дерматит.

Вивчення інтрапсихічних паттернів проводили за допомогою «Патохарактерологічного діагностичного опитувальника» (ПДО) [5], виявлення копінг-механізмів подолання труднощів у сферах психічної діяльності, копінг-стратегій — за опитувальником «Способи долаючої поведінки» Р. Лазаруса [6].

У дослідженні взяли участь 108 дітей з АД — основна група (ОГ, 67 дівчат та 41 — хлопців), та 48 соматично здорових підлітків, які склали групу порівняння (ГП, 29 дівчат та 19 хлопців). Вік опитуваних становив 15—17 років. Психологічне обстеження проводили за інформованою згодою дітей та їхніх батьків, з дотриманням принципів етики та деонтології.

Вивчення акцентуацій характеру у підлітків виявило більшу кількість осіб з патохарактерологічними рисами серед обстежуваних ОГ, а саме — 70,1 % серед дівчат та 75,6 % — хлопців, порівняно з ГП, в якій відповідні показники становили 51,7 % та 57,9 % відповідно, $p < 0,05$.

У структурі акцентуацій у ОГ поміж юнок переважали астено-невротичний (20,9 %), істероїдний (13,4 %) та лабільний типи (11,9 %), поміж юнаків — астено-невротичний (22,0 %) та гіпертимний типи (17,1 %). У ГП домінуючими акцентуаціями у дівчат були гіпертимна (17,2 %) та сензитивна (13,8 %), тоді як у хлопців — гіпертимна (26,3 %).

Серед дівчат ОГ, порівняно з юнками ГП, кількість опитуваних з астено-невротичним та лабільним типом акцентуації була більшою (20,9 % у ОГ та 6,9 % у ГП; 11,9 % у ОГ та 0 % у ГП, $p < 0,05$). У юнаків відмінності виявлені за гіпертимним типом — більша частка осіб у ГП (26,3 %), на відміну від ОГ (17,1 %), астено-невротичним та епілептоїдним типами, де навпаки була більшою кількість

підлітків у ОГ (22,0 % у ОГ та 5,3 % у ГП; 7,3 % у ОГ та 0 % у ГП, $p < 0,05$).

Виявлені відмінності у структурі акцентуацій між дівчатами та хлопцями у ОГ: у хлопців була більшою частка осіб з гіпертимним та епілептоїдним типами ($p < 0,05$).

Аналіз вираженості типів копіngu в опитуваних виявив відмінності ступеня їх прояву між підлітками в ОГ та ГП. У дівчат з ОГ, порівняно з юнками ГП, вищими були рівні копіngu, орієнтованого на конфронтацію ($7,4 \pm 4,3$ бали у ОГ та $4,4 \pm 2,8$ бали у ГП), дистанціювання ($7,6 \pm 4,0$ та $4,6 \pm 2,6$ бали у ОГ та ГП відповідно), самоконтроль ($6,4 \pm 3,7$ бали у ОГ та $3,9 \pm 2,5$ бали у ГП), пошук соціальної підтримки (у ОГ $8,4 \pm 4,0$ бали та у ГП $5,6 \pm 3,4$ бали), прийняття відповідальності ($6,0 \pm 3,2$ та $4,0 \pm 2,5$ бали відповідно у ОГ та ГП) та уникнення ($7,6 \pm 3,8$ бали у ОГ та $4,9 \pm 3,1$ бали у ГП) з $p < 0,01$ та планування вирішення проблеми ($5,0 \pm 3,2$ та $3,8 \pm 2,5$ бали у ОГ та ГП, відповідно) з $p < 0,05$.

У юнаків з ОГ, порівняно з хлопцями з ГП, більшою напруженістю копіngu відзначалися конфронтація ($6,9 \pm 3,7$ бали у ОГ та $5,3 \pm 2,6$ бали у ГП), дистанціювання ($6,1 \pm 3,5$ та $4,1 \pm 2,9$ бали у ОГ та ГП, відповідно), самоконтроль ($6,4 \pm 4,5$ бали у ОГ та $4,2 \pm 2,6$ бали у ГП), пошук соціальної підтримки (у ОГ $6,4 \pm 4,0$ бали та у ГП $4,4 \pm 2,4$ бали), уникнення та позитивне переоцінення ($6,3 \pm 3,8$ та $5,6 \pm 3,3$ бали у ОГ і $4,4 \pm 2,2$ та $5,0 \pm 2,2$ бали у ГП відповідно) з $p < 0,05$.

Виявлено також відмінності у напруженості копінг-стратегій залежно від статі, а саме — вищу вираженість у дівчат, порівняно з хлопцями в ОГ, дистанціювання ($7,6 \pm 4,0$ бали у дівчат та $6,1 \pm 3,5$ бали у хлопців), пошук соціальної підтримки (відповідно $8,4 \pm 4,0$ та $6,4 \pm 4,0$ бали у юнок і юнаків) та уникнення ($7,6 \pm 3,8$ бали у дівчат та $6,3 \pm 3,8$ бали у хлопців), тоді як у юнаків з даної групи більшими були показники позитивної переоцінки ($5,6 \pm 3,3$ бали у хлопців та $4,6 \pm 2,8$ бали у дівчат). У ГП відмінності стосувалися вищих рівнів прояву планування вирішення проблеми та позитивного переоцінення стресової ситуації у юнаків, порівняно з юнками ($5,1 \pm 2,5$ та $5,0 \pm 2,2$ бали у хлопців і $3,8 \pm 2,5$ та $3,8 \pm 2,5$ бали у дівчат).

У структурі стрес-долаючої поведінки серед дівчат-підлітків в ОГ була більшою кількість опитуваних з високим рівнем напруженості за типами дистанціювання ($14,9 \pm 3,6$ % у ОГ та 0 % у ГП), пошуком соціальної підтримки ($22,4 \pm 4,2$ % у ОГ та $6,9 \pm 2,5$ % у ГП) та уникненням ($16,4 \pm 3,7$ % та 0 % відповідно у ОГ та ГП). За дистанціюванням та пошуком соціальної підтримки серед дівчат з ОГ також була більшою частка осіб і за середнім рівнем напруженості ($49,3 \pm 5,0$ % та $49,3 \pm 5,0$ % у ОГ і $27,6 \pm 4,5$ % та $31,0 \pm 4,6$ % у ГП), окрім того більшу питому вагу серед опитуваних ОГ виявлено за самоконтролем ($52,2 \pm 5,0$ % у ОГ та $31,0 \pm 4,6$ % у ГП).

У структурі копінг-стратегій у хлопців виявлено більшу кількість опитуваних з високим рівнем напруженості у ОГ за типами дистанціювання ($4,9 \pm 2,2$ % у ОГ та 0 % у ГП), пошуком соціальної підтримки та уникненням ($7,3 \pm 2,6$ % та $9,8 \pm 3,0$ % у ОГ і по 0 % у ГП відповідно), з середнім рівнем напруженості — пошуком соціальної підтримки ($51,2 \pm 5,0$ % у ОГ та $26,3 \pm 4,4$ % у ГП).

Під час порівняння питомої ваги осіб з різними рівнями напруженості копінг-стратегій між дівчатами та хлопцями у кожній групі встановлено, що у юнаків з ОГ

була більшою кількістю опитуваних з високою напруженістю самоконтролю ($19,5 \pm 4,0\%$ у хлопців і $6,0 \pm 2,4\%$ у дівчат) та середньою напруженістю — конфронтації ($53,7 \pm 5,0\%$ і $37,3 \pm 4,8\%$ у хлопців та дівчат відповідно) та прийняття відповідальності ($43,9 \pm 5,0\%$ у хлопців та $35,8 \pm 4,8\%$ у дівчат). У ГП серед юнаків була більшою кількістю осіб з низьким рівнем напруженості пошуку соціальної підтримки та уникнення (показники $73,7 \pm 4,4\%$ у хлопців та $62,1 \pm 4,9\%$ у дівчат за кожною зі шкал).

Однак, аналіз інтрапсихічних та поведінкових особливостей у підлітків з АД не зводився лише до оцінювання окремих показників. Важливим було виявити асоціації психічних властивостей, певного стилю або типу реагування. На підставі даних клініко-психологічного інтерв'ю, спостереження у динаміці, результатів психодіагностичного обстеження було виокремлено такі типи: конструктивно-соціальний, конструктивно-інтернальний, пасивно-соціальний, пасивно-унікаючий та деструктивно-соціальний (табл. 1).

Таблиця 1. Характеристики психотипів на основі акцентуації характеру та стратегій стрес-долаючої поведінки

Психотип	Інтрапсихічні ознаки	Поведінкові ознаки
Конструктивно-соціальний	Нормотимія Адекватна самооцінка Високий життєвий тонус Активність Оптимізм Комунікбельність	Залучення зовнішніх ресурсів Пошук інформації, емоційної та дієвої підтримки від оточення
Конструктивно-інтернальний	Нормотимія Низька тривожність Адекватна самооцінка Комунікбельність Активність Організованість	Стимування негативних емоцій Визнання власної ролі у виникненні проблем Аналіз ситуації Планування власних дій Пошук позитивних аспектів ситуації
Пасивно-соціальний	Схильність до гіпотимії Високий рівень тривожності Низька самооцінка Втомлюваність Сензитивність Нерішучість Уникання відповідальності Несамостійність	Залучення зовнішніх ресурсів Пошук інформації Пошук емоційної та дієвої підтримки від оточення Очікування на зовнішню підтримку
Пасивно-унікаючий	Схильність до гіпотимії Високий рівень тривожності Низька самооцінка Замкнутість Некомунікбельність Схильність до фантазування Уникання відповідальності	Раціоналізація Переключення уваги, відволікання Відсторонення від ситуації Знецінення значимості подій Заперечення проблеми Фантазування Невиправдані очікування
Деструктивно-соціальний	Схильність до дисфорії Егоцентризм Завищена самооцінка Дратівливість Імпульсивність Висока напруженість афектів	Протистояння Протиставлення себе ситуації й оточенню Активне відстоювання власних інтересів

До конструктивно-соціального типу було віднесено опитуваних, в яких у акцентуаційному профілі визначалися гіпертимні, сензитивні, циклоїдні риси та як домінуюча стратегія копіngu застосовувався пошук соціальної підтримки.

Конструктивно-інтернальний тип характеризувався поєднанням гіпертимних, сензитивних, циклоїдних рис з такими формами стрес-долаючої поведінки як самоконтроль, прийняття відповідальності, планування вирішення проблеми, позитивна переоцінка.

Пасивно-соціальний тип базувався на акцентуаціях за лабільним, психастеничним та астено-невротичним типами і копінг-стратегіями пошуку соціальної підтримки та дистанціювання.

До пасивно-унікаючого типу було віднесено опитуваних з лабільними, астено-невротичними, сензитивними та шизоїдними рисами у поєднанні з копіngом, орієнтованим на дистанціювання та уникнення.

Для деструктивно-соціального типу були притаманними психастеничні, гіпертимні, циклоїдні, епілептоїдні та істероїдні риси при їх асоціації із стратегією конфронтації.

За даними щодо розподілу опитуваних ОГ та ГП залежно від психотипу (табл. 2), виявлено відмінності у структурі психотипів у підлітків з ОГ та ГП. У ОГ була меншою кількістю опитуваних як серед хлопців, так і поміж дівчат, порівняно з ГП, за конструктивно-соціальним типом ($19,4 \pm 4,0\%$ у дівчат та $17,1 \pm 3,8\%$ — хлопців у ОГ і $51,7 \pm 5,0\%$ у юнок та $47,4 \pm 5,0\%$ — юнаків у ГП, $p < 0,05$). Також серед дівчат з ОГ було більше опитуваних з пасивно-унікаючим типом, на відміну від однолітків з ГП ($34,3 \pm 4,7\%$ у ОГ та $13,8 \pm 3,4\%$ у ГП, $p < 0,05$).

Таблиця 2. Структура характерологічно-поведінкових психотипів поміж опитуваних ОГ та ГП (% \pm m)

Психотип	ОГ (n = 108)		ГП (n = 48)	
	дівчата (n = 67)	хлопці (n = 41)	дівчата (n = 29)	хлопці (n = 19)
Конструктивно-соціальний	$19,4 \pm 4,0^*$	$17,1 \pm 3,8^*$	$51,7 \pm 5,0^*$	$47,4 \pm 5,0^*$
Пасивно-соціальний	$26,9 \pm 4,4$	$29,3 \pm 4,5$	$17,2 \pm 3,8$	$15,8 \pm 3,6$
Конструктивно-інтернальний	$10,4 \pm 3,1$	$14,6 \pm 3,5$	$13,8 \pm 3,4$	$15,8 \pm 3,6$
Пасивно-унікаючий	$34,3 \pm 4,7^*$	$24,4 \pm 4,3$	$13,8 \pm 3,4^*$	$15,8 \pm 3,6$
Деструктивно-соціальний	$9,0 \pm 2,9$	$14,6 \pm 3,5$	$3,4 \pm 1,8$	$5,3 \pm 2,2$

Примітка: * — $p < 0,05$

Конструктивно-соціальний та конструктивно-інтернальний типи було віднесено до психостабілізуючих, пасивно-унікаючий та деструктивно-соціальний — до дестабілізуючих, тоді як пасивно-соціальний займав проміжне положення. Узагальнивши результати, отримали, що у ОГ на частку стабілізуючих паттернів припадало у дівчат $29,9 \pm 4,6\%$ та у хлопців — $31,7 \pm 4,7\%$, проміжних — $26,9 \pm 4,4\%$ у юнок та $29,3 \pm 4,5\%$ у юнаків, дестабілізуючих — $43,3 \pm 5,0\%$ та $39,0 \pm 4,9\%$ відповідно. Тоді як у ГП показники були такими: стабілізуючі паттерни виявлено у $65,5 \pm 4,8\%$ дівчат та $63,2 \pm 4,8\%$ хлопців, проміжні — у $17,2 \pm 3,8\%$ юнок та $15,8 \pm 3,6\%$ юнаків, дестабілізуючі, відповідно, — у $17,2 \pm 3,8\%$ та $21,1 \pm 4,1\%$

(табл. 3). Суттєвою була різниця, а саме, переважання стабілізуючих паттернів у опитуваних в ГП серед хлопців та дівчат, та дестабілізуючих — у юнок з ОГ.

Таблиця 3. Стабілізуючі та дестабілізуючі паттерни у опитуваних ОГ та ГП (% ± m)

Паттерни	ОГ (n = 108)		ГП (n = 48)	
	дівчата (n = 67)	хлопці (n = 41)	дівчата (n = 29)	хлопці (n = 19)
Стабілізуючі	29,9 ± 4,6*	31,7 ± 4,7*	65,5 ± 4,8*	63,2 ± 4,8*
Проміжні	26,9 ± 4,4	29,3 ± 4,5	17,2 ± 3,8	15,8 ± 3,6
Дестабілізуючі	43,3 ± 5,0*	39,0 ± 4,9	17,2 ± 3,8*	21,1 ± 4,1

Примітка: * — $p < 0,05$

Таким чином, вивчення інтрапсихічних паттернів у підлітків з АД виявило суттєві відмінності у структурі акцентуації характеру, порівняно з соматично здоровими однолітками, а саме — переважання лабільного та астено-невротичного типів у дівчат та астено-невротичного і епілептоїдного — у хлопців, що, з одного боку, у світлі психосоматичної медицини може свідчити про підвищену схильність певних психотипів до розвитку низки захворювань, з іншої — про ймовірність поглиблення наявних дезадаптивних психічних паттернів (невротизація) та нейропсихологічних станів (резидуальні органічні розлади).

У підлітків, які хворіли на АД, напруженість стратегій стрес-долаючої поведінки була вищою, порівняно з соматично здоровими однолітками, та були наявні відмінності у виборі копінг-поведінки залежно від статі.

Велика частка опитуваних з високими рівнями напруженості за типами дистанціювання та уникнення серед підлітків з АД свідчила про недостатність адаптаційного ресурсу.

Аналіз інтрапсихічних та поведінкових особливостей у підлітків з АД враховував не окремі чинники, але психічні асоціації: конструктивно-соціальний та конструктивно-інтернальний типи як психостабілізуючі, пасивно-унікаючий та деструктивно-соціальний — як дестабілізуючі

та пасивно-соціальний, що відігравав проміжну роль. Особливістю підлітків з АД було превалювання саме дестабілізуючих та проміжних впливів.

Інтрапсихічні та поведінкові особливості, їх психічні асоціації — це, по суті, мішені медико-психологічних інтервенцій, прив'язані до особистісних паттернів, що виступають як необхідні компоненти комплексної програми психологічної допомоги підліткам з АД.

Список літератури

1. Беш Л. В. Атопічний дерматит у дітей [Електронний ресурс] / Л. В. Беш // *Новости медицины и фармации. Симпозиум № 53.* — Режим доступу : <http://www.mif-ua.com/education/symposium/atorchnij-dermatit-u-dtej#prettyPhoto>
2. Ревякина В. А. Атопическая болезнь: диагностика, терапия, профилактика [Текст] / В. А. Ревякина // *Вопросы современной педиатрии.* — 2005. — № 4. — С. 55—58.
3. Смирнова Г. И. Современная концепция лечения атопического дерматита у детей [Текст] / Г. И. Смирнова. — М., 2006. — 130 с.
4. Справочник по аллергологии [Электронный ресурс] / Режим доступа : <http://www.dovidnyk.org/dir/17/98/1069.html>
5. Крюкова Т. Л. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) [Текст] / Т. Л. Крюкова, Е. В. Куфтяк // *Журнал практического психолога.* — 2007. — № 3. — С. 93—112.
6. Иванов Н. Я. Патохарактерологический диагностический опросник для подростков [Текст] / Н. Я. Иванов, А. Е. Личко. — М.: «Фолиум», 1995. — 64 с.

Надійшла до редакції 17.12.2014 р.

УСКОВ Олександр Анатолійович, лікар-дерматолог медичного центру «Сімейна консультація», м. Харків

МАРКОВА Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, професор кафедри сексології і медичної психології Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків; e-mail: mariannochka@i.ua

USKOV Alex, Physician-dermatologist of medical center "Family counseling", Kharkiv

MARKOVA Marianna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of Department of Sexology and Medical Psychology of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv; e-mail: mariannochka@i.ua

Б. С. Федак
НЕПСИХОТИЧНІ ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ У ХВОРИХ З ГОСТРИМИ СОМАТИЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

Б. С. Федак
Непсихотические нарушения психической сферы у больных с острыми соматическими заболеваниями

B. Fedak
Nonpsychotic mental health problems in patients with acute somatic diseases

Проведено вивчення порушень психічної сфери у хворих з гострими станами соматичного профілю на підставі клініко-психопатологічного та психодіагностичного дослідження. Виявлено наявність порушень психічної сфери різного ступеня вираженості: нозогенні реакції психічної дезадаптації ($68,57 \pm 2,62$ %), нозогенні невротичні реакції ($16,51 \pm 2,09$ %), соматогенно обумовлений астеничний симптомокомплекс ($14,92 \pm 2,01$ %).

Розроблено концепцію патогенетично обґрунтованої системи медико-психологічної корекції хворих з гострими станами соматичного профілю.

Ключові слова: гострі стани соматичного профілю, порушення психічної сфери, невротичні стани

Проведено изучение нарушений психической сферы у больных с острыми состояниями соматического профиля на основании клинико-психопатологического и психодиагностического исследования. Выявлено наличие нарушений психической сферы различной степени выраженности: нозогенные реакции психической дезадаптации ($68,57 \pm 2,62$ %), нозогенные невротические реакции ($16,51 \pm 2,09$ %), соматогенно обусловленный астенический симптомокомплекс ($14,92 \pm 2,01$ %).

Разработана концепция патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекции больных с острыми соматическими состояниями.

Ключевые слова: острые состояния соматического профиля, нарушения психической сферы, невротические состояния

The investigation of mental disturbances in patients with acute conditions somatic profile based on clinical and psychopathological and psychodiagnostic was provided. Revealed the presence of mental sphere represented varying degrees of severity: nosogenic psychological maladjustment reactions (68.57 ± 2.62 %), nosogenic neurotic reaction (16.51 ± 2.09 %), somatogenic-conditioned asthenic syndrome (14.92 ± 2.01 %).

The concept of pathogenesis-based medical and psychological treatment of patients with acute medical condition.

Keywords: acute condition of physical profile, mental disturbances, neurotic state

На протяжении последних десятилетий в мире наблюдается устойчивый рост соматических заболеваний, в этиопатогенезе которых существенную роль играет психогенный фактор. Эта же тенденция характерна и для Украины. При этом в клинической структуре данных заболеваний наблюдаются состояния, представляющие витальную угрозу, такие как приступы стенокардии при ишемической болезни сердца, инфаркт миокарда, гипертонические кризы у больных артериальной гипертензией, мозговые инсульты и транзиторные ишемические атаки [1, 3, 5, 14].

В то же время, в определённых работах указывается на недостаточное изучение вопросов медико-психологического сопровождения этой категории больных и психотерапевтической коррекции имеющихся у них нарушений психической сферы [4, 6, 9, 10].

Всё это обуславливает необходимость проведения комплексного исследования больных с острыми состояниями соматического профиля. Необходимо также внедрение новых организационных форм реализации медико-психологических и психотерапевтических мероприятий на всех уровнях оказания медицинской помощи. При этом важным вопросом является разработка новых программ медико-психологического сопровождения этих больных на ранних этапах лечения [2, 3, 9, 11—13, 15].

Недостаточно изученными являются также вопросы психосоциальной реабилитации с применением психокоррекционных и психотерапевтических мероприятий. При этом необходимо учитывать, что острые состояния являются внезапными, возникающими в структуре хронических, нередко бессимптомно протекающих заболе-

ваний, поэтому проблема формирования комплаенса при построении системы лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий является весьма существенной [5, 8, 11, 12]. Низкий уровень комплаенса приводит к существенному снижению эффективности терапии, ухудшению отдаленных исходов заболевания, повышению количества госпитализаций [2, 3, 12, 14].

Формирование неадекватной внутренней картины болезни, страх за свое будущее способствуют возникновению и прогрессированию дезадаптивных психологических реакций, которые являются неблагоприятными для прогноза заболевания и снижают уровень качества жизни больных.

Эффективность лечебно-профилактических мероприятий в большинстве случаев зависит как от адекватности выбора терапевтических методов, так и от многочисленных психологических причин [5, 12]. Формирование мотивации, активного участия пациента в лечебном процессе является основой для современного лечебно-реабилитационного процесса [5—7, 9, 10].

Цель исследования: дифференциация нарушений психической сферы у больных с острыми состояниями соматического профиля на основании клинико-психопатологического и психодиагностического исследования.

Всего было обследовано 315 больных, перенесших острые состояния терапевтического профиля в возрасте от 22 до 70 лет. Согласно нозологической принадлежности соматических заболеваний, больные были распределены на 5 групп: 1-ю группу составили 68 больных с ишемической болезнью сердца, стенокардией; 2-ю — 58 больных с ишемической болезнью сердца, инфарктом миокарда (ИМ); 3-ю — 57 больных с транзиторными ишемическими атаками (ТИА); 4-ю — 67 больных с мозговым

инсультом (МИ); 5-ю — 65 больных язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки (ЯБ).

Были использованы клинико-психопатологический, психодиагностический, статистический методы. Использовался опросник невротических расстройств (ОНР-Си), разработанный Е. Александровичем. Опросник позволяет провести количественное определение степени выраженности невротических синдромов у пациента. Методика состоит из 138 утверждений, соответствующих жалобам невротического порядка, наличие и выраженность которых оценивает у себя испытуемый. Все утверждения опросника сгруппированы в соответствии с 13 формами невротических расстройств: I. Страх, фобии; II. Депрессивные расстройства; III. Беспокойство, напряжение; IV. Нарушение сна; V. Истерические расстройства; VI. Неврастенические расстройства; VII. Сексуальные расстройства; VIII. Дерезализация; IX. Навязчивости; X. Трудности в социальных контактах; XI. Ипохондрические расстройства; XII. Психастенические нарушения; XIII. Соматические нарушения.

Для объективизации сопоставления показателей шкал нами использовались унифицированные баллы (УБ). Полученный показатель каждой шкалы умножали на коэффициент, исходя из максимального значения 100 унифицированных баллов, минимального — 0 УБ.

Статистическую обработку полученных данных проводили с помощью *t* критерия Стьюдента. Для сравнения выборочных долей, выраженных в процентах (*P* %), использовали критерий *z*, аналогичный *t* критерию Стьюдента.

Клинико-психопатологическое исследование позволило выявить у больных с острыми состояниями соматического профиля различные нарушения психической сферы.

У 47 больных (14,92 ± 2,01 %) психопатологическая симптоматика имела незначительную выраженность, была представлена преимущественно астеническим спектром проявлений и имела непосредственную связь с основным соматическим заболеванием. Такие состояния были расценены нами как соматогенно обусловленные астенические состояния (САС).

У 52 больных (16,51 ± 2,09 %) психопатологические нарушения соответствовали критериям рубрики МКБ-10 «расстройства адаптации» (F43.2) и определялись нами как нозогенные невротические реакции (ННР).

У большинства обследованных нами больных (68,57 ± 2,62 %) психические нарушения достигали синдромального уровня, имели четкую связь с обострением соматического заболевания (которое выступало в качестве психогенного фактора) и расценивались нами в качестве нозогенных реакций психической дезадаптации (НРПД). Данные состояния соответствовали рубрике МКБ-10 «Психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках» (F54).

Это показывает, что вследствие острого состояния терапевтического профиля у соматических больных в большинстве случаев развиваются нарушения психики в виде нозогенных реакций психической дезадаптации (68,57 ± 2,62 %). Значимо реже встречаются соматогенно обусловленный астенический симптомокомплекс (14,92 ± 2,01 %) и нозогенные невротические реакции (16,51 ± 2,09 %). В обоих случаях различия достигали статистической значимости (*p* < 0,001).

Нами был проведен анализ распределения нарушений психики различной степени выраженности в исследуемых группах больных (табл. 1).

Таблица 1. Распределение нарушений психики у больных различной нозологической принадлежности

Группы больных	Соматическое заболевание	САС		НРПД		ННР	
		абс.	<i>P</i> % ± <i>s</i> %	абс.	<i>P</i> % ± <i>s</i> %	абс.	<i>P</i> % ± <i>s</i> %
1-я группа (<i>n</i> = 68)	ИБС, стенокардия	15	22,06 ± 5,03	46	67,65 ± 5,67	7	10,29 ± 3,68
2-я группа (<i>n</i> = 58)	ИБС, ИМ	6	10,34 ± 4,00	37	63,79 ± 6,31	15	25,86 ± 5,75
3-я группа (<i>n</i> = 57)	ТИА	10	17,54 ± 5,04	34	59,65 ± 6,50	13	22,81 ± 5,56
4-я группа (<i>n</i> = 67)	МИ	12	17,91 ± 4,68	49	73,13 ± 5,42	6	8,96 ± 3,49
5-я группа (<i>n</i> = 65)	ЯБ	4	6,15 ± 2,98	50	76,92 ± 5,23	11	16,92 ± 4,65
Всего (<i>n</i> = 315)		47	14,92 ± 2,01	216	68,57 ± 2,62	52	16,51 ± 2,09

Так, наиболее часто САС встречался у больных стенокардией (22,06 ± 5,03 %), однако статистической значимости достигали лишь сравнения с группой больных ЯБ (6,15 ± 2,98 %, *p* < 0,01). Реже всего САС наблюдался у больных ЯБ (различия с 1-й и 4-й группами соответственно *p* < 0,01 и *p* < 0,05).

Реакция на болезнь в виде ННР чаще всего была присуща больным с ИМ (25,86 ± 5,75 %), что было значимо чаще, чем у больных стенокардией и МИ (соответственно 10,29 ± 3,68 % и 8,96 ± 3,49 %, в обоих случаях *p* < 0,05).

НРПД встречались у большинства больных всех клинических групп, от 59,65 ± 6,50 % у больных с ТИА до 76,92 ± 5,23 % у больных ЯБ. Статистической значимости

различия достигали лишь между 3-й и 5-й группами больных (*p* < 0,05).

Во всех клинических группах значимо преобладали больные с НРПД. При этом соотношения между количеством больных с САС и ННР было различным: среди больных со стенокардией и МИ доля лиц с САС превышала аналогичный показатель с ННР, среди больных с ИМ, ТИА и ЯБ — доля лиц с ННР превышала таковую с САС. Статистической значимости различия достигали лишь в группе больных с ИМ (*p* < 0,05).

Данные клинико-психопатологического исследования были сопоставлены с данными, полученными с помощью опросника ОНР-Си.

Суммарні показателі шкал ОНР-Си значимо різнилися у больних с САС, НРПД і ННР (табл. 2): відповідно $9,00 \pm 0,75$ УБ, $25,66 \pm 0,96$ УБ і $51,13 \pm 2,01$ УБ (во всіх випадках $p < 0,001$).

Данне співвідношення зберігало статистичну значимість во всіх досліджуваних групах больних.

Найбільше високим суммарний показателі в уніфікованих баллах был в групі больних ІМ с ННР ($56,28 \pm 0,72$, різниця с 1-й і 4-й групами $p < 0,001$, с 5-й групою — $p < 0,05$).

Таблиця 2. Середні суммарні показателі вираженості невротическої симптоматики у больних с острими соматическими станами по даним опросника ОНР-Си ($M \pm m$), УБ

Групи больних	САС	НРПД	ННР
1-я група ($n = 68$)	$9,59 \pm 1,11$	$25,96 \pm 1,09$	$42,44 \pm 3,92$
2-я група ($n = 58$)	$10,66 \pm 2,39$	$27,83 \pm 2,17$	$56,28 \pm 0,72$
3-я група ($n = 57$)	$7,35 \pm 0,70$	$28,83 \pm 2,43$	$52,48 \pm 3,30$
4-я група ($n = 67$)	$8,71 \pm 0,71$	$22,06 \pm 1,15$	$52,20 \pm 0,75$
5-я група ($n = 65$)	$8,90 \pm 0,54$	$25,59 \pm 1,17$	$48,24 \pm 3,97$
Всього ($n = 315$)	$9,00 \pm 0,75$	$25,66 \pm 0,96$	$51,13 \pm 2,01$

Середній суммарний УБ у больних с САС колевался от $7,35 \pm 0,70$ в групі пацієнтів с ТІА до $10,66 \pm 2,39$ в групі пацієнтів с ІМ, статистично значимих різниць между групами не виявлено.

Діапазон середніх суммарних УБ у больних с НРПД зоставлял от $22,06 \pm 1,15$ в групі больних МІ до $28,83 \pm 2,43$ в групі больних с ТІА ($p < 0,05$). Значимі різниця виявлялись також между 4-й і 1-й, 4-й і 2-й, 4-й і 5-й групами (во всіх випадках $p < 0,05$).

Помімо аналізу середніх суммарних УБ в досліджуваних групах больних, нами было проведено сопоставление максимальних значень шкал опросника ОНР-Си (табл. 3).

Таблиця 3. Розподілення показателі преобладаючих шкал у больних с острими соматическими станами по даним опросника ОНР-Си ($M \pm m$), УБ

Групи больних	САС	НРПД	ННР
1-я група ($n = 68$)	$23,89 \pm 1,57$	$55,90 \pm 1,53$	$81,25 \pm 3,51$
2-я група ($n = 58$)	$23,81 \pm 1,74$	$52,25 \pm 1,88$	$77,40 \pm 1,29$
3-я група ($n = 57$)	$19,27 \pm 1,49$	$50,91 \pm 1,70$	$86,11 \pm 2,74$
4-я група ($n = 67$)	$24,89 \pm 1,32$	$50,83 \pm 1,34$	$80,00 \pm 1,32$
5-я група ($n = 65$)	$26,53 \pm 1,18$	$52,69 \pm 1,19$	$79,75 \pm 1,74$
Всього ($n = 315$)	$23,52 \pm 1,11$	$52,63 \pm 0,95$	$80,84 \pm 1,46$

Было виявлено, что максимальні оцінки по шкалам опросника у больних с наличием САС были менше 30 УБ, у больних с НРПД находились в діапазоні от 30 до 70 УБ, и у больних с ННР — превышали 70 баллов.

Середні значення максимальних показателі шкал среди больних с САС, НРПД і ННР зоставляли відповідно $23,52 \pm 1,11$, $52,63 \pm 0,95$ і $80,84 \pm 1,46$ УБ (во всіх випадках $p < 0,001$).

Данна тенденція статистическої значимості різниць зберігалась во всіх клініческих групах, между долями больних с САС, НРПД і ННР среди больних різничной нозологическої приналежності. Минимальні середні значення среди больних с САС демонструвала 3-я клініческа група ($19,27 \pm 1,49$ УБ, різниця с 5-й групою — $p < 0,001$, 4-й групою — $p < 0,01$, 1-й і 2-й групою — $p < 0,05$).

Діапазон максимальних значень среди больних с НРПД колевался от $50,83 \pm 1,34$ УБ в 4-й клініческой групі до $55,90 \pm 1,53$ УБ в 1-й групі ($p < 0,05$).

Минимальне середнє значення у больних с ННР отмечалось в групі пацієнтів с ІМ ($77,40 \pm 1,29$ УБ), максимальне — в групі пацієнтів с ТІА ($86,11 \pm 2,74$ УБ, $p < 0,01$).

Таким образом, результати клініко-психопатологического обстеження были підтвержені даними, отриманими с помощью опросника ОНР-Си.

Так, у $16,51 \pm 2,09$ % больних с острими станами терапевтического профіля розвивались нозогенні невротическі реакції, середня вираженість шкал которих по даним методики ОНР-Си зоставляла $80,84 \pm 1,46$ УБ.

У $14,92 \pm 2,01$ % больних максимальні показателі вираженості шкал опросника ОНР-Си не превышали 30 УБ, зоставляли в середнє $23,52 \pm 1,11$ УБ, что зоставляло діапазон «пониженних показателі» і свідетельствовало о наличии механизма психологического отрицания болезни.

У більшості же обстежених больних ($68,57 \pm 2,62$ %) психологическим «ответом» на возникновение острого соматического неблагополучия явилось развитие реакцій психической дезадаптации. Патопсихологическое обоснование клініческих даних было підтвержені даними методики ОНР-Си: діапазон значень максимальной вираженості отдельних шкал колевался от 30 до 70 УБ, середній балл зоставлял $52,63 \pm 0,95$ УБ (діапазон середніх показателі).

Данні психопатологического і патопсихологического обстеження послужили основанием для разработки патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекции стана психической дезадаптации у больних с острими станами терапевтического профіля.

Проведенні дослідження зоставляють зробити наступні висновки.

Для больних с острими станами соматического профіля характерно наличие нарушений психической сфери, представлених різничной степеню вираженості.

Обострение (либо возникновение) захворювання терапевтического профіля являється психогенним фактором развития і прогрессирования психопатологической симптоматики.

Найбільше частим «ответом» больних с острими станами соматического неблагополучия являлось развитие нозогенних реакцій психической дезадаптации ($68,57 \pm 2,62$ %), зоставляючих рубрике МКБ-10 «Психологическі і поведінческі фактори, званні с нарушениями или болезнями, классифицированными в других рубриках» (F54). У $16,51 \pm 2,09$ % больних виявлені нозогенні невротическі реакції, зоставляючі критеріям рубрике МКБ-10

«Расстройства адаптации» (F43.2). Наличие соматогенно обусловленного астенического симптомокомплекса, выявленного у 14,92 ± 2,01 % больных, свидетельствует о наличии механизма психологического отрицания болезни.

Основанием для разработки патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекции состояний психической дезадаптации у больных с острыми состояниями терапевтического профиля явились данные клинико-психопатологического и психодиагностического обследования.

Интегративная психотерапевтическая модель в комплексной терапии больных с острыми соматическими состояниями должна включать в себя сочетание мотивационных, когнитивно-поведенческих и рациональных методов.

Список литературы

1. Зв'язок комплаєнсу при лікуванні артеріальної гіпертензії з психологічними чинниками особистості / [К. М. Амосова, Л. Є. Трачук, Н. В. Береза, Ю. В. Руденко] // Серце і судини. — 2012. — № 1(37). — С. 85—92.
2. Гиндикин В. Я. Соматогенные и соматоформные психические расстройства : справочник / В. Я. Гиндикин. — Киев : Здоровье, 1997. — 104 с.
3. Артериальная гипертензия в фокусе психокоррекции. // [И. В. Дроздова, Л. Г. Степанова, Н. А. Яковенко, М. Н. Емец] // Медицинская психология. — 2014. — Т. 9. — № 1 (33). — С. 41—48.
4. Клиническая психология : учебник / под ред. Карвасарского Б. Д. — СПб.: Питер, 2010. — 864 с.
5. Маркова М. В. Медико-психологические аспекты развития та перебігу хвороб системи кровообігу / М. В. Маркова, В. В. Бабиц // Новости медицины и фармации. Неврология и психиатрия : спец. вып. — 2008. — № 243. — С. 71—74.
6. Михайлов Б. В. Психотерапия в общесоматической медицине : клин. руководство / Б. В. Михайлов, А. И. Сердюк, В. А. Федосеева. — Харьков : Прапор, 2002. — 108 с.
7. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском

пространстве / [Морозов П. В., Незнанов Н. Г., Лиманкин О. В. и др.] // Український вісник психоневрології. — 2014. — Т. 22, вип. 1(78). — С. 11—17.

8. Напряєнко О. К. Психіатрична наука в Україні у 2013 році та напрямки її вдосконалення (за даними Проблемної комісії «Психіатрія» МОЗ і НАМН України) / О. К. Напряєнко // Там само. — С. 18—22.

9. Депрессивные расстройства в общемедицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / [Оганов Р. Г., Погосова Г. В., Шальнова С. А. и др.] // Кардиология. — 2005. — № 8. — С. 38—44.

10. Смулевич А. Б. Психокоррекция / А. Б. Смулевич, А. Л. Сыркин. — М.: МИА, 2005. — 778 с.

11. Федак М. Б. Порушення емоційної сфери хворих на ішемічну хворобу серця та їх медико-психологічна реабілітація : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 19.00.04. «Медицина психологія» / М. Б. Федак. — Х., 2012. — 14 с.

12. Хаустова О. О. Психокорекційна програма для оптимізації комплаєнсу при проведенні антигіпертензивної терапії / О. О. Хаустова, Л. Є. Трачук, С. Г. Сахно // Ліки України плюс. — 2012. — № 3—4(11—12). — С. 17.

13. Шестопалова Л. Ф. Довіра до лікаря як чинник формування комплаєнсу у хворих на невротичні та психічні розлади // Шестопалова Л. Ф., Кожевникова В. А., Бородавко О. О. // Медицинская психология. — Т. 8. — № 4 (32). — С. 3—7.

14. Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group Depressive symptoms and risk of coronary heart disease and mortality in elderly Americans / [A. A. Ariyo, M. Haan, C. M. Tangen et al.] // Circulation. — 2000. — № 102. — P. 1773—1779.

15. Lett H. Depression and Cardiac Function in Patients With Stable Coronary Heart Disease: Findings From the Heart and Soul Study / H. Lett, S. Ali, M. Whooley // Psychosom. Med. — 2008. — Vol. 70. — P. 444—449.

Надійшла до редакції 08.12.2014 р.

ФЕДАК Богдан Степанович, кандидат медичних наук, головний лікар Комунального закладу охорони здоров'я «Обласна клінічна лікарня — Центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф», м. Харків; e-mail: psychotherapy@med.edu.ua

FEDAK Bogdan, MD, PhD, Head Physician of the Public Health Institution "Regional clinic Hospital — Medical Emergency and Disaster Medicine", Kharkiv; e-mail: psychotherapy@med.edu.ua

І. О. Явдак

ОСОБИСТІТЬ ХВОРОГО В ФОРМУВАННІ РЕЗИСТЕНТНОСТІ ДИСОЦІАТИВНИХ РОЗЛАДІВ

И. А. Явдак

Личность больного в формировании резистентности диссоциативных расстройств

I. O. Yavdak

Personality of a patient in formation of resistant dissociative disorders

З метою вивчення особистісних особливостей хворих з дисоціативними розладами для розробки критеріїв прогнозування резистентності проведено психодіагностичне обстеження 50 хворих на дисоціативні розлади (F44.7) — 30 хворих з ознаками резистентності та 20 — без ознак резистентності.

Серед особистісних характеристик хворих на резистентні дисоціативні розлади виділені 4 окремі компоненти «особистісної резистентності»: відсутність мотивації до самозміни; низький рівень особистісних ресурсів (передумов) до саморозвитку; іпохондрична фіксація на хворобі; відсутність дій до зміни власної поведінки.

Показано, що наявність у хворого хоча б одного з виділених компонентів особистості може бути предиктором формування резистентності. Поєднання декількох компонентів (ознак) резистентності значно ускладнює прогноз захворювання.

Результати дослідження свідчать про наявність особистісної передиспозиції, як одного з чинників формування резистентного перебігу дисоціативного розладу, що треба враховувати під час побудови психокорекційних заходів щодо подолання резистентності.

Ключові слова: резистентність, дисоціативні розлади, особистість, критерії прогнозування

С целью изучения личностных особенностей больных с диссоциативными расстройствами для разработки критериев прогнозирования резистентности проведено психодиагностическое обследование 50 больных диссоциативными расстройствами (F44.7) — 30 больных с признаками резистентности и 20 — без признаков резистентности.

Среди личностных характеристик больных резистентными диссоциативными расстройствами выделены 4 отдельных компонента «личностной резистентности»: отсутствие мотивации к самоизменению, низкий уровень личностных ресурсов (предпосылок) к саморазвитию; ипохондрическая фиксация на болезни, отсутствие действий к изменению собственного поведения.

Показано, что наличие у больного хотя бы одного из выделенных компонентов личности может выступать предиктором формирования резистентности. Сочетание нескольких компонентов (признаков) резистентности значительно усложняет прогноз заболевания.

Результаты исследования свидетельствуют о наличии личностной предиспозиции, как одного из факторов формирования резистентного течения диссоциативного расстройства, что следует учитывать при построении психокоррекционных мероприятий по преодолению резистентности.

Ключевые слова: резистентность, диссоциативные расстройства, личность, критерии прогнозирования

To research personality peculiarities of patients with dissociative disorders in order to develop criteria for prognosis of the resistance it was performed a psychodiagnostic examination of 50 patients with dissociative disorder (F44.7) (including 30 patients with signs of resistance and 20 patients without signs of resistance).

Among the personality characteristics of the patients with resistant dissociative disorders 4 separate components of "a personal resistance" were determined: deficiency of motivations for self-changing, a low level of personality resources (predispositions) for self-development, hypochondriac fixation on the disease, deficiency of actions to change their own behavior.

It was demonstrated that presence in the patient at least one of the components determined might be as a predictor of formation of the resistance. A combination of several components (signs) of the resistance complicated the disease prognosis significantly.

The results of the investigation suppose a presence of a personality predisposition as one of the factors of formation of a resistant course of dissociative disorder. This fact should be taken into account in working out of psychocorrective interventions to overcome the resistance.

Key words: resistance, dissociative disorders, personality, criteria for prognosis

Однією з найгостріших проблем сучасної психіатрії є хроніфікація та резистентність психопатологічних станів, теж саме стосується і невротичної патології [1—5]. Значне збільшення поширеності резистентних форм невротичної патології, які сприяють формуванню патохарактерологічних розладів особистості та порушують успішне соціальне функціонування індивіда, обумовлює необхідність детальних наукових розробок в цій галузі [3, 4, 6—8].

Проблема резистентності у лікуванні пацієнтів з психічними розладами останнім часом широко вивчається. На сьогоднішній день визначені поняття резистентності епілепсії, депресивних розладів і шизофренії, однак у цих дослідженнях резистентність розглядають винятково з позицій відсутності клінічного ефекту від фармакотерапії [9—12]. При цьому щодо невротичних розладів не можна обмежуватись лише таким трактуванням, враховуючи особливості генезу та розвитку невротичної хвороби.

У літературних джерелах, що присвячені питанню резистентності психічних захворювань, подані поодинокі повідомлення про роль преморбідної особистості в формуванні резистентності, однак в цих роботах висвітлюються лише окремі характеристики: особистісна ригідність та наявність розладів особистості [13, 14].

© Явдак І. О., 2015

При цьому конкретних досліджень в рамках невротичної патології, присвячених цьому питанню, не здійснювалось, що обумовило актуальність та напрямку даної роботи.

З метою вивчення особистісних особливостей хворих з дисоціативними розладами для розробки критеріїв прогнозування резистентності було проведено обстеження 50 хворих на змішані дисоціативні розлади (F44.7), з яких 30 хворих — з ознаками резистентності (основна група) та 20 — без ознак резистентності (контрольна група).

Для реалізації мети дослідження використовували такі психодіагностичні методики: самоактуалізаційний тест (САТ) для вивчення самоактуалізаційних тенденцій особистості (Ю. Є. Альошина, Л. Я. Гозман, М. В. Загіка, М. В. Кроз, 2002) [15]; методика «Тип ставлення до хвороби» для оцінки особливостей особистісного реагування на хворобу (Л. І. Вассерман, А. Я. Вукс, Б. В. Іовлев, О. Б. Карпова, 2005) [16]; особистісний опитувальник готовності до змін (Personal Change-Readiness Survey) для вивчення особистісного потенціалу готовності до змін (в адаптації Н. А. Бажанова і Г. Л. Бардієр, 2008) [17]; методика діагностики соціально-психологічної адаптації для вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації та пов'язаних з нею рис особистості (К. Роджерс і Р. Даймонд, 2002) [15]; методика дослідження стадій психотерапевтичних змін

URICA (the University of Rhode Island Change Assessment Scale) для вивчення настанов пацієнтів в процесі психотерапії (McConaughy, Prochaska, Veliser, 1985) [18].

Для визначення діагностичної цінності особистісних особливостей в формуванні резистентності при

дисоціативних розладах обчислювали діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності ознаки $J(x_{ij})$ (Є. В. Гублер, 1978).

В таблиці в узагальненому вигляді подано отримані статистично значущі результати.

Особистісні характеристики, що обумовлюють формування резистентності при дисоціативних розладах

Ознака	<i>p</i>	ДК	$J(x_{ij})$
<i>Особистісна готовність до змін:</i> низький рівень енергійності (знижений життєвий тонус)	0,05	3,01	0,38
низький рівень адаптованості (невміння пристосовуватись до ситуації, змінювати плани та рішення з урахуванням обставин)	0,0263	3,36	0,39
<i>Самоактуалізаційні тенденції:</i> дискретне сприйняття життєвого шляху	0,01	2,63	0,22
низький рівень синергії (відсутність розуміння зв'язаності протилежностей, цілісного сприйняття; наявність полярності та категоричності в оцінках і думках)	0,043	2,76	0,37
низький рівень гнучкості поведінки	0,0255	4,43	0,61
<i>Тип ставлення до хвороби:</i> іпохондричний	0,033	3,29	0,47
гармонійний	0,0276	-3,01	0,45
<i>Особливості соціально-психологічної адаптації:</i> екстравертованість особистості (залежність від зовнішніх впливів)	0,0358	4,93	0,78
неприйняття інших	0,002	2,34	0,20
<i>Стадії психотерапевтичних змін</i> відсутність готовності діяти та конкретних дій щодо зміни поведінки	0,001	3,52	0,44

Примітки: *p* — вірогідність відмінностей (точний метод Фішера)

Згідно з отриманими даними, серед достовірно значущих особистісних характеристик, які характеризують особистісну готовність до змін, у обстежених були низький рівень енергійності (знижений життєвий тонус) ($J(x_{ij}) = 0,38$) та низький рівень адаптованості у вигляді невідміння пристосовуватись до ситуації, змінювати плани та рішення з урахуванням обставин ($J(x_{ij}) = 0,39$).

Аналізом самоактуалізаційних тенденцій встановлено, що у хворих на резистентні дисоціативні розлади максимально інформативним був низький рівень гнучкості поведінки ($J(x_{ij}) = 0,61$), помірно інформативними — низький рівень синергії у вигляді відсутності розуміння зв'язаності протилежностей, цілісного сприйняття; наявності полярності та категоричності в оцінках і думках ($J(x_{ij}) = 0,37$) та дискретне сприйняття життєвого шляху ($J(x_{ij}) = 0,22$).

Серед статистично значущих особистісних характеристик, які характеризували тип ставлення до хвороби, були наявність іпохондричної фіксації на симптомах хвороби ($J(x_{ij}) = 0,47$) та відсутність реалістичного (гармонійного) ставлення до своєї хвороби ($J(x_{ij}) = 0,45$).

Дані, наведені у таблиці, демонструють, що під час вивчення особливостей соціально-психологічної адаптації встановлено високу інформативність за показником «екстравертованість особистості» (залежність від зовнішніх впливів) ($J(x_{ij}) = 0,78$) та помірну — за показником «неприйняття інших» ($J(x_{ij}) = 0,20$).

Оцінювання стадії психотерапевтичних змін дозволило встановити статистично значущу діагностичну цінність відсутності активних дій щодо подолання або попередження проблем ($J(x_{ij}) = 0,44$).

Серед виявлених в рамках дослідження особистісних характеристик хворих на резистентні дисоціативні розлади були виділені 4 окремі компоненти «особистісної резистентності» при дисоціативних розладах: 1) відсутність мотивації до самозміни; 2) низький рівень особистісних ресурсів (передумов) до саморозвитку; 3) іпохондрична фіксація на хворобі; 4) відсутність дій до зміни власної поведінки.

Схематично виділені компоненти (ознаки особистісної резистентності) подано на рисунку.



Компоненти особистісної резистентності у хворих на дисоціативні розлади

Відсутність мотивації до самозміни обумовлює, перш за все, виражену екстернальність особистості хворих на резистентні дисоціативні розлади. Екстернальність передбачає виняткову орієнтацію особистості на зовнішні обставини та її залежність від них, обумовлює відсутність особистої відповідальності за проблеми, які виникають у житті, тенденцію перекидати її на зовнішні чинники, обставини або інших людей. Подібне ставлення формує постулат особистості «від мене нічого не залежить; я заручник обставин; жертва обставин; по-іншому бути не може; таке життя» тощо, при цьому повністю виключається власна роль та участь в формуванні та вирішенні ситуації.

Особистісні особливості, що блокують саморозвиток, включають: низький загальний рівень особистісної готовності до змін (яка у хворих на дисоціативні розлади проявляється в низькому енергетичному потенціалі особистості та низькому рівні адаптованості, тобто невідмінні пристосовуватись до ситуації, змінювати плани та рішення з урахуванням обставин); низький рівень синергії, тобто відсутність цілісного сприйняття світу, наявність полярності та категоричності в оцінках і думках; дискретне сприйняття життєвого шляху, що відображає

відсутність цілісного сприйняття життя, нездатність жити сьогоденням, орієнтацію на один з відрізків життєвого шляху, переважно на минуле; відсутність гнучкості та варіативності в особливостях емоційного реагування (поведінкова ригідність в ситуаціях фрустрації).

Наявність іпохондричного ставлення до хвороби, виняткова фіксованість на власній хворобі, відчуття себе тяжко хворою, невиліковною людиною дозволяє уникнути відповідальності за власну бездіяльність та виправдовує власну неспроможність.

Відсутність готовності діяти та конкретних поведінкових змін, пов'язаних з подоланням проблеми, що виявляється у фіксованості на стадії роздумів без подальшої модифікації звичного образу сприйняття та поведінки, відсутності зусиль та дій щодо змін власної поведінки, ставлення до ситуації.

Наявність у хворого хоча б одного з виділених компонентів особистості може бути предиктором формування резистентності. Поєднання декількох компонентів (ознак) резистентності значно ускладнює прогноз захворювання.

Аналіз запропонованих ознак особистісної резистентності дозволив нам виділити компоненти особистісної резистентності першого та другого порядку. Наявність ознак резистентності першого порядку передбачає обов'язкове формування резистентності у хворого навіть без приєднання додаткових ознак.

Наявність резистентності другого порядку припускає можливе формування резистентності у хворого, ризик виникнення якої значно збільшується у разі сполучення декількох ознак другого порядку.

До ознак першого порядку була віднесена відсутність мотивації до самозмін (як базова характеристика, що блокує будь-яку власну активність щодо самозміни). До ознак другого порядку — наявність особистісних особливостей, що перешкоджають саморозвитку; іпохондрична фіксація на хворобі та відсутність активних дій щодо подолання або попередження проблем.

Отримані дані дозволяють таким чином описати особистісні передумови формування резистентності у хворих на дисоціативні розлади.

Невдоволення зовнішніми обставинами свого життя і оточенням призводять до формування невротичного конфлікту, який не тільки значно загострюється за рахунок вираженої екстравертованості особистості та низького рівня синергії, а закріплюється як захисна форма реагування на психотравмуючі обставини. Відчуття залежності від зовнішніх чинників та нівелювання власної відповідальності за проблеми, які виникають у житті, блокують потребу в необхідності особистісної роботи щодо самозміни та обумовлюють формування позиції невдоволення і очікування дій з боку оточення або зміни обставин. При цьому негативне сприйняття інших та категоричність оцінок та думок, схильність перекладати відповідальність на конкретних осіб зі свого оточення, шукати винуватих призводять до значного напруження в міжособистісних відносинах, що знаходить своє вираження у формуванні виразного емоційного дистресу. Відсутність гнучкості поведінки та низький рівень адаптованості веде до закріплення дезадаптивних, хворобливих способів реагування на будь-які «потенційно загрозливі» ситуації. Формується іпохондрична фіксація на болісних симптомах. Усе це в цілому призводить до формування пасивної життєвої позиції та небажання що-небудь змінювати в своєму житті, відсутності конкретних дій щодо вирішення проблемних ситуацій, що в свою чергу хроніфікує як проблеми, так і хворобу.

В цілому результати проведеного дослідження дозволяють говорити про наявність особистісної предиспозиції, як одного з чинників формування резистентного перебігу дисоціативного розладу, що саме треба враховувати під час побудови психокорекційних заходів щодо подолання резистентності.

Список літератури

1. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision, Version for 2007.
2. Александровский, Ю. А. Некоторые узловые вопросы современной пограничной психиатрии / Ю. А. Александровский // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — № 2. — С. 4—13.
3. Марута, Н. О. Клинико-психопатологические особенности современных невротических расстройств / Н. О. Марута // Международный медицинский журнал. — 2004. — Т. 10. — № 1. — С. 38—42.
4. Сучасні механізми невротогенезу та їх психотерапевтична корекція / [Марута Н. О., Паныч Т. В., Явдак І. О. та ін.] // Матеріали IV-го Національного конгресу неврологів, психіатрів та наркологів України «Доказова медицина в неврології, психіатрії та наркології. Сьогодення й майбутнє» // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 3(72). — С. 200.
5. Громов, Л. А. Общие и частные проблемы терапевтической резистентности / Л. А. Громов // Рациональная фармакотерапия. — № 2. — 2011. — С. 13—17.
6. Марута, Н. А. Факторы формирования резистентности у больных смешанным тревожно-фобическим расстройством (F40.8) / Н. А. Марута, І. О. Явдак, Е. С. Черднякова // Тезисы Всерос. науч.-практ. конф. «Актуальные проблемы клинической, социальной и военной психиатрии». — СПб., 2013. — С. 261—264.
7. The economic burden of personality disorders in mental health care / [D. I. Soeteman, L. Hakkaart-van Roijen, R. Verheul, J. J. Busschbach] // J. Clin Psychiatry. — 2008. — 69: 259.
8. Марута, Н. О. Клініко-психопатологічні і психологічні аспекти резистентності невротичних розладів / Н. О. Марута, І. А. Явдак // Український вісник психоневрології. — 1999. — Т. 7, вип. 1(19). — С. 81—83.
9. Мосолов, С. Н. Новые достижения в терапии психических заболеваний / С. Н. Мосолов. — М.: Изд-во БИНОМ, 2002. — 624 с.
10. Мазо, Г. Э. Терапевтически резистентные депрессии: современные подходы к диагностике и лечению / Г. Э. Мазо, С. Э. Горбачев, Н. Н. Петрова // Вестник Санкт-Петербургского университета. — 2008. — Вып. 2. — Сер. 11. — С. 87—96.
11. Балашов А. М. К вопросу о резистентности к фармакотерапии / А. М. Балашов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2009. — Т. 109, № 1. — С. 90—91.
12. Козловский, В. Л. Лекарственная резистентность в психиатрии — проблема патофизиологии или фармакологии? / В. Л. Козловский // Там же. — С. 85—89.
13. Быков Ю. В. Резистентные к терапии депрессии / Ю. В. Быков. — Ставрополь, 2009. — 77 с.
14. Захаров, Н. П. Пат. 2223796 (13), МПК G 01N 33/50. Способ коррекции психотерапевтической резистентности и личностной ригидности. — Описание изобретения к патенту Российской Федерации RU (11) — 2007. — С. 16.
15. Фетискин, Н. П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н. П. Фетискин, В. В. Козлов, Г. М. Мануйлов. — М., 2002. — 490 с.
16. Психологическая диагностика отношения к болезни : пособие для врачей / [Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Э. Б. Карпова, А. Я. Вукс]. — СПб., 2005. — 86 с.
17. Психодиагностика толерантности личности / под ред. Г. У. Солдатовой, Л. А. Шайгеровой. — М.: Смысл, 2008. — 172 с.
18. Колотильщикова Е. А. Методика интерперсональной групповой психотерапии для лечения невротических расстройств : дис. на соискание уч. степени канд. псих. наук / Е. А. Колотильщикова. — СПб., 2004. — 184 с.

Надійшла до редакції 09.12.2014 р.

ЯВДАК Ірина Олександрівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу неврозів і пограничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків; e-mail: iyavdak@ukr.net

YAVDAK Iryna, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv; e-mail: iyavdak@ukr.net

УДК 615.21

Ю. В. Васіна, В. В. Шаповалов, В. О. Шаповалова, К. І. Ковальова
СУДОВО-ФАРМАЦЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ПОРУШЕНЬ ПРАВИЛ ОБІГУ ПСИХОАКТИВНИХ
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ У ЗАКЛАДАХ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Ю. В. Васина, В. В. Шаповалов, В. А. Шаповалова, К. И. Ковалева
Судебно-фармацевтические аспекты нарушений правил оборота психоактивных
лекарственных средств в учреждениях здравоохранения

Yu. V. Vasina, V. V. Shapovalov, V. O. Shapovalova, K. I. Kovalova
Forensic and pharmaceutical aspects of contraventions of the turnover rules of psychoactive drugs
in health care institutions

У статті наведені дані судово-фармацевтичного моніторингу щодо порушень правил обігу психоактивних лікарських засобів у закладах охорони здоров'я на регіональному рівні. Досліджено взаємозв'язок клініко-фармакологічної, номенклатурно-правової та класифікаційно-правової груп і визначено режим контролю для цих лікарських засобів. Встановлено, що альтернативою готовим лікарським формам може бути екстемпоральна рецептура, перевагами якої є гарантія індивідуального підходу до пацієнта, забезпечення якості лікарської форми, зменшення можливості побічної дії, соціальна доступність, профілактика нерационального застосування та виникнення адиктивної залежності. Обговорено рекомендації щодо підвищення кваліфікації (тематичного удосконалення) лікарів, медичних сестер, провізорів і фармацевтів з питань медичного і фармацевтичного права.

Ключові слова: фармацевтичне право, судова фармація, психоактивні лікарські засоби, екстемпоральна рецептура

В статье приведены данные судебно-фармацевтического мониторинга нарушений правил оборота психоактивных лекарственных средств в учреждениях здравоохранения на региональном уровне. Исследована взаимосвязь клинико-фармакологической, номенклатурно-правовой и классификационно-правовой групп и определен режим контроля для этих лекарственных средств. Установлено, что альтернативой готовым лекарственным формам может быть экстермпоральная рецептура, преимуществами которой являются гарантия индивидуального подхода к пациенту, качество лекарственной формы, уменьшение возможности побочного действия, социальная доступность, профилактика нерационального применения и возникновения аддиктивной зависимости. Обсуждены рекомендации по повышению квалификации (тематическому усовершенствованию) врачей, медицинских сестер, провизоров и фармацевтов по вопросам медицинского и фармацевтического права.

Ключевые слова: фармацевтическое право, судебная фармация, психоактивные лекарственные средства, экстермпоральная рецептура

The article presents results of the forensic pharmaceutical monitoring contraventions turnover of psychoactive drugs in health care institutions at the regional level. The interrelation of clinical and pharmacological, nomenclature and law, classification and law groups and determine the mode of control for these medicines. Established that alternative finished dosage forms may be extemporaneous compounding, the benefits of which is to guarantee an individual approach to the patient, quality of the dosage form, reducing the possibility of side effects, social accessibility, prevention of unsustainable use and the occurrence of addictive dependency. Discussed recommendations to improve the skills (thematic improvement) physicians, nurses, pharmacists on health and pharmaceutical law.

Keywords: pharmaceutical law, forensic pharmacy, psychoactive drugs, extemporaneous compounding

У фокусі суб'єктів системи правовідносин «лікар — пацієнт — провізор» перебувають питання, пов'язані із захистом прав, життя і здоров'я кожного пацієнта, який страждає на розлади здоров'я. Особливо вказані питання є актуальними для пацієнтів, які страждають на адиктивні розлади здоров'я та коморбідні з ними хвороби інших органів і систем. Основним інструментом у державній системі протидії наслідкам нерационального вживання та зловживання психоактивних лікарських засобів (ПЛЗ) виступають поглиблені судово-фармацевтичні, кримінально-правові і соціально-економічні дослідження причинно-наслідкових зв'язків адиктивної захворюваності, нелегального обігу ПЛЗ, наркозлочинності, бідності, підвищення рівня доступності для наркозворих ПЛЗ різних клініко-фармакологічних, номенклатурно-правових та класифікаційно-правових груп [1, 7, 16, 24]. Взагалі забезпечення якості життя наркозворого перебуває у площині протидії організованій наркозлочинності, якій протистоїть оперативно-розшукова, судово-фармацевтична та слідча робота правоохоронних органів з використанням спеціальних криміналістичних та судово-фармацевтичних знань [15, 17, 20, 22, 23].

Виходячи з вищевикладеного, нами проведено дослідження, метою якого було узагальнити судово-фармацевтичні аспекти порушень правил обігу психоактивних лікарських засобів у закладах охорони здоров'я

на регіональному рівні на прикладі Харківської області на засадах фармацевтичного права.

Для реалізації мети та завдань дослідження нами було проведено огляд наукових джерел щодо правил обігу ПЛЗ у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ), вивчено та узагальнено приклади із судово-фармацевтичної практики за типовими порушеннями правил обігу ПЛЗ на регіональному рівні, для чого застосовували комплексний підхід, який включав методи нормативно-правового, документального аналізу, судово-фармацевтичного моніторингу.

На підставі проведеного огляду наукових джерел за темою статті доведено, що реалізація державної політики у сфері боротьби з порушеннями правил обігу ПЛЗ у ЗОЗ, як причиною незаконного обігу ПЛЗ та наркозлочинності, за даними Сташиса В. В. і Тація В. Я., ґрунтується на принципах Конституції України, норм міжнародного права та Кримінального кодексу України (2001 р.) (КК України) [4—6]. Як вважають адвокат Шаповалов В. В. і лікар Лінський І. В., боротьба із розповсюдженням адиктивних розладів здоров'я сприяє підвищенню доступності для наркозворих з девіантною поведінкою необхідного адвокатського захисту, соціального, медичного і фармацевтичного забезпечення [21]. Вказані тези також підтверджує позиція Тимошенко В. А., який зазначає, що державним завданням є «зміна ставлення до наркоманів, щоб вони не мали потреби приховувати свою проблему» [3]. Тихий В. П. наголошує, що природне право людини, громадянина і хворого на життя і здоров'я

та його захист закріплено в ст. 27 Конституції України, покладено в основу громадської безпеки людини, яка визначається ст. 3 Конституції України як найвища соціальна цінність. Тому забезпечення державою безпеки для окремої людини, громадянина і хворого було і залишається актуальним і не може бути призупинено на жодну мить, тому що це є одним із головних показників якості життя [15]. В той же час Тузов А. П. вказує, що бездуховність, алкоголізм і наркоманія, які поширюються у суспільстві, ослаблюють не тільки захисні механізми організму людини, але й зменшують можливості контролю за поведінкою з боку свідомості [18]. В цьому сенсі

сьогодні вкрай важливим є науково-практичне та методичне роз'яснення правил обігу ПЛЗ в ЗОЗ, що мають відповідні ліцензії, тому що одним із шляхів потрапляння ПЛЗ у нелегальний обіг є виток наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів саме із цих структур, що зумовлює поширення адиктивної захворюваності і наркоманії [2, 12, 13, 16].

Нами проведено узагальнення судово-фармацевтичної практики на регіональному рівні за типовими порушеннями правил обігу ПЛЗ, які були виявлені під час перевірки аптек і лікувально-профілактичних закладів щодо дотримання вимог чинного законодавства (табл. 1).

Таблиця 1. Судово-фармацевтичний аналіз порушень правил обігу психоактивних лікарських засобів у закладах охорони здоров'я

№	Стисла фабула	Виявлені порушення	Назва ЛЗ	Режим контролю ЛЗ
1	Співробітниками служби УБНОН ГУ МВС України в Харківській області під час перевірки діяльності ЗОЗ «Н.» та його структурного підрозділу (поліклінічного відділення) щодо дотримання ліцензійних умов з обігу ПЛЗ (наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів) з'ясовано, що ЗОЗ «Н.» та її структурний підрозділ має ліцензію на придбання, зберігання, перевезення, знищення, використання наркотичних засобів (списку 1 таблиці II та списку 1 таблиці III), психотропних речовин (списку 2 таблиці II та списку 2 таблиці III) «Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів»	В ході перевірки встановлені грубі порушення вимог Постанови КМ України від 03.06.2009 р. № 589 та наказу МОЗ України від 21.01.2010 р. № 11, а саме: 1) при прийманні ПЛЗ (наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів) комісією ЗОЗ складено акт їх прийняття від постачальника — фірми «Аптека Х», згідно з яким до ЗОЗ надійшли дві одиниці ПЛЗ промедолу 2 % та дві одиниці ПЛЗ сибазону 0,5 %. Однак, згідно з подальшим обліком, вищезазначені ПЛЗ були використані у кількості чотирьох одиниць сибазону 0,5 % та чотирьох одиниць промедолу 2 %. З вищезазначеного виходить, що дві одиниці сибазону 0,5 % та дві одиниці промедолу 2 % не були поставлені на предметно-кількісний облік (ПКО) у ЗОЗ; 2) структурним підрозділом ЗОЗ облік ПЛЗ ведеться з порушенням вимог п. 3.15 наказу МОЗ України від 21.01.2010 р. № 11, коли керівник ЗОЗ не перевіряв кожен тиждень фактичну наявність ПЛЗ, не звіряв їх з залишками у журналі ПКО, в зв'язку з чим відсутні відповідні записи у журналі ПКО [8, 9]; 3) підвищення кваліфікації щодо питань медичного та фармацевтичного права з правил обігу ПЛЗ лікарі, медичні сестри, провізори і фармацевти ЗОЗ не проходили взагалі.	сибазон промедол	психотропний ЛЗ, за рецептом Ф-3, ПКО наркотичний ЛЗ, за рецептом Ф-3, ПКО
2	Співробітниками служби УБНОН ГУ МВС України в Харківській області під час перевірки діяльності ЗОЗ «ЦРА» встановлений факт порушення режиму безпеки та недоліки в технічному оснащенні місця зберігання ПЛЗ (наркотичних та психотропних лікарських засобів)	Технічне оснащення та режим безпеки ЗОЗ «ЦРА» не відповідають діючим ліцензійним вимогам з обігу ПЛЗ, зокрема вимогам наказу МОЗ/МВС України від 15.05.2009 р. № 216: 1) спеціальна матеріальна кімната ЗОЗ, де зберігаються ПЛЗ, має 3 некапітальні цегляні стіни, товщиною близько 20 см; 2) одна стіна матеріальної кімнати має суміжні з сусідньою кімнатою звичайні дерев'яні двері без будь-якого технічного оснащення, відповідного діючим вимогам; 3) стеля в приміщенні дерев'яна, межує з приміщенням під дахом, до якого можливий вільний доступ сторонніх осіб; 4) засоби охоронно-тривожної сигналізації у вигляді датчиків на входних дверях та вікнах встановлені, але не підключені та не працюють; 5) металеві ґрати на вікнах не приварені, а тримаються на металевих гвинтах; 6) фактично охорону матеріальної кімнати для зберігання ПЛЗ в неробочий та нічний час здійснюють лише штатні сторожі ЗОЗ; 7) курси щодо підвищення кваліфікації щодо питань медичного та фармацевтичного права з правил обігу ПЛЗ провізори і фармацевти не проходили взагалі [11]. Отримання висновку про відповідність підприємства ліцензійним умовам можливе лише у разі усунення виявлених порушень [10].	—	—
3	Співробітниками служби УБНОН ГУ МВС України в Харківській області під час перевірки діяльності ЗОЗ та його поліклінічного відділення щодо дотримання ліцензійних умов з обігу ПЛЗ (наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів) встановлено, що ЗОЗ має ліцензію на придбання, зберігання, перевезення, знищення, використання наркотичних засобів (списку 1 таблиці II та списку 1 таблиці III), психотропних речовин (списку 2 таблиці II та списку 2 таблиці III) «Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів»	В ході перевірки доведені грубі порушення вимог наказу МОЗ України від 21.01.2010 р. № 11 щодо ПКО ПЛЗ (наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів): 1) при отриманні з аптечного закладу ПЛЗ комісія ЗОЗ не складала акт прийняття відповідно до додатка № 2 наказу МОЗ України від 21.01.2010 р. № 11 [9]. Крім того, ПКО ПЛЗ ведеться з порушенням вимог п. 3.15 наказу МОЗ України від 21.01.2010 р. № 11: керівник ЗОЗ несвоєчасно контролює залишки ПЛЗ у журналі ПКО; 2) курси підвищення кваліфікації з правил обігу ПЛЗ лікарі, медичні сестри, провізори і фармацевти не проходили взагалі.	—	—

За узагальненням прикладів із судово-фармацевтичної практики щодо порушення правил обігу ПЛЗ вбачається, що саме керівники ЗОЗ відповідають за належне виконання чинних правил обігу ПЛЗ (зберігання, ПКО, знищення ЛЗ із психоактивними властивостями).

Тому на регіональному рівні (на прикладі Харківської області) для усунення правопорушень правил обігу ПЛЗ в ЗОЗ в полі зору фахівців органів виконавчої влади перебуває постійна співпраця та взаємодія зі спеціалістами правоохоронних і адвокатських органів в межах чинного законодавства України.

Узагальнення судово-фармацевтичних аспектів щодо порушень правил обігу ПЛЗ у ЗОЗ регіонального рівня дало можливість встановити, що відпуск ПЛЗ із аптечної мережі здійснюється суворо за рецептом лікаря форми Ф-1 та Ф-3.

В результаті проведених досліджень нами складено перелік ПЛЗ, порядок обігу яких найчастіше порушується у ЗОЗ, а також досліджено взаємозв'язок клініко-фармакологічної, номенклатурно-правової та класифікаційно-правової груп і визначено режим контролю для цих лікарських засобів (ЛЗ) (табл. 2).

Таблиця 2. Взаємозв'язок клініко-фармакологічної, номенклатурно-правової та класифікаційно-правової груп лікарських засобів з психоактивними властивостями

Торгова назва	Міжнародна непатентована назва (INN)	Режим контролю		
		Клініко-фармакологічна група	Номенклатурно-правова група	Класифікаційно-правова група
Трамадол, Контрамал, Тралгіт, Трамал, Трамалгін	Трамадол	Анальгетики, опіоїд	За рецептом Ф-3, ПКО	Наркотичний ЛЗ
Фенобарбітал, Фенобарбітон	Фенобарбітал	Протиепілептичні засоби, барбітурати та їх похідні	За рецептом Ф-3, ПКО	Психотропний ЛЗ
Діазепам, Реланіум, Седуксен, Валиум, Сибазон	Діазепам	Психолептичні засоби, анксиолітики, похідні бензодіазепіну	За рецептом Ф-3, ПКО	Психотропний ЛЗ
Зопіклон, Соннат, Імован, Сомнол, Сонован	Зопіклон	Психолептичні засоби, снодійчі та седативні засоби, подібні до бензодіазепіну	За рецептом Ф-1, ПКО	Сильнодіючий ЛЗ
Баклофен	Баклофен	Міорелаксанти з центральним механізмом дії	За багаторазовим рецептом Ф-1	ЛЗ загальної групи
Супрастин, Супрагістим	Хлоропірамін	ЛЗ, що діють на респіраторну систему, антигістамінні засоби для системного використання	За багаторазовим рецептом Ф-1	ЛЗ загальної групи
Дипразин, піпольфен	Прометазін	ЛЗ, що діють на респіраторну систему, антигістамінні засоби для системного використання	За рецептом Ф-1, ПКО	Сильнодіючий ЛЗ
Ноофен	Фенібут	Психостимулятори, засоби, які використовуються при синдромі порушення уваги та гіперактивності, ноотропні ЛЗ	За багаторазовим рецептом Ф-1	ЛЗ загальної групи
Спазмолекс	Комбінований ЛЗ	Анальгетики та антипіретики, парацетамол, комбінації без психолептиків	За рецептом Ф-1, ПКО	ЛЗ загальної групи
Циклодол, Трифен, Паркопан	Тригексифенідил	Протипаркінсонічні препарати, антихолінергічні засоби, третинні аміни	За рецептом Ф-1, ПКО	Отруйні ЛЗ
Левоміцетин	Хлорамфенікол	Антибактеріальні засоби для системного використання, амфеніколи	За багаторазовим рецептом Ф-1	ЛЗ загальної групи
Промедол	Тримеперидин	Наркотичний анальгетик	За рецептом Ф-3, ПКО	Наркотичний ЛЗ
Димедрол	Дифенгідрамін	Антигістамінні засоби	Порошок, таблетки — за рецептом Ф-1, ПКО; розчин для ін'єкцій — за багаторазовим рецептом Ф-1	Сильнодіючий ЛЗ
Клофелін	Клонідин	Антигіпертензивні препарати, які впливають на судинорухові центри головного мозку	Субстанція, рідкі форми — за рецептом Ф-1, ПКО; таблетки — за багаторазовим рецептом Ф-1	Сильнодіючий ЛЗ
Ардуан	Піпекуроній	Курареподібні препарати	За рецептом Ф-1, ПКО	Отруйні ЛЗ
Трайфед	Комбінований ЛЗ	Препарати, які стимулюють відхаркування	За рецептом Ф-1, ПКО	ЛЗ загальної групи
Кофекс	Комбінований ЛЗ	Протикашльові препарати центральної дії	За багаторазовим рецептом Ф-1	ЛЗ загальної групи
Залдіар	Комбінований ЛЗ	Аналгетики-антипіретики	За рецептом Ф-1, ПКО	ЛЗ загальної групи
Фінлепсин	Карбамазепін	Протисудомні засоби	За багаторазовим рецептом Ф-1	ЛЗ загальної групи
Пропофол	Пропофол	Засоби для неінгаляційного наркозу	Вимога-замовлення (не дозволяється виписувати рецепти)	ЛЗ загальної групи

Примітка: ПКО — предметно-кількісний облік

Як свідчать наведені дані (див. табл. 2), у ЗОЗ порушується порядок обігу ПЛЗ різних класифікаційно-правових груп: наркотичні, психотропні, сильнодіючі, отруйні, ЛЗ загальної групи (в тому числі комбіновані). На нашу думку, одним із заходів протидії потраплянню ПЛЗ у незаконний обіг може бути розширення виготовлення в умовах аптек екстемпоральних лікарських засобів (екстемпоральна рецептура). Так, наприклад, альтернативою лікарській формі у вигляді таблеток феназепаму можуть бути порошки з феназепамом, виготовлені в умовах аптеки (зокрема, дитяча лікарська форма). Крім того, перевагами екстемпоральних ліків є гарантія індивідуального підходу до пацієнта, забезпечення якості лікарської форми, зменшення можливості побічної дії, соціальна доступність, профілактика нерационального застосування та виникнення адиктивної залежності [1, 25]. В аптечній практиці склад прописів екстемпоральних лікарських засобів нормується рецептом лікаря. Рецепт є підставою для відпуску з аптек лікарських препаратів і застосування їх хворими, виходячи з вказівок лікаря щодо дозування і порядку прийому, з урахуванням індивідуального підходу до пацієнта. Виписування кожного рецепта потребує від лікаря серйозного і вдумливого ставлення, оскільки недбало або неправильно виписаний рецепт може спричинити складнощі та затримку приготування і відпуску лікарського препарату [14]. Тобто, асортимент екстемпоральних прописів залежить від практичного досвіду як медичного працівника, так і провізора, а різноманіття лікарських прописів, різний рівень підготовки лікарів і провізорів, стереотипи, що склалися в їх практичній діяльності, зумовлюють необхідність кваліфікованої оцінки використовуваної екстемпоральної рецептури, результати чого мають доводитись до відома усіх медичних і фармацевтичних працівників, зокрема в рамках курсів підвищення кваліфікації.

Так, результати проведених досліджень свідчать про те, що правова свідомість, відповідальність керівників ЗОЗ за порушення вимог законодавства у сфері обігу ПЛЗ потребує проведення заходів щодо підвищення кваліфікації (тематичного удосконалення) лікарів, медичних сестер, провізорів і фармацевтів з питань медичного і фармацевтичного права за уніфікованою програмою з медичного та фармацевтичного права [19]. Це надасть змогу попередити причини й умови, які сприяють правопорушенням і мають ознаки злочинів, передбачених ст.ст. 305—321 КК України, і захистить права і свободи, життя і здоров'я лікаря, провізора, людини, громадянина і хворого.

Таким чином, узагальнення судово-фармацевтичної практики щодо порушень правил обігу психоактивних лікарських засобів у закладах охорони здоров'я на регіональному рівні на прикладі Харківської області свідчить про те, що необхідно постійно підвищувати рівень обізнаності лікарів і провізорів, медичних сестер і фармацевтів з питань медичного та фармацевтичного права. Надання належної медико-фармацевтичної допомоги пацієнтам, які страждають на адиктивні розлади здоров'я, повинно поєднуватися з легалізацією латентних споживачів ПЛЗ, адвокатським захистом від кримінальної відповідальності та юридичним супроводженням їх у працевлаштуванні.

Список літератури

1. Васіна Ю. В. Медичне та фармацевтичне право: організаційно-правова процедура обігу екстемпоральної рецептури в аптечних закладах України [Текст] / Ю. В. Васіна, В. В. Шаповалов, В. О. Шаповалова // Наукові дослідження та їх практичне застосування. Сучасний стан та шляхи розвитку 2013 : зб. наук. праць SWorld за матеріалами міжнар. наук.-практ. конф., 1—12 жовт. 2013 р. — Івано-Франківськ : Маркова А. Д., 2013. — Т. 48, вип. 3. — ЦИТ: 313-0488. — С. 13—16.
2. Васіна Ю. В. Стандартизація та організація виробництва лікарських засобів: предметно-кількісний облік екстемпоральних лікарських засобів різних класифікаційно-правових груп в закладах охорони здоров'я [Текст] / Ю. В. Васіна // Український вісник психоневрології. — 2013. — Т. 21, вип. 2 (75), додаток. — С. 18—21.
3. Департамент інформації та комунікацій з громадськістю Секретаріату КМУ // Україна отримала міжнародне визнання за протидію незаконному обігу наркотиків [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.kmu.gov.ua/control/uk/publish/article?art—id=245228107>.
4. Конституція України [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://zakon2.rada.gov.ua/>.
5. Концептуальні положення і система чинного кримінального кодексу України [Текст] // Проблеми законності : респ. міжвідом. зб. / відп. ред. В. Я. Тацій. — Х.: Нац. юрид. акад. України, 2009. — Вип. 100. — С. 278—290.
6. Кримінальний кодекс України: Науково-практичний коментар [Текст] / Ю. В. Баулін, В. І. Борисов, С. Б. Гавриш та ін.; за заг. ред. В. В. Сташиса, В. Я. Тація. — Вид. четверте, доповн. — Х.: «Одісей», 2008. — 1208 с.
7. Медицинское и фармацевтическое право: сравнительный анализ клинико-фармакологических групп лекарственных средств, используемых в психиатрии и наркологии, в рамках формулярной системы России и Украины [Текст] / В. В. Шаповалов (мл.), В. В. Шаповалов, О. А. Рыщенко и др. // Научные ведомости Белгородского государственного университета (Медицина. Фармация). — 2014. — № 4 (175), вып. 25. — С. 213—220.
8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 02.02.2010 р. за № 66 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці I Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого Кабінетом Міністрів України, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізації (відпуску), ввезення, на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до зазначеного Переліку» [Текст] // Фармацевтичне право в безпечному самолікуванні. Лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря / за ред. В. В. Шаповалова. — Х.: «Скорпіон», 2010. — С. 1151—1163.
9. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 21.01.2010 р. за № 11 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів у закладах охорони здоров'я України» [Текст] // Там само. — С. 1164—1180.
10. Наказ МОЗ України та Державної інспекції з контролю якості лікарських засобів від 21.09.2010 р. за № 339 «Про затвердження Порядку контролю за додержанням Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами» [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua>.
11. Наказ МОЗ/МВС України від 15.05.2009 № 216 «Про затвердження Вимог до об'єктів і приміщень, призначених для здійснення діяльності з обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів та зберігання вилучених з незаконного обігу таких засобів і речовин» [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://zakon.rada.gov.ua>.
12. Особливості організаційно-правової процедури ліцензування діяльності з обігу лікарських засобів в Україні та країнах ЄС : метод. реком. [Текст] / В. В. Шаповалов, С. І. Зброжек, В. О. Шаповалова, Ю. В. Васіна. — К., 2011. — 48 с.
13. Порядок діяльності з обігу наркотичних засобів у лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я України для проведення замісної підтримувальної терапії [Текст] : метод. реком. / В. В. Шаповалов (мл.), Ю. В. Васіна, В. В. Шаповалов,

В. О. Шаповалова. — Х., 2011. — 82 с. — (Серія «Фармацевтичне право».)

14. Проблема наукового обґрунтування технологій екстемпоральної рецептури та шляхи її вирішення. Повідомлення І. Ретроспективний погляд на аспекти уніфікації екстемпоральної рецептури [Текст] / О. С. Соловйов, О. І. Тихонов, Т. Г. Ярних та ін. // Фармацевтичний журнал. — 2014. — № 1. С. 3 — 21.

15. Проблеми застосування та вдосконалення кримінально-правових норм про відповідальність за злочини проти громадської безпеки [Текст] // 10 років чинності Кримінального кодексу України: проблеми застосування, удосконалення та подальшої гармонізації із законодавством європейських країн : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., 13—14 жовт. 2011 р. / [В. П. Тихий, В. Я. Тацій, В. І. Борисов та ін.]. — Х.: Право, 2011. — С. 288—292.

16. Судово-фармацевтична оцінка неконтрольованого вживання лікарських засобів загальної групи з психоактивними властивостями [Текст] / В. В. Шаповалов, Ю. В. Васіна, В. О. Шаповалова, В. Ю. Конєва // Юридичний журнал. — 2011. — № 7—8. — С. 58—59.

17. Судово-фармацевтичні дослідження наслідків наркозлочинності в Україні: захист прав громадянина, людини, хворого і пацієнта (підозрюваного, обвинуваченого, засудженого) на засадах доказової медицини і фармації [Текст] / В. В. Шаповалов (мол.), Ю. В. Васіна, В. О. Радіонова та ін. // Український вісник психоневрології. — 2012. — Т. 20, вип. 3 (72), додаток. — С. 259.

18. Тузов А. П. Истоки деструктивного поведения // Уголовная политика Российской Федерации в сфере противодействия наркотизации общества [Текст] : материалы Междунар. науч.-практ. конф., посвященной 130-летию Белгородского государственного ун-та / отв. ред. Е. Е. Тонков. — Белгород : Изд-во БелГУ, 2006. — С. 35—40.

19. Уніфіковані програми з фармацевтичного та медичного права (фармацевтичного, медичного законодавства, судової фармації та доказової фармації) [Текст] / Шаповалов В. В., Шаповалов В. В. (мол.), Шаповалова В. О. та ін. — Х.: Фактор, 2012. — 100 с.

20. Фармацевтическое право в наркологии [Текст] / под ред. В. А. Шаповаловой, И. К. Сосина, В. В. Шаповалова. — Харьков : Факт, 2004. — 800 с.

21. Шаповалов В. В. (мол.) Судово-фармацевтичне вивчення супутніх розладів здоров'я у злочинців, хворих на наркоманію [Текст] / В. В. Шаповалов (мол.), І. В. Лінський // Український журнал клінічної та лабораторної медицини. — 2012. — Т. 7, № 3. — С. 190—194.

22. Шепитько В. Ю. Изменчивость криминалистики в XXI веке и ее задачи в современных условиях [Текст] / В. Ю. Шепитько // Криміналістика XXI століття : матеріали міжнар. наук.-практ. конф., 25—26 листоп. 2010 р. — Х.: Право, 2010. — С. 55—59.

23. Development of algorithms forensic training pharmaceutical seizures from illegal substance as an element of patient protection

[Text] / Shapovalov V. V. (Jr.), Shapovalova V. A., Shapovalov V. V., Shuvera E. V. // European Applied Sciences. — 2013. — Vol. 2, № 5. — P. 197—199.

24. Ryschenko O. O. Medical and pharmaceutical law: the formulary system in Ukraine [Electronic resource] / [O. O. Ryschenko, V. O. Shapovalova, V. V. Schapovalov] // E-Journal: Research Bulletin SWorld "Modern scientific research and their practical application". — 2013. — Vol. J21306-016. — P. 96—101. — Access : <http://www.sworld.com.ua/index.php/ru/e-journal/2227-6920/j213/20935-j21306>.

25. Shapovalov V. V. Modern state support drug patients in rural areas: analysis of complaints of citizens on principles of medical and pharmaceutical law [Electronic resource] / V. V. Schapovalov, V. O. Shapovalova, M. O. Hmelevsky // Ibid. — Vol. J21306-015. — P. 93—96. — Access: <http://www.sworld.com.ua/index.php/ru/e-journal/2227-6920/j213/20935-j21306>.

Надійшла до редакції 10.12.2014 р.

ВАСІНА Юлія Володимирівна, кандидат фармацевтичних наук, доцент кафедри медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації Харківської медичної академії післядипломної освіти (ХМАПО), м. Харків; e-mail: krisa83@bk.ru

ШАПОВАЛОВ Валерій Володимирович, доктор фармацевтичних наук, професор, начальник відділу фармації Департаменту охорони здоров'я Харківської обласної державної адміністрації, м. Харків; e-mail: krisa83@bk.ru

ШАПОВАЛОВА Вікторія Олексіївна, доктор фармацевтичних наук, професор, завідувачка кафедрою медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації ХМАПО, м. Харків; e-mail: krisa83@bk.ru

КОВАЛЬОВА Карина Ігорівна, здобувач кафедри медичного та фармацевтичного права, загальної і клінічної фармації ХМАПО, м. Харків; e-mail: krisa83@bk.ru

VASINA Yuliia, PhD in Pharmaceutical Sciences, Associate Professor of Department of the medical and pharmaceutical law, general and clinical pharmacy of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education (KhMAPE), Kharkiv; e-mail: krisa83@bk.ru

SHAPOVALOV Valerii, Doctor in Pharmaceutical Sciences, Professor, Head of the department of pharmacy of Department of Health Kharkiv Regional State Administration, Kharkiv; e-mail: krisa83@bk.ru

SHAPOVALOVA Viktoriia, Doctor in Pharmaceutical Sciences, Professor, Head of Department of the medical and pharmaceutical law, general and clinical pharmacy of KhMAPE, Kharkiv; e-mail: krisa83@bk.ru

KOVALOVA Karyna, Competitor for PhD degree of Department of the medical and pharmaceutical law, general and clinical pharmacy of KhMAPE, Kharkiv; e-mail: krisa83@bk.ru

О. П. Венгер

СИНДРОМОЛОГІЧНА СТРУКТУРА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ЕМІГРАНТІВ ТА РЕЕМІГРАНТІВ

Е. П. Венгер

Синдромологическая структура депрессивных расстройств у эмигрантов и реэмигрантов

O. P. Venger

Syndromological structure of depressive disorders in immigrants and returnees

З метою дослідження синдромологічних особливостей депресивних розладів психогенного, ендогенного та органічного генезу, проведено клінічне обстеження 198 емігрантів, 196 ре-емігрантів та 191 не емігранта, у яких було встановлено діагноз депресії відповідно до критеріїв МКХ-10, з використанням класифікації синдромів при депресії А. Смулевича, а також визначено структуру провідного афекту при різних формах депресивних розладів. Було встановлено більшу поширеність серед реемігрантів типових афективних синдромів, зокрема, вітальної та апатичної депресії, а серед емігрантів — атипових афективних синдромів (насамперед, тривожно-депресивних), що може бути пояснено впливом об'єктивних соціально-психологічних чинників та їх інтрапсихічною трансформацією актуальних стресогенних подразників, пов'язаних з еміграцією (рееміграцією). Найбільший вплив чинника еміграції на розбіжності у синдромальній структурі виявлений у хворих на психогенні депресії, а найменший — у хворих на органічні депресивні розлади, що міцно пов'язано із характером патології. Виявлені закономірності можуть використовуватися для розробки профілактичних та лікувально-реабілітаційних заходів.

Ключові слова: депресивні розлади, мігранти, емігранти, реемігранти

С целью исследования синдромологических особенностей депрессивных расстройств психогенного, эндогенного и органического генеза проведено клиническое обследование 198 эмигрантов, 196 реэмигрантов и 191 неэмигранта, у которых был установлен диагноз депрессии в соответствии с критериями МКБ-10, с использованием классификации синдромов при депрессии А. Смулевича, а также определена структура ведущего аффекта при различных формах депрессивных расстройств. Было установлено большая распространенность среди реэмигрантов типичных аффективных синдромов, в частности, витальной и апатичной депрессии, а среди эмигрантов — атипичных аффективных синдромов (прежде всего, тревожно-депрессивных), что может быть объяснено влиянием объективных социально-психологических факторов и интрапсихической трансформацией актуальных стрессогенных раздражителей, связанных с эмиграцией (реэмиграцией). Наибольшее влияние фактора эмиграции на различия в синдромальной структуре обнаружено у больных психогенной депрессией, а наименьшее — у больных органическими депрессивными расстройствами, что тесно связано с характером патологии. Вывявленные закономерности могут использоваться для разработки профилактических и лечебно-реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: депрессивные расстройства, мигранты, эмигранты, реэмигранты

To investigate syndromological features psychogenic depressive disorders, endogenous and organic genesis clinical examination carried 198 immigrants, 196 and 191 are not re-emigrants emigrant, who had been diagnosed with depression according to ICD-10 criteria, using the classification of depression syndromes A. Smulevich and the structure also leading passion in various forms of depressive disorders. It was found greater prevalence of affective syndromes typical re-emigrants, particularly welcoming and apathetic depression among immigrants — atypical affective syndromes (especially anxiety and depression), which can be explained by the influence of objective social and psychological factors and their transformation intrapsychological actual stressful stimuli associated with emigration (re-emigration). The greatest influence of the emigration to the differences in syndromal structure found in patients with psychogenic depression, and the lowest — in patients with organic depressive disorder that is closely related to the nature of the pathology. The discovered patterns can be used to develop prevention and treatment and rehabilitation.

Keywords: depressive disorders, migrants, immigrants, re-emigrants

Проблема еміграції та рееміграції в Україні є однією з найбільш актуальних державних та суспільних проблем. За експертними оцінками, кількість українських мігрантів складає близько 6,5—7 млн осіб і має стійку тенденцію до збільшення [1, 2].

Контингент мігрантів відрізняється певними змінами у психоемоційній сфері: емоційною нестійкістю, тривожністю, соціальною інтроверсією, конформністю на поведінковому рівні, підозрілістю, слабкою інтеграцією особистісних рис у вигляді емотивності та фрустраваності, низьким рівнем фрустраційної толерантності [3]. Деякі автори також розглядають міграцію як чинник, що провокує маніфестацію або екзацербацию ендогенних психічних захворювань [4—6].

Водночас, наукові дані щодо особливостей проявів депресивних розладів серед емігрантів є недостатніми і суперечливими. Незважаючи на виняткову актуальність проблеми еміграції в Україні, практично не вивчено клінічні особливості депресії у емігрантів з урахуванням її генезу, не встановлено закономірності впливу чинника еміграції (рееміграції) на перебіг депресивних розладів.

Особливу соціальну, медико-психологічну та психіатричну проблему в Україні становить рееміграція. У середовищі реемігрантів, крім психічних розладів, асоційованих з еміграцією, набувають поширеності психологічні та психіатричні проблеми, пов'язані з поверненням в Україну, з необхідністю реадaptaції та пристосування до умов життя у суспільстві, яке етнокультурально та за рівнем життя відрізняється від суспільства країни-реципієнта, і яке зазнало певних змін за час відсутності емігранта. При цьому особливості психічних розладів взагалі, і депресивних розладів зокрема, у реемігрантів, на відміну від емігрантів, практично не досліджені. Водночас, вирішення проблеми адекватної психологічної адаптації емігрантів та реемігрантів і профілактики у них депресивних розладів неможливе без ґрунтового дослідження закономірностей виникнення цих розладів, їх клінічних особливостей і розробки на підставі даних таких досліджень дієвих заходів з лікування та профілактики депресивних розладів.

Для встановлення закономірностей впливу чинника еміграції (рееміграції) на синдромальні особливості депресивних розладів нами було клінічно обстежено 585 хворих на депресивні розлади, які перебували

на лікуванні у Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні, і яким було встановлено діагноз депресії відповідно до критеріїв МКХ-10. При цьому було сформовано такі клінічні групи: емігранти — 198 осіб, які щонайменше протягом останнього року проживали за межами України і планували найближчим часом повернутися за кордон; реемігранти — 196 осіб, які не

менше року проживали за межами України і протягом останнього року повернулися для постійного проживання в Україну; не емігранти — 191 особа, які постійно проживають в Україні, і ніколи не виїжджали за її межі для тривалого проживання.

Нозологічна структура депресивних розладів наведена у таблиці.

Нозологічна структура депресивних розладів у емігрантів та реемігрантів у порівнянні з не емігрантами

Нозологія	Не емігранти	Емігранти	Реемігранти
Психогенні депресивні розлади			
Пролонгована депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації (F43.21)	38	33	29
Змішана тривожна та депресивна реакція, зумовлена розладом адаптації (F43.22)	31	35	38
Усього	69	68	67
Ендогенні депресивні розлади			
Біполярний розлад, поточний епізод депресії (F31.3, F31.4)	15	18	19
Депресивний епізод (F32.1, F32.2)	17	12	11
Рекурентний депресивний розлад (F33.1, F33.2)	33	36	33
Усього	65	66	63
Депресивні розлади органічного ґенезу			
Органічні афективні розлади (F06.3)	64	62	61

Під час дослідження синдромологічної структури депресивних розладів ми використали класифікацію, наведену А. Смулевичем [7]. При цьому слід враховувати, що у переважній більшості хворих виявлено полісиндромну депресивну патологію, тому ми вважали за доцільне проаналізувати весь наявний комплекс синдромів у кожного хворого і відобразити їх у аналізі, що дає більш повну та об'єктивну картину синдромологічної структури депресивних розладів у дослідженого контингенту. Також нами було проаналізовано типологію провідного афекту у хворих на депресивні розлади емігрантів та реемігрантів у порівнянні з не емігрантами, що дало можливість визначити основні тенденції змін у афективній сфері обстежених.

Статистичний аналіз результатів проводили за допомогою непараметричних методів (точний критерій Фішера, критерій χ^2 Пірсона).

Під час аналізу особливостей домінуючого типу афекту (рис. 1) у хворих на психогенні депресивні розлади були виявлені значущі розбіжності при порівнянні груп не емігрантів та емігрантів ($p < 0,01$), не емігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$), емігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$).

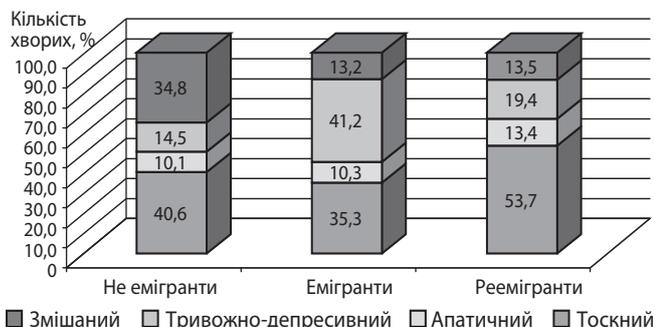


Рис. 1. Структура провідного типу афекту у хворих на депресивні розлади психогенного характеру (у % до загальної кількості хворих у групі)

Синдромологічна структура депресивних розладів психогенного характеру у емігрантів та реемігрантів також відрізняється певними особливостями (рис. 2).

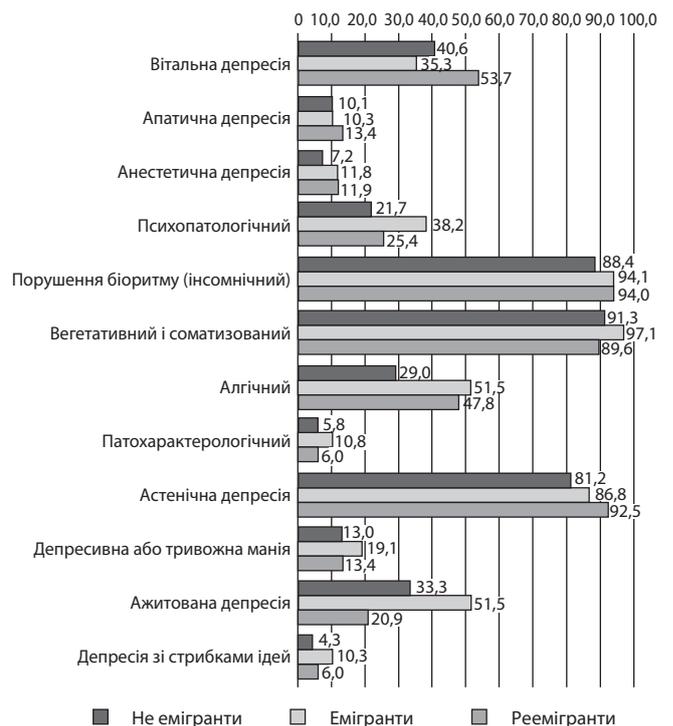


Рис. 2. Синдромологічна структура психогенних депресивних розладів

Статистично значущі розбіжності виявлені у поширеності вітального синдрому (між групами не емігрантів та реемігрантів — $p < 0,1$), емігрантів та реемігрантів — $p < 0,05$), порушення біоритму (синдром інсомнії), а також вегетативних та соматизованих порушень (розбіжності значущі при порівнянні груп емігрантів та реемігрантів, $p < 0,1$), психопатологічний синдром і алгічний синдром

(розбіжності значущі при порівнянні груп не емігрантів та емігрантів ($p < 0,01$), не емігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$)), ажитованої депресії (розбіжності значущі при порівнянні груп не емігрантів та емігрантів ($p < 0,05$), не емігрантів та реемігрантів ($p < 0,1$), і емігрантів та реемігрантів ($p < 0,01$)). Для решти синдромів розбіжності між групами статистично не значущі.

У хворих на ендогенні депресивні розлади значущі розбіжності виявлені при порівнянні груп не емігрантів та емігрантів, не емігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$), емігрантів та реемігрантів ($p < 0,01$) (рис. 3).

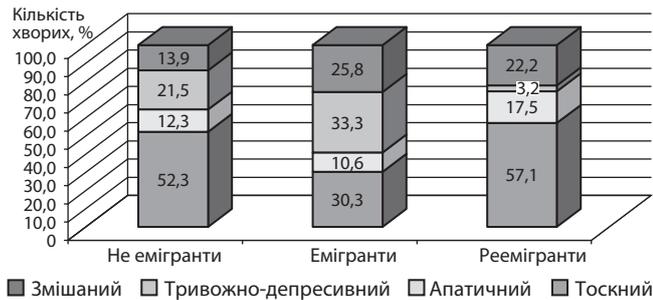


Рис. 3. Структура провідного типу афекту у хворих на депресивні розлади ендогенного характеру (у % до загальної кількості хворих у групі)

Синдромологічна структура депресій у хворих на ендогенні депресивні розлади характеризується певними особливостями (рис. 4). Розбіжності є значущими для вітальної депресії при порівнянні груп не емігрантів та емігрантів, і емігрантів та реемігрантів ($p < 0,01$); для апатичної депресії — при порівнянні груп не емігрантів та емігрантів і емігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$); анестетичної депресії — не емігрантів та емігрантів ($p < 0,05$), не емігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$); астеничного синдрому — між емігрантами та реемігрантами ($p < 0,1$), психопатологічного синдрому — при порівнянні груп не емігрантів та емігрантів ($p < 0,1$), не емігрантів і реемігрантів ($p < 0,1$), емігрантів і реемігрантів ($p < 0,01$); алгічного синдрому — не емігрантів та емігрантів ($p < 0,1$), емігрантів та реемігрантів ($p < 0,01$), депресивної або тривожної манії — не емігрантів та емігрантів ($p < 0,05$), емігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$); ажитованої депресії — не емігрантів та емігрантів ($p < 0,05$), емігрантів та реемігрантів ($p < 0,01$).

Децо інше співвідношення провідних типів афекту було виявлено у хворих на органічні депресивні розлади (рис. 5). Розбіжності є статистично значущими: при порівнянні груп не емігрантів та емігрантів $p < 0,05$, не емігрантів та реемігрантів $p < 0,05$, емігрантів та реемігрантів $p < 0,01$.

Під час аналізу особливостей синдромологічної структури депресивних розладів органічного генезу (рис. 6) було виявлено значущі розбіжності для синдрому вітальної депресії при порівнянні груп не емігрантів та емігрантів ($p < 0,1$), не емігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$), емігрантів та реемігрантів ($p < 0,01$); апатичної депресії — емігрантів та реемігрантів ($p < 0,05$); астеничного синдрому — не емігрантів та реемігрантів ($p < 0,1$); ажитованої депресії — не емігрантів та емігрантів ($p < 0,01$), не емігрантів та реемігрантів ($p < 0,1$).



Рис. 4. Синдромологічна структура депресивних розладів ендогенного характеру

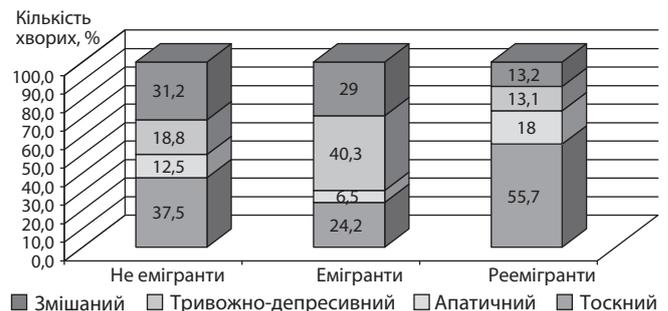


Рис. 5. Структура провідного типу афекту у хворих на депресивні розлади органічного характеру (питома вага осіб з даним типом, у % до загальної кількості хворих у групі)

Отримані дані свідчать про більшу виразність типових афективних синдромів (вітальної та апатичної депресії) серед реемігрантів, а атипичних (насамперед, тривожно-депресивних) — серед емігрантів. На нашу думку, ці закономірності відображують вплив об'єктивної соціально-психологічної ситуації: у групі реемігрантів найбільшими є прояви фрустраційних тенденцій, пов'язаних з усвідомленням необхідності адаптації до реалій сучасного українського суспільства із суттєво гіршими соціально-економічними та суспільно-політичними умовами, що призводить до більшої виразності апатичних та ізольованих депресивних проявів (сум, знижений настрій, ангедонія). Натомість, у емігрантів мобілізуючим чинником є усвідомлення необхідності повернення за кордон, що водночас асоціюється із тривогою і побоюваннями, пов'язаними із стресогенною ситуацією, ускладненою психічною патологією (депресивним розладом). У хворих групи порівняння (не емігрантів) співвідношення

провідних типів афекту є близьким до описаного у низці досліджень. В цілому вплив чинника еміграції (рееміграції) на клінічні прояви депресії у хворих з психогенними депресивними розладами є найбільшим, а органічними — найменшим серед усіх досліджених груп, що є закономірним, враховуючи характер патології.

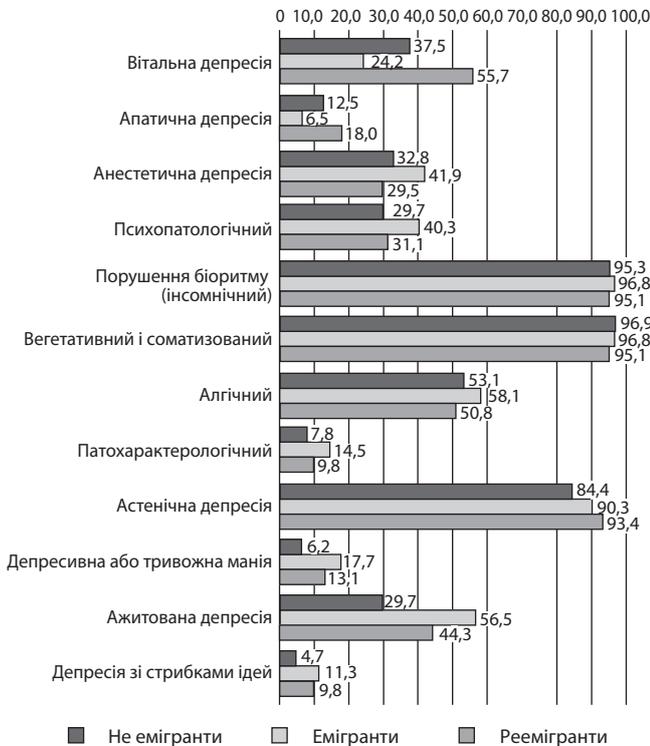


Рис. 6. Синдромологічна структура депресивних розладів органічного генезу

Дослідження синдромологічних особливостей депресивних розладів у емігрантів та реемігрантів дозволило виявити низку важливих закономірностей, зокрема, більшу ураженість реемігрантів типовими афективними синдромами (вітальної та апатичної депресії), а емігран-

тів — атиповими афективними синдромами (тривожно-депресивними, ажитації). Ці закономірності можуть бути пояснені впливом об'єктивних соціально-психологічних чинників, інтрапсихічною трансформацією актуальних стресогенних подразників, пов'язаних з еміграцією (рееміграцією). Виявлені закономірності повинні враховуватися під час розроблення профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів при депресивних розладах у емігрантів та реемігрантів.

Список літератури

1. Міграція в Україні: факти і цифри / Міжнародна організація з міграції. — К.: Представництво МОМ в Україні, 2011. — 7 с.
2. Щорічна Доповідь про стан дотримання та захисту прав і свобод людини в Україні Уповноваженого Верховної Ради України з прав людини: Постанова Верховної Ради України від 05.04.2011 року № 3194-VI // Голос України. — 2011. — № 35. — С. 23—29.
3. Хармз, В. А. Медико-психологические аспекты нарушения психической адаптации эмигрантов: дис. на соискание ученой степени канд. психол. наук: спец. 19.00.04 / Вахид Аблахад Хармз; Санкт-Петербургский гос. университет, СПб, 2000. — 186 с.
4. Selten, J. P. Incidence of psychotic disorders in immigrant groups to the Netherlands / J. P. Selten, N. Veen, W. Felleretal // British Journal of Psychiatry. — 2001. — № 178. — P. 367—372.
5. The mental health of migrants / [B. E. Gavin, B. D. Kelly, A. Lane et al.] // Irish Medical Journal. — 2001. — Vol. 94. — P. 229—230.
6. Lauber C. Patterns of Psychiatric In patient Care in Migrants: Results from Switzerland / C. Lauber, B. Lay, W. Rossler // Swiss Medical Weekly. — 2006. — № 135. — P. 50—56.
7. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицинской практике / А. Б. Смулевич. — Москва: «Берег», 2000. — С. 19—31.

Надійшла до редакції 13.01.2015 р.

ВЕНГЕР Олена Петрівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Державний вищий навчальний заклад «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України», м. Тернопіль; e-mail: op_venger@mail.ru

VENGER Olena, MD, PhD, PhD, Associate Professor of Department of neurology, psychiatry, narcolody and medical psychology of State Higher Educational Institution "I. Ya. Horbachevskyi's Ternopil State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine", Ternopil; e-mail: op_venger@mail.ru

Д. А. Жупанова
**КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО КОМПЛАЙЕНСА
 У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ**

Д. О. Жупанова
Клінічні особливості медикаментозного комплайєнса у пацієнтів з депресивним епізодом

D. O. Zhupanova
Clinical features of compliance medication in patients with depressive episode

Целью данной работы явилось изучение клинических факторов медикаментозного комплайенса (МК) у пациентов с депрессивным эпизодом.

В исследовании приняли участие 111 пациентов с депрессивным эпизодом (F32.1—F32.2): 36 больных депрессивным эпизодом с полным МК; 41 больной депрессивным эпизодом с частичным МК; 34 больных депрессивным эпизодом с отсутствием МК.

В процессе исследования установлено, что у больных депрессивным эпизодом нарушения МК ассоциировались с такими клиническими факторами как ухудшение эмоционального контакта, расстройств внимания, частичная критика к болезни, коморбидные зависимости от психоактивных веществ. Такие клинические особенности способствовали снижению установки на сотрудничество с врачом, формированию пассивности в отношении приема медикаментов, что в сочетании с отсутствием информации об ожидаемом эффекте лечения и побочными эффектами (нарушения сексуального влечения, увеличение массы тела, седация) приводило к нарушениям МК.

Вышеизложенные факторы необходимо учитывать при назначении антидепрессивной терапии и проведении психотерапевтической и психообразовательной работы с данной категорией больных.

Ключевые слова: медикаментозный комплайенс, депрессивный эпизод, клинические факторы, побочный эффект

Метою даної роботи було вивчення клінічних чинників медикаментозного комплайєнсу (МК) у пацієнтів з депресивним епізодом.

У дослідженні взяли участь 111 пацієнтів з депресивним епізодом (F32.1—F32.2): 36 хворих депресивним епізодом з повним МК; 41 хворий депресивним епізодом з частковим МК; 34 хворих депресивним епізодом з відсутністю МК.

У процесі дослідження встановлено, що у хворих з депресивним епізодом порушення МК асоціювалися з такими клінічними чинниками як погіршення емоційного контакту, розлади уваги, часткова критика до хвороби, коморбідні залежності від психоактивних речовин. Такі клінічні особливості сприяли зниженню настанови на співпрацю з лікарем, формуванню пасивності щодо прийому медикаментів, що в поєднанні з відсутністю інформації про очікуваний ефект лікування та побічними ефектами (порушення сексуального потягу, збільшення маси тіла, седация) призводило до порушень МК.

Вищевикладені чинники необхідно враховувати під час призначення антидепресивної терапії та проведення психотерапевтичної та психоосвітньої роботи з даною категорією хворих.

Ключові слова: медикаментозний комплайєнс, депресивний епізод, клінічні чинники, побічний ефект

The aim of this work was to investigate clinical factors of medication compliance (MC) inpatients with depressive episode.

The study involved 111 patients with depressive episode (F32.1—F32.2) including 36 patients with depressive episode and a complete MC, 41 patients with depressive episode and a partial MC, and 34 patients with depressive episode and lack of MC.

In the course of the study it was determined that in patients with depressive episode MC deficiency was associate with such clinical factors as a worsening of an emotional contact, attention impairments, a partial critical attitude to the disease, comorbid substance dependencies.

The se clinical peculiarities promoted a decreased motivation to cooperate with a physician and formation of passivity regarding the medication intake. In combination with lack of information about an expected treatment effect and adverse effects (impairment of a sexual desire, an increased body mass, sedation) these factors resulted in the MC deficiency.

The abovementioned factors should be taken into account in prescription of antidepressant therapy and in psychotherapy and psychoeducation for this category of patients.

Key words: medication compliance, depressive episode, clinical factors, adverse effect

Приверженность терапии у пациентов с депрессией вызывает огромный интерес в связи с распространенностью патологии и низкой эффективностью терапии [6, 9, 11, 12].

Несоблюдение режима приема медикаментов сопровождается ухудшением симптоматики, увеличением риска рецидивов и повторными госпитализациями [1—8].

Вышеизложенное и определило цель данной работы — изучить клинические факторы медикаментозного комплайенса (МК) у пациентов с депрессивным эпизодом.

В исследовании клинических особенностей МК различной степени выраженности приняли участие 111 пациентов с депрессивным эпизодом (F32.1—F32.2):

1 группа — 36 больных депрессивным эпизодом с полным МК;

2 группа — 41 больной депрессивным эпизодом с частичным МК;

© Жупанова Д. О., 2015

3 группа — 34 больных депрессивным эпизодом с отсутствием МК.

В этих группах больных с помощью шкалы оценки негативной симптоматики (SANS); шкалы оценки продуктивной психопатологической симптоматики (BPRS); шкалы оценки глобального функционирования (GAF); шкалы оценки медикаментозного комплайенса; шкалы оценки побочных эффектов медикаментозной терапии (UKU) были изучены основные клинические характеристики у больных с различной степенью МК [10, 11].

Особенности негативной симптоматики у больных депрессивным эпизодом с различной степенью МК, изученные с помощью шкалы SANS, представлены в таблице 1.

Согласно полученным результатам, у больных депрессивным эпизодом с отсутствием МК выявлен средневысокий уровень негативной симптоматики — $62,7 \pm 10,2$ балла при $p < 0,05$ (см. табл. 1).

Из негативных симптомов наиболее выраженными в этой группе больных являлись расстройства внимания

Таблиця 1. Особливості негативної симптоматики у больних депресивним епізодом з різною ступенем МК

Негативні симптоми	Отсутствие МК (n = 34)	Частичний МК (n = 41)	Полный МК (n = 36)
Уплотнение и ригидность аффекта	19,7 ± 4,4	18,8 ± 3,9	20,4 ± 4,0
Нарушения речи	9,4 ± 3,2	8,8 ± 2,3	8,6 ± 2,1
Апатоабулические расстройства	9,1 ± 3,1	8,3 ± 3,4	8,4 ± 2,9
Ангедония — асоциальность	10,4 ± 3,7	9,6 ± 3,0	9,3 ± 3,9
Внимание	10,7 ± 2,9*	6,7 ± 1,9	6,0 ± 1,7
Общая оценка (балл)	62,7 ± 10,2*	48,3 ± 9,4	49,1 ± 10,5

Примечания: различия достоверны по отношению к группе больных с полным и частичным МК: * — при $p < 0,05$

(невнимательность при контакте с врачом и психологическом тестировании, субъективное восприятие снижения уровня концентрации внимания, высокий уровень рассеянности) — 10,7 ± 2,9 балла, при $p < 0,05$.

Статистически значимых различий в оценке общего состояния негативной симптоматики между больными депресивним епізодом з частичним и полным медикаментозным комплайенсом виявлено не було.

По результатам исследования особенностей продуктивной психопатологической симптоматики у больных депресивним епізодом з різною ступенем медикаментозного комплайенса, изученных с помощью шкалы BPRS (табл. 2), следует отметить, что статистически значимых различий в оценке общего состояния продуктивной психопатологической симптоматики между больными депресивним епізодом з різною ступенем МК выявлено не было.

Вместе с тем выявлено, что у больных депресивним епізодом F32.1—F32.2 и отсутствием МК в структуре продуктивной психопатологической симптоматики преобладают эмоциональный уход в себя (недостаток эмоционального контакта с собеседником, недостаточный учет ситуации медицинского осмотра, невозможность установить близкий, эмоциональный контакт с другими лицами в ситуации общения) — 5,8 ± 1,1 балла (в умеренно значительной степени выраженности) при $p < 0,05$ и снижение установки на сотрудничество с врачом (сопротивление, недовольство, предубежденность и недостаточная готовность сотрудничать с врачом и другим медицинским персоналом) — 5,6 ± 1,2 балла (в умеренно значительной степени выраженности) при $p < 0,05$.

У больных депресивним епізодом з частичним МК в структуре продуктивной психопатологической симптоматики более выражено снижение установки на сотрудничество с врачом — 4,4 ± 1,0 балл (в умеренной степени выраженности) при $p < 0,05$.

Таблиця 2. Особливості продуктивної симптоматики у больних депресивним епізодом з різною ступенем медикаментозного комплайенса

Продуктивные симптомы	Отсутствие МК (n = 34)	Частичный МК (n = 41)	Полный МК (n = 36)
Отношение к соматическому состоянию	4,1 ± 1,2	4,4 ± 1,4	4,2 ± 1,5
Тревога	3,0 ± 1,3	3,4 ± 1,0	4,2 ± 0,9
Эмоциональный уход в себя	5,8 ± 1,1*	3,2 ± 0,9	3,0 ± 1,0
Распад мыслительных процессов	1,4 ± 0,1	1,4 ± 0,3	1,6 ± 0,2
Чувство вины	5,2 ± 1,3	5,0 ± 0,9	4,9 ± 1,1
Напряженность	3,3 ± 0,8	3,1 ± 0,7	5,3 ± 1,0
Манерность, вычурность поведения	1,3 ± 0,2	1,5 ± 0,3	1,4 ± 0,2
Идеи величия	1,2 ± 0,1	1,3 ± 0,2	1,4 ± 0,3
Депрессивное настроение	5,4 ± 1,0	5,1 ± 1,1	5,0 ± 1,3
Враждебность	3,1 ± 0,6	2,9 ± 1,0	3,0 ± 0,8
Подозрительность, параноидные содержания	1,2 ± 0,2	1,4 ± 0,2	1,4 ± 0,4
Галлюцинации	1,4 ± 0,4	1,4 ± 0,3	1,3 ± 0,2
Двигательная заторможенность	3,2 ± 1,1	3,3 ± 1,1	3,0 ± 0,9
Снижение установки на сотрудничество с врачом	5,6 ± 1,2**	4,4 ± 1,0**	3,2 ± 1,2
Вычурность мышления	1,4 ± 0,1	1,5 ± 0,2	1,6 ± 0,3
Аффективная уплощенность	2,9 ± 0,6	2,8 ± 1,0	3,3 ± 0,7
Возбуждение	1,6 ± 0,4	1,3 ± 0,2	1,3 ± 0,1
Нарушения ориентировки	1,3 ± 0,1	1,4 ± 0,3	1,5 ± 0,3
Общая оценка	50,4 ± 12,7***	47,5 ± 11,4***	48,3 ± 10,8***

Примечания. Оценка симптоматики выражена в формате ($M \pm \sigma$), баллы. Различия достоверны по отношению к группе больных с частичным (* — при $p < 0,05$) и полным МК (** — при $p < 0,05$). Различия статистически не достоверны: *** — при $p > 0,5$

Согласно результатам анализа глобального функционирования больных депрессивным эпизодом с различной степенью МК, изученного с помощью шкалы GAF (табл. 3), статистически значимых различий в оценке глобального функционирования между больными депрессивным эпизодом с различной степенью МК выявлено не было.

Таблица 3. Особенности глобального функционирования у больных депрессивным эпизодом с различной степенью медикаментозного комплайенса

Глобальное функционирование	Отсутствие МК (n = 34)	Частичный МК (n = 41)	Полный МК (n = 36)
Общая оценка (балл)	58,1 ± 12,1*	58,8 ± 9,9*	61,2 ± 10,5*

Примечания: различия статистически не достоверны: * — при $p < 0,5$

Результаты оценки МК больных депрессивным эпизодом представлены в таблице 4.

Согласно результатам исследования МК (табл. 4) было отмечено, что у больных депрессивным эпизодом с отсутствием МК среди факторов, влияющих на МК, преобладают: уклонение от приема лекарств (избегание приема, отказы) — $0,6 \pm 0,2$ балла (при $p < 0,01$); пассивное согласие на прием медикаментов, при отсутствии надежды на эффект — $1,2 \pm 0,4$ балла (при $p < 0,01$); отсутствие информации о времени ожидаемого начала действия используемых препаратов — $0,4 \pm 0,2$ балла (при $p < 0,05$); частичная критика к болезни — $1,1 \pm 0,4$ балла (при $p < 0,01$); коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами — $0,3 \pm 0,1$ балла (при $p < 0,01$); низкий терапевтический альянс — $0,5 \pm 0,3$ балла (при $p < 0,01$).

Таблица 4. Результаты оценки медикаментозного комплайенса больных депрессивным эпизодом F32.1—F32.2

Характеристики МК	Отсутствие МК (n = 34)	Частичный МК (n = 41)	Полный МК (n = 36)
Отношение к медикации			
Поведение при медикаментозном лечении	0,6 ± 0,2**	1,0 ± 0,4*	1,8 ± 0,2
Заинтересованность в приеме лекарств	1,2 ± 0,4**	2,0 ± 0,6*	2,8 ± 0,1
Опасения, связанные с психотропным действием и побочными эффектами	3,3 ± 0,3	3,4 ± 0,2	3,1 ± 0,3
Психологически обусловленное саботирование медикации	2,4 ± 0,4	2,2 ± 0,3	2,3 ± 0,4
Анамнестические сведения о нарушениях комплайенса	—	—	—
	(первый эпизод депрессии)	(первый эпизод депрессии)	(первый эпизод депрессии)
Отношение больного к принимавшимся ранее препаратам	1 (не принимал)	1 (не принимал)	1 (не принимал)
Оценка больным эффективности принимаемого на данный момент препарата при монотерапии	1,2 ± 0,3	1,1 ± 0,2	1,3 ± 0,4
Оценка больным эффективности принимаемой комбинации препаратов	1,0 ± 0,5	1,1 ± 0,2	1,2 ± 0,1
Приемлемость парентерального способа введения препарата	0 (не используется)	0 (не используется)	0 (не используется)
Приемлемость перорального приема препарата	0,7 ± 0,1	0,8 ± 0,1	0,8 ± 0,1
Удовлетворенность режимом приема препарата	1,3 ± 0,3	1,5 ± 0,4	1,4 ± 0,3
Доступность препарата	0,8 ± 0,1	0,7 ± 0,2	0,8 ± 0,2
Информация о времени ожидаемого начала действия препарата	0,4 ± 0,2*	0,7 ± 0,2	0,8 ± 0,2
Факторы, связанные с пациентом			
Осознание болезни	1,1 ± 0,4**	2,0 ± 0,4*	2,7 ± 0,2
Уровень продуктивной симптоматики (BPRS)	50,4 ± 12,7	47,5 ± 11,4	48,3 ± 10,8
Уровень негативной симптоматики (SANS)	62,7 ± 10,2*	48,3 ± 9,4	49,1 ± 10,5
Частота рецидивирования	— (дебют)	— (дебют)	— (дебют)
Суицидальные и тенденции к саморазрушающему поведению	1,8 ± 0,1	1,7 ± 0,2	1,8 ± 0,2
Коморбидность со злоупотреблением психоактивными веществами и/или расстройствами личности	0,3 ± 0,1**	0,8 ± 0,1	0,8 ± 0,2
Глобальный уровень социального функционирования (GAF)	58,1 ± 12,1	58,8 ± 9,9	61,2 ± 10,5
Наличие когнитивных нарушений	0,7 ± 0,2	0,7 ± 0,2	0,8 ± 0,1
Факторы, связанные с близким окружением			
Уровень социальной поддержки, включая материальный	1,0 ± 0,4	1,1 ± 0,4	1,0 ± 0,3
Отношение близких к медикации	2,6 ± 0,3	2,7 ± 0,2	2,8 ± 0,2
Факторы, связанные с лечащим врачом			
Терапевтический альянс	0,5 ± 0,3**	1,1 ± 0,2*	1,8 ± 0,1
Адекватность врачебного наблюдения вне обострения	1,3 ± 0,2	1,5 ± 0,1	1,4 ± 0,3

Примечания: различия достоверны по отношению к группе больных с полным МК: * — при $p < 0,05$; ** — при $p < 0,01$

У больных депрессивным эпизодом с частичным МК выявлены другие факторы: прием препаратов под контролем медперсонала или родственников — $1,0 \pm 0,4$ балла (при $p < 0,05$); согласие на прием препарата, при наличии сомнений в его эффективности — $2,0 \pm 0,6$ балла (при $p < 0,05$); осознание болезни на уровне наличия критики к симптомам — $2,0 \pm 0,4$ балла (при $p < 0,05$); средний уровень терапевтического альянса — $1,1 \pm 0,2$ балла (при $p < 0,05$).

У больных депрессивным эпизодом с полным МК в качестве факторов приверженности терапии выявлены: самостоятельный прием лекарств — $1,8 \pm 0,2$ балла (при $p < 0,01$); активное отношение к приему препарата, понимание необходимости приема, интерес к параметрам терапии — $2,8 \pm 0,1$ балла (при $p < 0,01$); полная информация о времени ожидаемого начала действия препарата — $0,8 \pm 0,2$ балла (при $p < 0,05$); инсайт на психологические механизмы болезни — $2,7 \pm 0,2$ балла (при $p < 0,01$); отсутствие коморбидности со злоупотреблением психоактивными веществами и расстройствами личности — $0,8 \pm 0,2$ балла (при $p < 0,01$); высокий терапевтический альянс — $1,8 \pm 0,1$ балла (при $p < 0,01$).

Результаты оценки побочных действий медикаментозного лечения больных депрессивным эпизодом, и их влияние на степень МК, изученные с помощью шкалы UKU, представлены в таблице 5.

Согласно результатам исследования побочных действий медикаментозного лечения (табл. 5) необходимо отметить, что у больных депрессивным эпизодом с отсутствием МК наиболее выраженными побочными эффектами являются сонливость (седация) в умеренно тяжелой степени — $2,5 \pm 0,4$ балла (при $p < 0,05$); уменьшение продолжительности сна в умеренно тяжелой степени — $2,3 \pm 0,4$ балла (при $p < 0,05$); прибавка массы тела в умеренно тяжелой степени — $2,2 \pm 0,4$ балла (при $p < 0,01$); ослабление сексуального влечения в умеренной степени — $2,0 \pm 0,4$ балла (при $p < 0,05$).

Таблица 5. Особенности побочных действий медикаментозного лечения больных депрессивным эпизодом с различной степенью МК

Побочные действия медикаментозного лечения	Отсутствие МК (n = 34)	Частичный МК (n = 41)	Полный МК (n = 36)
Психопатологические побочные эффекты			
Нарушение концентрации	$1,4 \pm 0,2$	$1,2 \pm 0,4$	$1,2 \pm 0,3$
Астения, повышенная утомляемость	$2,2 \pm 0,3$	$2,0 \pm 0,4$	$2,1 \pm 0,2$
Сонливость (седация)	$2,5 \pm 0,4^*$	$1,5 \pm 0,2$	$1,4 \pm 0,2$
Нарушения памяти	$1,2 \pm 0,4$	$1,0 \pm 0,2$	$0,9 \pm 0,3$
Депрессия	$2,1 \pm 0,4$	$1,9 \pm 0,4$	$1,9 \pm 0,2$
Напряжение (внутреннее беспокойство)	$0,9 \pm 0,1$	$1,0 \pm 0,2$	$1,2 \pm 0,3$
Увеличение продолжительности сна	$1,3 \pm 0,3$	$1,4 \pm 0,4$	$1,3 \pm 0,3$
Уменьшение продолжительности сна	$2,3 \pm 0,4^*$	$2,4 \pm 0,5^*$	$1,3 \pm 0,3$
Увеличение интенсивности сновидений	$0,8 \pm 0,2$	$0,9 \pm 0,2$	$0,7 \pm 0,1$
Эмоциональная индифферентность	$1,2 \pm 0,1$	$0,9 \pm 0,3$	$1,0 \pm 0,3$

Побочные действия медикаментозного лечения	Отсутствие МК (n = 34)	Частичный МК (n = 41)	Полный МК (n = 36)
Неврологические побочные эффекты			
Дистония	$1,3 \pm 0,6$	$1,1 \pm 0,3$	$1,1 \pm 0,2$
Ригидность	$1,0 \pm 0,3$	$1,2 \pm 0,2$	$0,9 \pm 0,3$
Гипокинезия (акинезия)	$0,9 \pm 0,2$	$0,7 \pm 0,3$	$0,7 \pm 0,4$
Гиперкинезия	$0,7 \pm 0,2$	$0,9 \pm 0,1$	$0,8 \pm 0,3$
Тремор	$1,1 \pm 0,3$	$1,1 \pm 0,4$	$0,9 \pm 0,4$
Акатизия	$0,9 \pm 0,4$	$1,0 \pm 0,3$	$0,8 \pm 0,2$
Эпилептические припадки	0	0	0
Парестезии	$1,3 \pm 0,3$	$1,3 \pm 0,4$	$1,2 \pm 0,2$
Вегетативные побочные эффекты			
Нарушения аккомодации	$0,6 \pm 0,2$	$0,8 \pm 0,3$	$0,7 \pm 0,2$
Гиперсаливация	$0,9 \pm 0,4$	$1,1 \pm 0,5$	$1,0 \pm 0,3$
Сниженное слюноотделение	$1,4 \pm 0,4$	$1,2 \pm 0,4$	$1,3 \pm 0,2$
Тошнота (рвота)	$1,0 \pm 0,4$	$1,2 \pm 0,4$	$1,3 \pm 0,3$
Диарея	$1,0 \pm 0,3$	$0,8 \pm 0,3$	$0,8 \pm 0,4$
Запоры	$1,9 \pm 0,5$	$2,1 \pm 0,3$	$1,8 \pm 0,4$
Задержка мочеиспускания	$0,9 \pm 0,3$	$0,9 \pm 0,5$	$0,8 \pm 0,2$
Усиление мочеиспускания	$1,1 \pm 0,3$	$1,0 \pm 0,4$	$1,0 \pm 0,2$
Ортостатизм	$1,0 \pm 0,3$	$1,2 \pm 0,4$	$1,1 \pm 0,3$
Тахикардия	$0,8 \pm 0,2$	$0,9 \pm 0,2$	$0,7 \pm 0,3$
Усиленное потоотделение	$1,4 \pm 0,5$	$1,3 \pm 0,3$	$1,3 \pm 0,2$
Другие побочные эффекты			
Кожные высыпания	$0,8 \pm 0,1$	$0,8 \pm 0,3$	$1,2 \pm 0,2$
Зуд	$1,4 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,3$	$1,3 \pm 0,4$
Светочувствительность	$0,7 \pm 0,2$	$0,8 \pm 0,1$	$0,8 \pm 0,2$
Гиперпигментация	$1,0 \pm 0,3$	$0,9 \pm 0,4$	$0,9 \pm 0,1$
Прибавка массы тела	$2,2 \pm 0,4^{**}$	$1,9 \pm 0,5^*$	$1,0 \pm 0,4$
Потеря массы тела	$0,8 \pm 0,2$	$1,0 \pm 0,4$	$0,9 \pm 0,3$
Менорагия	$0,9 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,2$	$1,3 \pm 0,2$
Гипоменорея	$0,7 \pm 0,2$	$0,7 \pm 0,1$	$0,6 \pm 0,3$
Галакторея	$0,8 \pm 0,4$	$0,8 \pm 0,3$	$0,9 \pm 0,2$
Гинекомастия	$0,7 \pm 0,3$	$0,6 \pm 0,2$	$0,8 \pm 0,3$
Усиленное сексуальное влечение	$0,8 \pm 0,3$	$1,0 \pm 0,4$	$1,0 \pm 0,2$
Ослабленное сексуальное влечение	$2,0 \pm 0,4^*$	$1,1 \pm 0,3$	$1,1 \pm 0,4$
Эректильная дисфункция	$2,3 \pm 0,3$	$2,1 \pm 0,4$	$2,2 \pm 0,2$
Нарушения эякуляции	$1,1 \pm 0,4$	$1,0 \pm 0,3$	$1,2 \pm 0,4$
Нарушение оргазма	$1,5 \pm 0,3$	$1,5 \pm 0,2$	$1,3 \pm 0,4$
Вагинальная сухость	$0,9 \pm 0,2$	$1,1 \pm 0,3$	$1,0 \pm 0,3$
Головные боли	$1,8 \pm 0,5$	$1,6 \pm 0,3$	$1,7 \pm 0,4$
Физическая зависимость	0	0	0
Психологическая зависимость	0	0	0

Примечания: различия достоверны по отношению к группе больных с полным МК: * — при $p < 0,05$; ** — при $p < 0,01$

У больных депрессивным эпизодом с частичным МК доминировали побочные действия в виде: уменьшения продолжительности сна в умеренно тяжелой степени — $2,4 \pm 0,5$ балла (при $p < 0,05$) и прибавка массы тела в умеренной степени — $1,9 \pm 0,5$ балла (при $p < 0,05$).

Следовательно, у больных депрессивным эпизодом нарушения МК ассоциировались с такими клиническими факторами как ухудшение эмоционального контакта, расстройства внимания, частичная критика к болезни, коморбидные зависимости от психоактивных веществ.

Такие клинические особенности способствовали снижению установки на сотрудничество с врачом, формированию пассивности в отношении приема медикаментов, что в сочетании с отсутствием информации об ожидаемом эффекте лечения и побочными эффектами (нарушения сексуального влечения, увеличение массы тела, седация) приводило к нарушениям МК.

Вышеизложенные факторы необходимо учитывать при назначении антидепрессивной терапии и проведении психотерапевтической и психообразовательной работы с данной категорией больных.

Список литературы

1. Аймедов, К. В. Предикторы некомплаенса терапевтической співпраці в осіб, схильних до азартних ігор, на етапі реабілітації із використанням сучасних інтернет-технологій [Текст] / К. В. Аймедов, Ю. П. Жовно, Ю. В. Довгій // Медична психологія. — 2010. — Т. 5. — №3(19). — С. 14—18.
2. Байрак, Д. Комплаєнс в медицині: знання — ключ к успеху [Электронный ресурс] / Д. Байрак // Новости медицины и фармации. — 2011. — №4(354). — Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/16158>
3. Банщиков, Ф. Р. Комплаєнс в психіатрії: реальність і перспективи [Текст] / Ф. Р. Банщиков // Обозрение психіатрії і медичинської психології. — 2006. — Т. 3. — №4. — С. 60—68.
4. Горецкая, А. Н. Особенности формирования комплаєнса и его типология у больных гипертонической болезнью [Текст] / А. Н. Горецкая // Медична психологія. — 2013. — Т. 8. — № 1(29). — С. 20—25.
5. Данилов, Д. С. Терапевтическое сотрудничество (комплаєнс) при шизофрении и психофармакотерапевтические методы повышения его качества [Текст] / Д. С. Данилов, Н. А. Тювина, В. Д. Морозов // Российский психиатрический журнал. — 2013. — № 2. — С. 64—71.
6. Краснов, В. Н. Расстройства аффективного спектра [Текст] / В. Н. Краснов; — М.: Практическая медицина, 2011. — 432 с.
7. Лесная, Н. Н. Особенности комплаєнса больных с алкогольной зависимостью и система его психокоррекции [Текст]: дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук : спец. 19.00.04 / Лесная Наталья Николаевна. — Харьков, 2010. — 154 с.
8. Лутова, Н. Б. Комплаєнс в психіатрії і способ его оценки [Текст] / Н. Б. Лутова, Н. Г. Незнанов, В. Д. Вид // Психіатрія і психофармакотерапія. — 2008. — №1. — С. 19—24.
9. Марута, Н. А. Возможности антидепрессивной терапии в XXI веке [Текст] / Н. А. Марута // Нейро News. — 2008. — № 6(11). — С. 24—30.
10. Метод прогнозирования медикаментозного комплаєнса в психіатрії [Текст] : методические рекомендации / НИПНИ им. В. М. Бехтерева ; авторы-сост.: Н. Б. Лутова, А. В. Борцов, В. Д. Вид, А. Я. Вукс. — СПб., 2007. — 24 с.
11. Смулевич, А. Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей [Текст] / А. Б. Смулевич; — М.: Медицинское информационное агентство, 2007. — 256 с.
12. Шестопалова, Л. Ф. Психологічні фактори формування комплаєнса хворих з алкогольною залежністю [Текст] / Л. Ф. Шестопалова, Н. М. Лісна // Журнал психіатрії і медичинської психології. — 2008. — № 3(20). — С. 61—67.

Надійшла до редакції 14.01.2015 р.

ЖУПАНОВА Дарья Александровна, внештатный научный сотрудник отдела неврозов и пограничных состояний Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков; e-mail: mscience@ukr.net

ZHUPANOVA Daria, Out-Staff Researcher of the Department Neuroses and Borderline Conditions of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv; e-mail: mscience@ukr.net

УДК 616.523:611-013.84-08

В. М. Мардзвік, М. В. Мардзвік
ЕФЕКТИВНІСТЬ ПРЕПАРАТУ НЕОГАБІН У ЛІКУВАННІ ПОСТГЕРПЕТИЧНОЇ НЕВРАЛГІЇ

В. М. Мардзвік, М. В. Мардзвік
Эффективность препарата неогабин в лечении постгерпетической невралгии

V. Mardzvik, M. Mardzvik
Efficiency of neogablin in treatment of postherpetic neuralgia

У статті наведено результати дослідження 52 пацієнтів із постгерпетичною невралгією. Подано сучасні опитувальники для діагностики та оцінки ефективності лікування невропатичного болю. Досліджено безпечність та ефективність використання препарату Неогабін за рекомендованою схемою у лікуванні постгерпетичної невралгії та пов'язаних із нею коморбідних розладів.

Ключові слова: невропатичний біль, оперізувальний герпес, постгерпетична невралгія, Неогабін

В статтю приведені результати дослідження 52 пацієнтів з постгерпетичною невралгією. Представлені сучасні опитувальники для діагностики та оцінки ефективності лікування невропатичного болю. Исследованы безопасность и эффективность использования препарата Неогабин по рекомендованной схеме в лечении постгерпетической невралгии и связанных с ней коморбидных расстройств.

Ключевые слова: невропатическая боль, опоясывающий герпес, постгерпетическая невралгия, Неогабин

In the article the results of the research of 52 patients with a postherpetic neuralgia are resulted. Modern questionnaires are presented for diagnostics and estimation of efficiency of treatment of neurological pain. Safety and efficiency of the use of preparation of Neogablin is investigational on the recommended chart in treatment of postherpetic neuralgia and comorbid disorders.

Key words: neurological pain, girdle herpes, postherpetic neuralgia, Neogablin

«Біль — сторожовий пес здоров'я». Цей образний і дуже точний вислів старогрецьких лікарів не втрачає своєї актуальності й у XXI сторіччі. З позиції патофізіології розрізняють ноцицептивний (НЦБ) та невропатичний біль (НПБ). Запропоноване виокремлення вказаних вище типів болю має важливе практичне значення.

Ноцицептивним називають біль, обумовлений дією будь-якого чинника на периферичні больові рецептори (опік, механічне ушкодження, запальний процес, м'язовий спазм, інфаркт міокарда та інше), за умови інтактності усіх відділів нервової системи. Треба зазначити, що НЦБ може бути і хронічним, не виконуючи при цьому захисної функції, наприклад, при остеоартриті, ревматоїдному артриті. Важливим аспектом НЦБ є індукування роботи антиноцицептивних ендогенних систем, внаслідок чого гострий НЦБ швидко регресує або проходить повністю.

В свою чергу невропатичний біль виникає при органічному ураженні різних відділів нервової системи, що беруть участь у контролі болю. Основними причинами НПБ можуть бути пошкодження аферентної сомато-сенсорної системи на будь-якому рівні, починаючи від периферичних чутливих нервів і закінчуючи корою великих півкуль головного мозку, а також порушення в низхідних антиноцицептивних системах, а саме: опійної, серотонінергічної та норадренергічної [2].

Ознаки і симптоми НПБ не є постійними, їх комбінації можуть різнитися у різних хворих. Не усі пацієнти добре можуть описати власний біль, користуючись дескрипторами, характерними для синдрому НПБ, що досить часто призводить до встановлення невірної діагнозу, особливо лікарями-терапевтами та лікарями загальної практики, до яких звертаються більшість пацієнтів із НПБ. Складна клінічна картина може стати причиною призначення неефективного лікування, або до невірної підбору дози препарату, тому небагатьом пацієнтам вдається повністю купірувати больовий синдром. Статистика свідчить, що доволі багато пацієнтів із НПБ страждають тривалий час, близько 80 % пацієнтів відчувають біль більш ніж 1 рік до моменту першого звернення до фахівця.

Треба зауважити, що важливою характеристикою НПБ є поганий ефект відповіді на традиційні знеболюючі препарати, а саме нестероїдні протизапальні засоби. Найбільш ефективними препаратами у лікуванні НПБ вважаються антиконвульсанти та антидепресанти. Однак, відповідно до спеціальних досліджень, вказані вище групи препаратів складають лише невелику частку від усіх лікарських призначень з приводу лікування НПБ. Тоді як нестероїдні протизапальні засоби при НПБ призначають у 41 % випадків, а звичайні анальгетики — в 21 %. Таким чином, більш ніж 60 % хворих, що страждають на НПБ, отримують неадекватне лікування. Проте, останніми роками досягнутий істотний прогрес у розумінні механізмів НПБ із появою нових можливостей його ефективної фармакотерапії [4, 14, 15].

За даними різних авторів, розповсюдженість НПБ у різних країнах коливається в діапазоні 6—7,7 % (McDermott, 2005). Невралгія трійчастого нерва, фантомний біль, післяінсультний центральний біль, больовий синдром при розсіяному склерозі, сирингомієлії, ураженні спинного мозку — є типовими прикладами НПБ. За даними різних авторів, НПБ спостерігається при діабетичній поліневропатії — до 45 %, розсіяному склерозі — 28 %, сирингомієлії — 75 %, церебральному інсульті — 8 %, травмі нерва — 5 %. Відповідно до сучасних даних, серед усіх пацієнтів з НПБ велика частка припадає саме на постгерпетичну невралгію (ПГН) яка є ускладненням перебігу оперізувального герпесу (ОГ) або *herpes zoster* [2].

Відомо, що збудником ОГ є вірус *Varicella zoster*, який в дитячому віці спричиняє вітряну віспу. Після первинної інфекції вірус через сенсорні нерви поширюється в спинномозковий або краніальний ганглії, де і перебуває у латентному стані. Протягом цього часу не відбувається його розмноження, отже, він не є патогенним. За різних причин внаслідок зниження рівня антитіл відбувається реактивація вірусу із подальшою вірусною реплікацією, що на клінічному рівні проявляється як ОГ [5]. Захворювання характеризуються везикулярним висипом та появою болю в зоні іннервації відповідного нервового корінця. У 50 % пацієнтів висип спостерігається на тулубі, у 20 % — на голові, у 15 % — на руках і у 15 % — на ногах. Через кілька днів висип трансформується в пустульозний, згодом утворюються кірочки

© Мардзвік В. М., Мардзвік М. В., 2015

і до закінчення 3—4 тижня, зазвичай, захворювання зникає. Однак у багатьох пацієнтів після зникнення висипу у зоні ураженого дерматому зберігається виражений НПБ протягом тривалого часу [1, 3].

Треба зазначити, що рівень специфічних антитіл до *Varicella zoster* знижується із віком, що вносить вагомий внесок у поширеність ОГ у старших вікових групах. Про це свідчать дані, згідно з якими загальний показник поширеності ОГ в популяції становить 20 на 1000 осіб, тоді як у віковій групі старших за 75 років він дорівнює 100 на 1000 осіб [10—12].

Так, ПГН призводить до значних соціальних і економічних втрат, переважно за рахунок втрати пацієнтами працездатності, обмеження в повсякденній активності внаслідок вираженого НПБ, який має тривалий характер і часто резистентний до різних методів терапевтичної дії. Ураховуючи патофізіологічні та патогістологічні дані, більшість спеціалістів погодилися вважати постгерпетичною невралгією біль, який персистує щонайменше 3 місяці після зникнення везикулярної висипки та утворення кірок [8, 12].

Відомо, що ризик розвитку ПГН збільшується із віком. Так, за даними Kost, ПГН мала місце у 27 % пацієнтів, що перенесли вірусне ураження у віці 55—59 років, у віці 60—69 років — у 47 % та у 73 % пацієнтів віком 70 років і старших (Kost, 1996). Тривалість болю при ПГН може складати декілька років. Відповідно до великого американського популяційного дослідження, у 22 % пацієнтів з ПГН біль продовжувався в середньому більш ніж 1 рік (M. E. Ragozzino, 1982).

Основу ПГН складають запальні зміни або пошкодження гангліїв задніх корінців спинного мозку та периферичних нервів в уражених зонах тіла. Частіше за все ПГН виникає при ураженні грудних корінців спинальних нервів, а також корінця трійчастого нерва. Провідними патофізіологічними механізмами ПГН є ектопічна активність в уражених нервах, експресія натрієвих каналів мембран нервових клітин та центральна сенситизація. До основних чинників ризику розвитку ПГН відносять: вік, жіноча стать, наявність болю у період продрому, поширеність гострих шкірних висипань, інтенсивність прояву болю в гострому періоді [4, 6, 15].

Відповідно до літературних даних, у пацієнтів із ПГН спостерігається три типи болю:

- постійний, глибокий, тупий, пекучий або що давить;
- спонтанний, періодичний, колючий, схожий на удар струмом;
- алодинічний, гострий, поверхневий, пекучий, іррадіючий, сверблячий біль при одяганні або легкому доторканні.

У більшості пацієнтів біль пов'язаний із ПГН зменшується впродовж першого року. Однак у частини пацієнтів він може зберігатися роками і навіть впродовж усього життя спричиняючи постійне страждання [1]. Треба зазначити, що ПГН спричиняє значний негативний вплив на якість життя пацієнтів, в яких можуть розвиватись афективні розлади у вигляді тривоги, депресії, а також порушення соціальної активності, нічного сну, апетиту, зниження маси тіла. Урахування усіх перелічених чинників є важливим у лікуванні пацієнтів із ПГН.

В таблиці 1 подано основні групи лікарських препаратів у лікуванні пацієнтів із ПГН, відповідно до рекомендацій IX конгресу Європейської федерації неврологічних товариств (EFNS 2005).

Таблиця 1. Групи лікарських препаратів у лікуванні ПГН

Препарати клас А	Препарати клас В
1. Габапентин, прегабалін	1. Опіоїди
2. Трициклічні антидепресанти	2. Ламотриджин
3. Анестетики (лідоканін 5 % місцево)	3. Антиаритмічні препарати
4. Селективні інгібітори зворотного захоплення норадреналіну	4. Капсаїцин

Ефективними у лікуванні ПГН також вважають й такі методи:

- епідуральне введення стероїдних препаратів, що застосовується після зникнення висипу і дозволяє зменшити набряк, запалення та біль у зоні ураження;
- селективні корінцеві ін'єкції стероїдних препаратів;
- радіочастотна нейромодуляція спинномозкових корінців, яка дозволяє не лише зменшити провідність у волокнах, що проводять больові імпульси, але й привести до синаптичної перебудови у зонах входу заднього корінця. Ефект зменшення невропатичного болю розвивається протягом 5—8 тижнів;
- черезшкірна електростимуляція нервів: портативні прилади, які стимулюють периферичні нерви за допомогою нашкірних електродів за певними протоколами.

Отже, у лікуванні ПГН широко застосовують немедикаментозні та медикаментозні напрямки. Проте, терапія саме лікарськими препаратами є і залишається основним методом лікування.

Поява антиконвульсанта другої генерації прегабаліну стала новим сучасним етапом у лікуванні ПГН. Вітчизняний препарат Неогабін (прегабалін) належить до класу засобів, що мають високу афінність до $\alpha 2$ -дельта-протеїну центральної нервової системи. Неогабін є дериватом гамма-аміномасляної кислоти та її аналогом. Неогабін зменшує виділення нейротрансмітерів, уповільнює передавання нервового імпульсу на наступний нейрон, що приводить до редукції больового синдрому. Неогабін забезпечує ефект лише в умовах гіперзбудження нейронів, що має місце при патологічних станах, та приводить до переходу їх у нормальний стан. Препарат Неогабін випускається у дозі 75 мг та 150 мг. При пероральному введенні натще Неогабін досягає максимальної концентрації у плазмі крові протягом 1 години після одного та багаторазового застосування. Після повторного застосування рівноважний стан досягається через 24—48 годин. Із системного кровообігу виводиться головним чином за рахунок екскреції нирками у вигляді незміненого препарату. Середній період напіввиведення Неогабіну дорівнює 6,3 години. Неогабін (прегабалін) має широкий спектр застосування і рекомендований для лікування ПГН.

З метою вивчення ефективності та безпечності застосування препарату Неогабін у дослідження було залучено 52 пацієнти із верифікованим діагнозом ПГН. Кожен із пацієнтів в період гострих проявів ОГ амбулаторно або під час перебування у стаціонарі отримувал загальноприйнятту терапію. Пацієнти чоловічої статі складала 38,5 % (20 осіб), жіночої статі 61,5 % (32 особи). Показник середнього віку для чоловіків становив $68 \pm 2,5$ роки, а для жінок — $69 \pm 3,5$ роки. Тривалість прояву ПГН в середньому коливалась у межах від 4 до 9 місяців. Анамнестично локалізація висипу ОГ, в межах відповідних 1—2 дерматомів, спостерігалась: на тулубі — у 36 (69,2 %) пацієнтів, на голові — у 5 (9,6 %) пацієнтів, на носі — у 11 (21,2 %) пацієнтів обох статей.

Больовий синдром гострого періоду ОГ спостерігався у 75 % (39) пацієнтів, у той час як 25 % (13) пацієнтів зазначили появу болю впродовж перших 30 діб після інволюції висипки. Було встановлено, що больові відчуття, гіперестезія у відповідній ділянці тіла передували висипу ОГ у 28,8 % (15) пацієнтів. Так, алодинічний тип болю, поруч із спонтанним, пекучим, періодичним та гострим, спостерігався у 78,8 % пацієнтів із ПГН. Больовий синдром зазвичай тривав від кількох хвилин до кількох годин, а у 5 (9,6 %) випадках — майже до однієї доби.

Відомо, що коморбідні розлади (порушення сну, тривога, депресивні стани) достатньо широко представлені у структурі НПБ. Так, у 16 (30,7 %) досліджуваних пацієнтів із ПГН було діагностовано коморбідний розлад у вигляді порушення нічного сну, який мав негативний вплив на повсякденну активність та якість їхнього життя.

Усі досліджувані пацієнти були охоплені повним обсягом загальних клінічних обстежень. Під час спілкування із пацієнтами особливий акцент робили на детальному описі їхніх больових відчуттів. Саме аналіз характеристик болю допомагав запідозрити його невропатичний тип. Детальне збирання анамнезу захворювання та життя, оцінювання супутньої соматичної патології та в деяких випадках інструментальні методи обстеження, зокрема магнітно-резонансна та комп'ютерна томографія, дозволили провести диференціальну діагностику ПГН із іншими можливими причинами НПБ.

З метою додаткової діагностики наявного НПБ, зокрема ПГН, та оцінювання ефективності лікування досліджуваних пацієнтів використовували сучасні рейтингові шкали:

- Діагностичний опитувальник невропатичного болю (DN4), який був розроблений у Франції та призначений для діагностики і диференціальної діагностики НПБ (Didier Bouhassira 2005). Опитувальник складається з двох блоків: перший блок (7 питань) заповнюється на підставі опитування пацієнтів, другий блок (3 питання) — на підставі клінічного огляду. Перший блок дозволяє оцінити позитивні сенсорні симптоми, як-от спонтанний біль, парестезії та дизестезії. Другий блок дозволяє лікарю виявити алодинію. Сума балів більш ніж 4 означає наявність у пацієнта НПБ. Валідність опитувальника DN4 підтверджено відповідними дослідженнями. Він ідентифікує НПБ у 86 % пацієнтів, а також має високий рівень чутливості (82,9 %) та специфічності (89,9 %).

- Опитувальник Pain Detect, який був розроблений у Німеччині і валідований у ході багатоцентрового дослідження (Freunhagen 2005, 2006), призначений для запевнення лікарем і поєднує у собі схему розподілу больових розладів у вигляді картинки із візуальною аналоговою шкалою і опитувальником для виявлення спонтанних та викликаних симптомів НПБ. Опитувальник найбільш повно відображає усі можливі параметри болю і дозволяє досить наглядно відстежувати картину больового синдрому у динаміці. Сума балів більш ніж 19 означає вірогідну наявність у пацієнта НПБ, від 13 до 18 балів — показник неоднозначний, проте больовий компонент може мати місце. Його діагностична цінність дорівнює 83 %.

- Візуальна аналогова шкала оцінки якості сну (показник від 1 до 10 балів).

У дослідження не включали пацієнтів із захворюваннями печінки у фазі загострення або стійким підвищенням рівнів трансаміназ, наявною хронічною нирковою недостатністю.

Відповідно до загальноприйнятого клінічного, неврологічного обстеження, отриманих анамнестичних даних, рекомендованих діагностичних опитувальників (DN4 та

Pain Detect), в усіх 52 досліджуваних пацієнтів було діагностовано невропатичний тип болю, а саме її різновид у вигляді ПГН. Так, за опитувальником DN4 середній бал становив $5,8 \pm 1,2$, в усіх пацієнтів його значення було більш ніж 4; за опитувальником Pain Detect — $26,7 \pm 1,8$, тобто більш ніж 19 балів, що свідчило на користь наявного НПБ. Отже, запропоновані опитувальники продемонстрували високий рівень чутливості та специфічності.

Досліджувані пацієнти вказували на періодичний, іноді раптовий поверхневий біль пекучого характеру, який доволі часто провокувався легким дотиком, або з'являвся під час одягання. У деяких випадках біль визначався, як схожий на «удар струмом». Зазвичай біль був досить інтенсивним, тривалим та іноді й нестерпним.

Досліджуваним пацієнтам із ПГН препарат Неогабін було призначено за рекомендованою схемою застосування: 1—7 день — 75 мг 2 рази на добу, в подальшому (8—14 день) — підтримуюча доза 150 мг 2 рази на добу, з поступовим зниженням дози впродовж 7 днів до повної його відміни. Тривалість курсу лікування усіх пацієнтів складала 21 день. У зв'язку із стійким та вираженим больовим синдромом у 7 (13,4 %) пацієнтів максимальну підтримуючу дозу препарату Неогабін було підвищено до 300 мг 2 рази на добу з 8 по 14 день лікування. Треба зазначити, що у вказаних випадках відзначено задовільну переносимість високих доз препарату.

Динаміку клінічних проявів ПГН оцінювали шляхом підрахунку середньої суми балів відповідно до опитувальника Pain Detect на 1, 7, 14 та 21 день терапії препаратом Неогабін (табл. 2).

Таблиця 2. Динаміка клінічних проявів ПГН за опитувальником Pain Detect

	День лікування			
	1-й	7-й	14-й	21-й
Середня кількість балів	$27,7 \pm 1,8$	$21,1 \pm 1,3$	$17,2 \pm 1,1^*$	$11,2 \pm 2,1^*$

Примітка: * — достовірність відмінностей ($P < 0,05$)

Зниження больового синдрому спостерігали вже після першого тижня терапії препаратом Неогабін. Однак, достовірне зниження рівня болю відповідно опитувальника Pain Detect зафіксовано на 14 та 21 день лікування. При цьому ефект зниження больових відчуттів залишався стійким впродовж усього терміну лікування та після його закінчення.

Відповідно до візуальної аналогової шкали якості сну встановлено достовірну зміну різниці показників на 1-й та 7-й день лікування ($8,9 \pm 1,1$ бали проти $3,1 \pm 1,3$ бали, відповідно) ($P < 0,05$) у 16 (30,7 %) пацієнтів із розладами нічного сну, що значним чином вплинуло на якість їхнього життя та позитивного враження від лікування.

Безпечність терапії оцінювали за кількістю і видом зареєстрованих небажаних побічних проявів, а також за виявленими клінічно значущими змінами біохімічних показників крові. Побічну дію у вигляді сонливості було встановлено у 10 (19,2 %) випадках та у 4 (7,6 %) випадках — запаморочення. Проте, інтенсивність вказаних проявів не примушувала пацієнтів відмовитися від подальшого прийому препарату та припинення лікування. В свою чергу, патологічних змін основних біохімічних показників крові у досліджуваних пацієнтів виявлено не було.

Отже, на нашу думку, використання препарату Неогабін (прегабалін) за вказаною вище схемою є достатньо ефективним у лікуванні постгерпетичної невралгії і пов'язаних із нею коморбідних розладів. Опитувальники болю DN4 та Pain Detect мають високий рівень чутливості і дозволяють оцінити динаміку клінічних проявів невродпатичного типу болю. Основними особливостями препарату Неогабін є його профіль ефективності та безпеки, швидкий початок дії, ефективність стартової дози та залежність ефекту від дози. Препарат Неогабін продемонстрував свою безпечність і переносимість та може бути рекомендований для широкого використання у лікуванні постгерпетичної невралгії.

Список літератури

1. Андрашко Ю. В. До проблеми оперізуючого лишая / Ю. В. Андрашко, І. С. Миронюк // Український журнал дерматології, венерології, косметології. — 2007. — № 1. — С. 18—20.
2. Данилов А. Б. Нейропатическая боль / А. Б. Данилов, О. С. Давыдов. — М.: Боргес, 2007. — 192 с.
3. Каракулова Ю. В. Качество жизни больных с нейропатическим болевым синдромом после опоясывающего герпеса / Ю. В. Каракулова, С. А. Кириченко // Медиаль. — 2013. — № 1. — С. 16—18.
4. Халдин А. А. Стратегия и тактика ведения пациентов с герпес-вирусными инфекциями кожи и слизистой оболочки (стандартизация терапии) / А. А. Халдин // Клиническая дерматология и венерология. — 2013. — Т. 11. — № 2. — С. 84—88.
5. Arvin A. Aging, immunity, and the varicella-zoster virus / A. Arvin // N. Engl. J. Med. — 2005. — Vol. 352. — P. 2266—2267.
6. Risk factors for postherpetic neuralgia / [Choo P., Galil K., Donahue J. et al.] // Arch. Intern. Med. — 1997. — Vol. 157. — P. 1217—1224.
7. Assessment of pain in herpes zoster: lessons learned from antiviral trials/ [Dworkin R., Carrington D., Cunningham A. et al.] // Antiviral research. — 1997. — № 33. — P. 73—85.
8. Pregabalin for the treatment of postherpetic neuralgia: a randomized, placebo-controlled trial / [Dworkin R., Young J., Sharma U. et al.] // Neurology. — 2003. — Vol. 60. — P. 1274—1283.
9. PainDETECT: a new screening questionnaire to identify neuropathic components in patients with back pain / [Freyhagen R., Baron R., Gockel U., et al.] // Curr Med Res Opin. — 2006. — Vol. 22. — P. 1911—1920.
10. Gnann J. Herpes zoster / J. Gnann, R. Whitley // N. Engl. J. Med. — 2002. — Vol. 347 — P. 340—346.
11. Hambleton S. Preventing varicella-zoster disease / S. Hambleton // Clin. Microbiol. Rev. — 2005. — Vol. 18. — P. 70—80.
12. Acute pain in herpes zoster and its impact on health-related quality of life / [Katz J., Cooper E., Walther R. et al.] // Clin. Infect. Dis. — 2004. — Vol. 39. — P. 342—348.
13. Immunization predictors in rural adults under 65 years of age / [Madhavan S., Rosenbluth S., Amonkar M. et al.] // J. Health Care Poor Underserv. — 2003. — Vol. 14. — P. 100—121.
14. Opioids versus antidepressants in postherpetic neuralgia: a randomized, placebo-controlled trial / [Raja S., Haythornthwaite J., Pappagallo M. et al.] // Neurology. — 2002. — Vol. 59. — P. 1015—1021.
15. Herpes zoster: categories for persistent pain / [Whitley R., Weiss H., Soong S., Gnann J.] // J. Infect. Dis. — 1999. — Vol. 179. — P. 9—15.

Надійшла до редакції 09.12.2014 р.

МАРДЗВІК Володимир Михайлович, кандидат медичних наук, лікар-ординатор відділення неврології № 1 Хмельницької міської лікарні, м. Хмельницький; e-mail: dr.neur@ukr.net

МАРДЗВІК Михайло Володимирович, лікар-невролог вищої категорії, завідувач відділенням неврології Хмельницького обласного госпіталю інвалідів Великої Вітчизняної війни, м. Хмельницький

MARDZVIK Volodymyr, MD, PhD, Physician-neurologist of the Department of Neurology № 1 of Khmel'nyts'kyi city hospital, Khmel'nyts'kyi; e-mail: dr.neur@ukr.net

MARDZVIK Mykhailo, Physician-neurologist of the highest category, Head of the Department of Neurology of Khmel'nyts'kyi Regional Hospital Invalids of the World War II, Khmel'nyts'kyi

Л. В. Рахман

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ СЕЛЕКТИВНИХ ІНГІБІТОРІВ ЗВОРОТНОГО ЗАХОПЛЕННЯ СЕРОТОНІНУ І СЕЛЕКТИВНИХ ІНГІБІТОРІВ ЗВОРОТНОГО ЗАХОПЛЕННЯ СЕРОТОНІНУ ТА НОРАДРЕНАЛІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ ДЕПРЕСІЙ

Л. В. Рахман

Сравнительный анализ эффективности селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина в комплексном лечении терапевтически резистентных депрессий

L. V. Rakhman

Comparative analysis of efficiency of selective serotonin reuptake inhibitors and selective serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors in complex therapy of treatment resistant depression

В ході дослідження було проведено порівняльний аналіз ефективності антидепресантів групи СІЗЗСН (венлафаксину) та групи СІЗЗС (пароксетину) в комплексному лікуванні хворих із терапевтично резистентними депресіями. З позицій системного підходу було проведено комплексне обстеження та лікування 51 пацієнта. 24-тижневий період спостереження та лікування засвідчив достовірно вищу ефективність венлафаксину, що виявлялася у швидшій редукції депресивної симптоматики (вже на 8 тижні лікування відмічалось зменшення клінічних проявів депресії майже в 2 рази), зменшенні загальної вираженості симптомів (покращання на 72 % в групі з застосуванням венлафаксину та 64,5 % в групі з використанням пароксетину), покращанні показників якості життя в групах лікування із достовірно вищим результатом в групі хворих, які отримували венлафаксин.

Ключові слова: терапевтично резистентні депресії, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну

В ходе исследования был проведен сравнительный анализ эффективности антидепрессантов группы СИОЗСН (венлафаксина) и группы СИОЗС (пароксетина) в комплексном лечении больных с терапевтически резистентными депрессиями. С позиций системного подхода было проведено комплексное обследование и лечение 51 пациента. 24-недельный период наблюдения и лечения показал достоверно более высокую эффективность венлафаксина, которая проявлялась в быстрой редукции депрессивной симптоматики (уже на 8 неделе лечения отмечалось уменьшение клинических проявлений депрессии почти в 2 раза), уменьшении общей выраженности симптомов (улучшение на 72 % в группе с применением венлафаксина и 64,5 % в группе с использованием пароксетина), улучшении показателей качества жизни в группах лечения с достоверно более высоким результатом в группе больных, получавших венлафаксин.

Ключевые слова: терапевтически резистентные депрессии, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина

The survey was conducted a comparative analysis of the effectiveness of SSNRI (venlafaxine) and SSRI (paroxetine) antidepressants in the treatment of patients with treatment resistant depression (TRD). With the system approach comprehensive examination and treatment of 51 patients was conducted. During 24-weeks period of observation and treatment it was showed significantly higher efficacy of venlafaxine, which manifested by faster reduction of depressive symptoms (already after 8 weeks of treatment was observed reduction in clinical signs of depression almost 2 times), reduction of overall symptoms (improvement of 72 % in the group using venlafaxine and 64.5 % in the group using paroxetine), improving quality of life in the treatment groups with significantly higher outcome in patients treated with venlafaxine.

Keywords: treatment-resistant depression, selective serotonin reuptake inhibitors, selective serotonin and noradrenalin reuptake inhibitors.

Згідно з даними сучасних авторів, на сьогоднішній день депресія займає провідне місце серед захворювань, що призводять до непрацездатності та ранньої смерті. За інформацією ВООЗ, за індексом YLD (Years Lived with Disability — кількість років, які прожити із непрацездатністю) депресія посідає на 1-му місці, а за індексом DALY (Disability Adjusted Life Years — сума потенційних років життя, які втрачено через передчасну смерть та непрацездатність) — на 4-му [1]. Аналітичні джерела прогнозують подальше підвищення захворюваності на депресії та вихід до 2020 року на 2-ге місце за індексом DALY [2]. Проте, незважаючи на значний прогрес в психофармакотерапії, більш ніж 30 % пацієнтів із депресивними розладами демонструють відсутність або ж низьку ефективність ініціальної антидепресивної терапії [3—5]. При хронічних та затяжних депресіях ця величина сягає 40 %. Причина цьому — резистентність до проведеного лікування. За даними авторів, дефініція терапевтично резистентної депресії (ТРД) полягає в тому, що депресивний стан розцінюють як резистентний, коли при лікуванні впродовж двох послідовних курсів (по 3—4 тижні) адекватної монотерапії фармакологічно

відмінними препаратами має місце відсутність або недостатність клінічної ефективності (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становить менш ніж 50 %) [6, 7]. Таким чином, вивчення патогенетичних механізмів, особливостей клінічної картини та пошук дієвих методів лікування ТРД є одними із пріоритетних завдань сучасної психіатрії.

Сучасна концепція надання психіатричної допомоги пацієнтам із ТРД полягає не лише в досягненні ефективності проведеної терапії, а і в її результативності. Результативність лікування є доволі широким поняттям та включає в себе власне ефективність — ступінь і швидкість редукції депресивної симптоматики, частоту загострень; переносимість — характеристика побічних дій, безпеки та зручності прийому лікування; функціонування — рівень виконання щоденної активності та якості життя та прийнятність — ставлення хворого до методу лікування, умов лікування та до всіх учасників терапевтичного процесу (комплаєнс) [8].

У лікуванні ТРД на сьогоднішній день провідну роль відіграє психофармакотерапія, а найбільш застосовуваними медикаментами є антидепресанти. Серед антидепресантів препаратами вибору є група селективних інгібіторів

зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС). Механізм їх дії полягає у високо вибіркового пригніченні зворотного захоплення серотоніну із синаптичної щілини, в результаті чого збільшується концентрація цього нейромедіатора в ЦНС [9, 10]. Варто також зауважити, що вибірковість дії СІЗЗС веде до усунення лише симптомів «підвищеного негативного афекту» при ТРД, таких як знижений настрій, тривога, подразливість, відчуття самотності, непотрібності, необґрунтованої вини, суїцидальні думки. При цьому посилюються симптоми «зниженого позитивного афекту», які патогенетично спричинюються недостатністю норадренергічної та дофамінергічної нейротрансмісії — зниження або втрата зацікавленості, зниження здатності переживати задоволення (ангедонія), зниження здатності концентрувати увагу та приймати рішення, зниження процесів мислення [11]. Це зрештою призводить до трансформації депресивної симптоматики в апатичну.

Натомість останніми роками в психіатричній практиці поряд із застосуванням СІЗЗС спеціалісти почали використовувати препарати так званої «подвійної дії» — селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну (СІЗЗСН). Препарати цієї групи мають високу спорідненість до ділянок зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну і, одночасно, є слабкими інгібіторами зворотного захоплення дофаміну. За даними літературних джерел, саме ці препарати мають високий ступінь ефективності та мінімальний ризик розвитку небажаних побічних ефектів [12—16]. Тому введення антидепресантів «подвійної дії» (СІЗЗСН) відкриває перспективи в оптимізації антидепресивної терапії ТРД, формуванні якісних ремісій та попередженні рецидивів захворювання.

Все вищезазначене свідчить про те, що питання подолання резистентності у депресивних хворих потребують подальшого розроблення в теоретичному та практичному аспектах.

Метою нашого дослідження було вивчити та порівняти ефективність антидепресантів групи СІЗЗС (пароксетину) та СІЗЗСН (венлафаксину) в комплексному лікуванні пацієнтів із терапевтично резистентною депресією.

Для виконання поставленої мети за умови усвідомленої добровільної згоди проведено обстеження та лікування 51 хворого із ТРД. Вибірка пацієнтів характеризувалася відносною однорідністю за соціодемографічними показниками. Нозологічна характеристика обстежених пацієнтів базувалася на критеріях МКХ-10. Нозологічний зріз вибірки пацієнтів проілюстровано в таблиці 1.

Таблиця 1. Нозологічна характеристика пацієнтів з ТРД, що взяли участь в клінічному дослідженні

Нозологічна форма	Чоловіки (n = 23)		Жінки (n = 28)		Усього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Біполярний афективний розлад, депресивний епізод (F31.3 — F31.5)	5	9,8	9	17,6	14	27,5
Рекурентний депресивний розлад (F33.0 — F33.3)	18	35,3	19	37,3	37	72,5

На початок обстеження всі хворі перебували на лікуванні в Комунальному закладі «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» та виявляли ознаки резистентності до проведеної терапії. Тривалість госпіта-

лізації до початку дослідження становила в середньому 6—8 тижнів. Хворі попередньо отримували лікування у вигляді монотерапії трициклічними антидепресантами — амітриптилін в середній добовій дозі 250 ± 25 мг та докsepін в середній добовій дозі 150 ± 50 мг. Протягом періоду скринінгу було проведено оцінювання психосоматичного стану пацієнта, потім пацієнти, які відповідали критеріям включення, проходили «відмивочний» період з поступовою відміною амітриптиліну і докsepіну протягом 14 днів. Критеріями виключення із дослідження були наявність в анамнезі або ж на момент обстеження неврологічних розладів, органічного ураження головного мозку, розумової відсталості. Після цього шляхом рандомізації пацієнтів було поділено на 2 групи відповідно до призначеного лікування. Термін спостереження становив 24 тижні. Протягом перших 8—10 тижнів пацієнти із ТРД перебували в психіатричному стаціонарі, згодом продовжували обстеження та лікування в амбулаторних умовах. Обстеження проводили на початку лікування, на 8 тижні (виписка із стаціонару або підготовка до виписки), на 12 тижні (амбулаторне лікування), на 24 тижні (закінчення програми дослідження). В першу групу увійшли 23 хворих, з них 11 чоловіків та 12 жінок, лікування яких полягало у призначенні антидепресантів групи СІЗЗС (пароксетину в добовій дозі 40—50 мг), аугментації схеми шляхом призначення кветіапіну в добовій дозі 150—300 мг та застосуванням когнітивно-поведінкової терапії. Друга група нараховувала 28 пацієнтів, 12 чоловіків та 16 жінок. Для їхнього лікування застосовували антидепресанти групи СІЗЗСН (венлафаксин в добовій дозі 225—300 мг), з додатковим призначенням кветіапіну в добовій дозі 150—300 мг та застосуванням когнітивно-поведінкової терапії. Методика когнітивно-поведінкової терапії включала проведення 12-ти сесій, 2 з яких були діагностичними, а 10 наступних — терапевтичними. Впродовж перших двох сесій проводили обстеження та визначали загальне формулювання проблеми, цілі терапії та підтримуючі цикли. На терапевтичних сесіях когнітивна терапія складалася з двох основних етапів. Робота на першому етапі була спрямована на полегшення безпосередніх симптомів захворювання, а саме — зменшення впливу негативних автоматичних думок на настрій пацієнта. На другому етапі (7—12 сесії) здійснювали безпосередню роботу з негативними терапевтичними думками за допомогою таких технік, як тестування думок, пошук доказів та альтернативних думок, а також проведення поведінкових експериментів. Робота передбачала навчальні вправи для пацієнта, які пацієнт міг згодом застосовувати самостійно для покращання свого стану.

З метою отримати стандартизовану оцінку клінічних проявів депресивного розладу і ступеня його вираженості використовували шкалу Гамільтона — HAMD-21 (Hamilton M., 1960). За допомогою шкали Гамільтона-21 пункт (HAMD-21) було проведено оцінювання ТРД за ступенем важкості, при цьому показник 7—16 балів розцінювали як легкий ступінь вираженості, 17—27 балів — середньої важкості, важкі депресії кваліфікували при показнику більш ніж 27 балів.

Для оцінювання та порівняння терапевтичного ефекту в досліджуваних групах нами застосовувалася шкала загального клінічного враження (CGI), яка оцінює важкість захворювання з урахуванням стану пацієнта на протязі попереднього тижня. Оцінка становить рейтинг категорій за ступенем вираженості від 1 до 7 балів: 1 — нормальний стан (відсутність симптомів, не хворий); 2 — стан, пограничний з психічним захворюванням (мінімальні симптоми,

постійне ефективне функціонування); 3 — легка форма захворювання (слабо виражені симптоми, суб'єктивні переживання, функція збережена або мінімально порушена); 4 — помірна форма захворювання (декілька виражених симптомів, помірне порушення функції); 5 — виражена форма захворювання (значні симптоми, суттєве порушення функції); 6 — важке захворювання (дуже виражені симптоми, неможливість виконувати більшість функцій); 7 — один із найважчих випадків (вкрай сильно виражені симптоми, повна інвалідизація, необхідність сторонньої допомоги). Шкала оцінки змін симптоматики в порівнянні до початкового стану (CGI-I) полягає у виявленні стабільності, погіршення, покращання або невизначеної динаміки захворювання. Оцінювання проводиться по 4 категоріям симптомів, кожний з яких градується за ступенем динаміки від 0 до 7 балів (0 — невизначена динаміка, 1 — дуже суттєве покращання симптоматики, 2 — значне покращання симптоматики, 3 — мінімальне покращання симптоматики, 4 — відсутність змін, 5 — мінімальне погіршення, 6 — значне погіршення, 7 — дуже суттєве погіршення) із підсумовуванням даних щодо рейтингування симптоматики, оцінки рівня функціонування пацієнта з підрахуванням загального балу за даною шкалою.

Показники якості життя хворих визначали за допомогою Короткої Версії Опитувальника Здоров'я-36 (The MOS 36-item Short Form Health Survey — SF-36, Ware J., Gandek B., 1998) [17]. Цей опитувальник містить 36 питань, котрі згруповані у 8 шкал, що відображають основні аспекти здоров'я: фізичне функціонування (ФФ), рольове фізичне функціонування (РФФ), інтенсивність болю (ІБ), загальний стан здоров'я (ЗСЗ), життєва активність (ЖА), соціальне функціонування (СФ), рольове емоційне функціонування (РЕФ), емоційний стан та психічне здоров'я (ПЗ). Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100, де 100 означає повне здоров'я. Шкали, в свою чергу, групуються в два показники — фізичний компонент здоров'я та психічний компонент здоров'я.

Статистичний аналіз виконано за допомогою стандартного пакету Excel для Microsoft.

Згідно з результатами проведеного дослідження отримано такі дані.

В процесі лікування в обох групах відзначався позитивний ефект. Виходячи із аналізу показників клінічних проявів депресивного розладу і ступеня його вираженості за шкалою Гамільтона — HAMD-21 в пацієнтів 1 групи покращання становило 64,5 % на 24 тижні лікування, в пацієнтів 2 групи — 72,0 % на 24 тижні лікування. Динаміку показників депресивних симптомів проілюстровано на рис. 1.

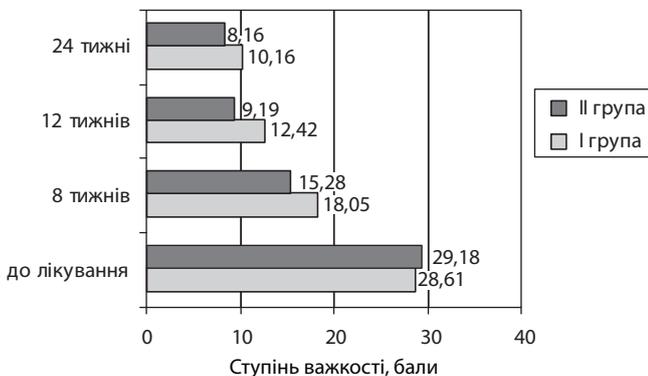


Рис. 1. Динаміка показників за шкалою Гамільтона в групах дослідження

У відповідності з оцінкою за шкалою загального клінічного враження (CGI) стан більшості пацієнтів першої групи був визначений як виражена форма захворювання (значні симптоми, суттєве порушення функції) — показник 5, загальний бал в цієї групі становив $5,56 \pm 0,48$. На 24 тижні спостереження спостерігалось клінічне покращання та стан визначався як помірна форма захворювання (декілька виражених симптомів, помірне порушення функції) — бал 4, загальний бал становив $4,52 \pm 0,27$. В другій групі на початку обстеження за шкалою CGI стан пацієнтів оцінювали як виражена форма захворювання (5 балів), що було рівноцінно першій групі, середній бал становив $5,42 \pm 0,17$. Після проведеного лікування пацієнти відзначали покращання стану, що відобразалося на показниках шкали CGI. Так, стан в середньому визначався як легка форма захворювання (слабо виражені симптоми, суб'єктивні переживання, функція збережена або мінімально порушена) — 3 бали, із середнім значенням показника $3,04 \pm 0,11$ бали.

Динаміку за показниками шкали CGI в періоді обстеження проілюстровано на рис. 2.

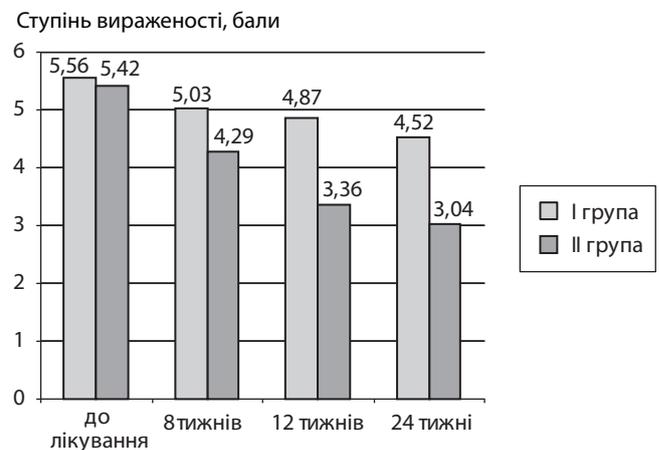


Рис. 2. Динаміка показників за шкалою CGI в процесі лікування

За результатами опитування за шкалою SF-36 у хворих з ТРД на початку дослідження найнижчими були значення за шкалами життєва активність — $23,17 \pm 2,06$ бали в першій групі та $23,10 \pm 2,12$ бали в другій групі, соціальне функціонування — $23,25 \pm 1,11$ бали в першій групі та $23,21 \pm 2,17$ бали в другій групі, рольове емоційне функціонування — $22,88 \pm 3,08$ бали в першій групі та $23,03 \pm 2,41$ бали в другій групі, емоційний стан та психічне здоров'я — $22,76 \pm 1,94$ бали в першій групі та $22,49 \pm 2,38$ бали в другій групі. Узагальнені дані показників за шкалою SF-36 подані в таблиці 2.

За субшкалою фізичного компонента якості життя в хворих першої групи виявлені такі дані: до лікування — $79,71 \pm 4,48$ бали, після лікування — $82,01 \pm 6,27$ бали; за субшкалою психічного компонента якості життя — $32,18 \pm 2,73$ бали до лікування та $49,17 \pm 2,85$ бали після лікування. В другій групі результати засвідчили, що до лікування за субшкалою фізичного компонента якості життя показник становив $74,71 \pm 5,18$ бали, після лікування — $80,77 \pm 4,26$ бали, за субшкалою психічного компонента якості життя хворі оцінювали свій стан із показником $30,98 \pm 2,75$ бали до лікування та $48,3 \pm 4,61$ бали після лікування.

Таблиця 2. Оцінка якості життя за шкалою SF-36 у хворих із терапевтично резистентною депресією ($M \pm m$)

Аспекти якості життя	I група		II група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Фізичне функціонування	63,71 ± 4,07	86,25 ± 6,15	67,14 ± 4,72	88,12 ± 6,17
Інтенсивність болю	89,26 ± 6,18	92,04 ± 6,71	85,42 ± 6,38	93,27 ± 7,03
Рольове фізичне функціонування	57,59 ± 4,77	83,26 ± 4,14*	55,16 ± 3,79	88,64 ± 6,24*
Загальний стан здоров'я	43,18 ± 3,48	66,83 ± 6,23	41,84 ± 3,47	69,28 ± 4,62**
Життєва активність	23,17 ± 2,06	46,52 ± 4,27*	23,10 ± 2,12	49,81 ± 4,39*
Соціальне функціонування	23,25 ± 1,11	35,41 ± 2,69	23,21 ± 2,17	44,27 ± 4,21**
Рольове емоційне функціонування	22,88 ± 3,08	38,62 ± 2,45*	23,03 ± 2,41	44,16 ± 3,74*
Психічне здоров'я	22,76 ± 1,94	42,14 ± 4,23*	22,49 ± 2,38	48,73 ± 4,25**

Примітка: * — $p < 0,05$ в порівнянні показниками до лікування; ** — $p < 0,05$ в порівнянні з першою групою

Таким чином, результати проведеного дослідження засвідчили позитивний ефект в лікуванні хворих із ТРД. При порівнянні ефективності пароксетину та венлафаксину в комплексній схемі лікуванні хворих із ТРД встановлено, що призначення венлафаксину веде до швидшої редукції депресивних симптомів, підвищення якості ремісії, покращання якості життя пацієнтів. Так, вже на 8-му тижні комплексної терапії у пацієнтів із ТРД, які отримували венлафаксин, спостерігалось зменшення інтенсивності депресивних проявів майже в два рази, тоді як при застосуванні пароксетину — в 1,5 рази. Така ж динаміка відзначалася протягом всього періоду спостереження. Загалом швидша позитивна динаміка депресивної симптоматики достовірно відображала покращання якості життя в хворих другої групи, яким було призначено венлафаксин, порівняно із групою пацієнтів, які отримували пароксетин. 24-тижневий термін лікування засвідчив достовірно вищу ефективність венлафаксину в порівнянні з пароксетином в комплексному лікуванні хворих із терапевтично резистентними депресіями.

Список літератури

1. Relationship of Variability in Residual Symptoms with Recurrence of Major Depressive Disorder during Maintenance Treatment / [J. F. Karp, D. J. Buysse, P. R. Houck, et al.] // Focus. — 2005. — Vol. 3(1). — P. 161—169.
2. Кожина А. М. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 3(64). — С. 129.
3. Вертоградова О. П. Затяжные депрессии (закономерности формирования, прогноз, терапия) / О. П. Вертоградова, В. В. Петухов // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — № 4(15). — С. 18—23.
4. Марута Н. А. Клинико-психопатологические особенности и принципы терапии невротических депрессий / Н. А. Марута // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 2(31). — С. 210—214.
5. Entsuah R. Response and Remission Rates in Different Subpopulations With Major Depressive Disorder Administered Venlafaxine, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors, or Placebo / R. Entsuah, H. Huang, M. Thase // J. Clin. Psychiatry. — 2001. — Vol. 62. — P. 869—877.
6. Al-Harbi K. S. Treatment-resistant depression: therapeutic trends, challenges, and future directions / K. S. Al-Harbi // Patient Prefer Adherence. — 2012. — Vol. 6. — P. 369—388.

7. Кутько И. И. Резистентные состояния при психофармакотерапии аффективных расстройств: предпосылки формирования, квалификация, терапия / И. И. Кутько, В. Д. Мишиев, К. Т. Згурская // Арх. психиат. — 2004. — Т. 10. — № 1. — С. 196—199.

8. Fava C. A. The concept of recovery in major depression / C. A. Fava, C. Ruini, C. Belaise // Psychol. Med. — 2007. — Vol. 48. — P. 103—111.

9. Підкоритов В. С. Сучасні підходи до лікування «фармако-резистентних» депресій / В. С. Підкоритов // Український вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 2(63). — С. 55—57.

10. Михайлов Б. В. Фармакодинамические механизмы терапевтического действия и побочных эффектов антидепрессантов / Б. В. Михайлов // Там само. — 2014. — Т. 22, вип. 2 (79). — С. 103—106.

11. Mace S. Selective serotonin reuptake inhibitors: a review of efficacy and tolerability in depression / S. Mace, D. Taylor // Expert Opin. Pharmacother. — 2000. — Vol. 73. — P. 277—281.

12. Дробижев М. Ю. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина: возможно ли сочетание эффективности и безопасности / М. Ю. Дробижев // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2004. — Т. 6 (5). — С. 248—250.

13. Тейз М. Э. Ремиссии при лечении венлафаксином и селективными ингибиторами обратного захвата серотонина (СИОЗС) / М. Э. Тейз, А. Р. Энтсью, Р. Л. Рудольф // Социальная и клиническая психиатрия. — 2005. — Т. 15. — С. 41—48

14. Burnett F. E. Venlafaxine: pharmacology and therapeutic potential in the treatment of depression / F. E. Burnett, T. G. Dinan // Hum. Psychopharmacol. — 1998. — Vol. 13. — P. 153—162.

15. Montgomery S. A. Venlafaxine: a new dimension in antidepressant pharmacotherapy / S. A. Montgomery // J. Clin. Psychiat. — 1993. — Vol. 54. — P. 119—126.

16. Smith D. Efficacy and tolerability of venlafaxine compared with selective serotonin reuptake inhibitors and other antidepressants: a meta-analysis / D. Smith, C. Dempster, J. Glanville // Br. J. Psychiatry. — 2002. — Vol. 180. — P. 396—404.

17. Ware J. Overview of the SF-36 Health Survey and the International anality of Life Assessment (JQOLA) / J. Ware, B. Gandek // Projekt J. Clin. Epidemiology. — 1998. — Vol. 11. — P. 903—912.

Надійшла до редакції 02.12.2014 р.

РАХМАН Людмила Володимирівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, м. Львів; e-mail: rakhman@polynet.lviv.ua

RAKHMAN Lyudmyla, MD, PhD, Associated Professor of Department of Psychiatry, Psychology and Sexology of Danylo Halatsky's Lviv National Medical University, Lviv, e-mail: rakhman@polynet.lviv.ua

УДК 616.816:001.8-061.3

О. К. Напреєнко, О. Г. Сиропятов, Н. О. Дзеружинська, Н. Ю. Напреєнко, О. В. Друзь, В. С. Гичун, А. Є. Горбань
МАТЕРІАЛИ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ КИЇВСЬКОГО РЕГІОНАЛЬНОГО
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОГО ТОВАРИСТВА ПСИХІАТРІВ, НАРКОЛОГІВ ТА МЕДИЧНИХ ПСИХОЛОГІВ

А. К. Напреєнко, О. Г. Сиропятов, Н. А. Дзеружинская, Н. Ю. Напреєнко, О. В. Друзь, В. С. Гичун, А. Е. Горбань
Материалы научно-практической конференции Киевского регионального научно-практического
общества психиатров, наркологов и медицинских психологов

О. К. Napryeyenko, O. G. Syropyatov, N. O. Dzeruzhynska, N. Yu. Napryeyenko, O. V. Druz, V. S. Gichun, A. Ye. Gorban
Proceedings of the Conference of the Kyiv regional Scientific and practical society of psychiatrists,
narcologists and clinical psychologists

В статті наведено результати обговорення роботи та переобрання керівного складу Київського регіонального науково-практичного товариства психіатрів, наркологів та медичних психологів, а також розробки та впровадження підходів до оптимізації психолого-психіатричної допомоги постраждалим і вимушеним переселенцям внаслідок збройних конфліктів, мирних протистоянь, радіаційних аварій на ядерних реакторах, а також застосування «брудної бомби» і тактичної ядерної зброї.

Ключові слова: громадська організація психіатрів, наркологів та медичних психологів, збройні конфлікти, мирні протистояння, радіаційні аварії, «брудна бомба», вимушені переселенці, психічні розлади, діагностика, лікування, реабілітація

В статье приведены результаты обсуждения работы и переизбрания руководящего состава Киевского регионального научно-практического общества психиатров, наркологов и медицинских психологов, а также разработки и внедрения подходов к оптимизации психолого-психиатрической помощи пострадавшим вынужденным переселенцам вследствие вооруженных конфликтов, мирных противостояний, радиационных аварий на ядерных реакторах и использования «грязной бомбы» и тактического ядерного оружия.

Ключевые слова: общественная организация психиатров, наркологов и медицинских психологов, вооруженные конфликты, мирные противостояния, радиационные аварии, «грязная бомба», вынужденные переселенцы, психические расстройства, диагностика, лечение, реабилитация

The article presents the results of the discussion and work of reelected management staff of the Kyiv regional scientific and practical society of psychiatrists, narcologists and clinical psychologists. The development and implementation of approaches to optimize the psychological and of psychiatric care to internally displaced persons, affected by armed conflict and peaceful confrontation, radiation accidents at nuclear reactors, "dirty bombs" and tactical nuclear weapons using, were approved.

Keywords: non-governmental organization of psychiatrists, narcologists and clinical psychologists, armed conflicts, peaceful confrontation, radiation accidents, "dirty bomb", internally displaced persons, mental disorders, diagnostics, treatment, rehabilitation

12 грудня 2014 р. в м. Києві відбулася конференція Київського регіонального науково-практичного товариства психіатрів, наркологів та медичних психологів (далі — Товариство) «Магістральні шляхи оптимізації психолого-психіатричної допомоги населенню України на сучасному етапі», яка мала такий порядок денний.

1. Доповідь професора О. К. Напреєнка «Організаційні питання роботи Київського регіонального науково-практичного товариства психіатрів, наркологів та медичних психологів».

2. Оновлення складу та переобрання Правління Київського регіонального науково-практичного товариства психіатрів, наркологів та медичних психологів.

3. Наукова доповідь професора О. К. Напреєнка, професора О. Г. Сиропятова, д. мед. н. О. В. Друзя, д. мед. н. В. С. Гичуна, А. Є. Горбаня, професора Н. О. Дзеружинської, доцента Н. Ю. Напреєнко — «Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах, при мирних протестах і вимушеним переселенцям».

4. Наукова доповідь професора К. М. Логановського — «Охорона психічного здоров'я при радіаційних аваріях на ядерних реакторах та застосуванні "брудної бомби" і тактичної ядерної зброї».

5. Обговорення доповідей представниками первинних осередків товариства, керівниками психіатричних установ міста Києва і Київської області, відомчих психіатричних і суміжних підрозділів, усіма охочими.

6. Прийняття резолюції конференції.

В роботі конференції взяли участь 57 спеціалістів, делегованих 16 первинними організаціями Товариства, та 43 — інших психіатрів, наркологів та медичних психологів регіону. Всього на 12.12.2014 р. у складі Товариства, згідно з відповідними протоколами засідань первинних організацій, є 326 членів.

При обговоренні першого питання проф. О. К. Напреєнко нагадав присутнім історію створення Товариства у 1999 році, зауважив, що воно є організацією у складі Науково-практичного товариства невропатологів, психіатрів і наркологів України. Вказав, що за останні роки вийшла низка законів, які регламентують зміни в роботі громадських організацій: Закон України «Про громадські об'єднання» (2013); Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про громадські об'єднання» щодо забезпечення діяльності всеукраїнських громадських об'єднань» (2014) та ін. Вказав, що статuti (положення) місцевих осередків всеукраїнських (міжнародних) громадських організацій мають бути приведені у відповідність до Закону України «Про громадські об'єднання» протягом п'яти років з дня введення його в дію.

На конференції був розглянутий Статут Товариства, зроблено висновок про те, що він змін не потребує і затверджується в попередньому варіанті.

Доповідач підкреслив, що в проекті Концепції реформування медичної галузі в державі велика увага приділяється підвищенню ролі громадських організацій в наданні медичної допомоги населенню.

© Напреєнко О. К., Сиропятов О. Г., Дзеружинська Н. О., Напреєнко Н. Ю., Друзь О. В., Гичун В. С., Горбань А. Є., 2015

Під час обговорення другого питання внесено і затверджено зміни у складі керівних органів Товариства. Його Правління було поділено на 3 секції: секція 1 — «Організація та науковий супровід психіатричної допомоги населенню», секція 2 — «Організація та науковий супровід наркологічної допомоги населенню», секція 3 — «Організація та науковий супровід медико-психологічної і психотерапевтичної допомоги населенню». Склад Правління затверджено в кількості 41 особи. Головою Правління обрано завідувача кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця професора О. К. Напрєєнка, заступниками голови — генерального директора Комунального закладу Київської обласної ради «Обласне психіатрично-наркологічне медичне об'єднання» Г. М. Зільберблата та заступника директора Територіального медичного об'єднання «Психіатрія» в м. Києві О. О. Новосельського, відповідальним секретарем — лікаря-психіатра ТМО «Психіатрія» в м. Києві к. мед. н. Н. В. Куколенко.

В науковій доповіді О. К. Напрєєнка, О. Г. Сиропятова, О. В. Друзя, В. С. Гичуна, Н. О. Дзеружинської, Н. Ю. Напрєєнко, А. Є. Горбаня «Психолого-психіатрична допомога постраждалим у збройних конфліктах, при мирних протестах і вимушених переселенцям» було зазначено, що вказані контингенти населення переживають *бойовий стрес*, під яким розуміють багаторівневий процес адаптаційної активності людського організму в бойових умовах, що супроводжується напруженням механізмів реактивної саморегуляції та закріплення специфічних пристосувальних психофізіологічних змін. Водночас він є станом дестабілізуючим, передпатологічним, що обмежує функціональні резерви організму, збільшуючи ризик дезінтеграції психічної діяльності та стійких соматовегетативних дисфункцій, тому він може призводити до *бойових стресових розладів*.

Психолого-психіатрична діагностика останніх становить сукупність взаємопов'язаних процедур, що дозволяють виявити наявність психотравмувальних чинників, прояви психопатології, провести її синдромологічну і нозологічну ідентифікацію, а також клінічне оцінювання з урахуванням особистісних властивостей індивіда.

Ці завдання реалізуються комплексно за участю лікаря-психіатра, лікаря-психотерапевта, клінічного психолога, психолога-консультанта, соціального працівника і середнього медичного персоналу, який пройшов спеціальну підготовку з психологічної діагностики, корекції та соціально-трудова реабілітації. Така бригада визначає спрямованість і обсяг психологічної корекції, терапевтичних втручань та маршрут медико-соціальної реабілітації в кожному конкретному випадку.

Окрім клініко-психопатологічної діагностики, доцільне використання таких експериментально-психологічних методик: ММРІ, 16-факторного опитувальників Кеттела, САН (самопочуття, активність, настрій), Спілбергера — Ханіна (особистісна тривожність, реактивна тривога), тестів Айзенка, ЛОБІ (Ленінградський опитувальник Бехтерівського інституту) — ставлення до хвороби, РСК (рівень суб'єктивного контролю), «Потреба в досягненні» та ін. Обстежується також підсвідома та безсвідома сфери психіки за допомогою колірного тесту Люшера, проєктивних тестових методик (малюнки), комп'ютерного аналізу психіки методом І. В. Смирнова (використання семан-

тичного диференціала в режимі 25-го кадру). За цієї ж схемою кожний реконвалісцент проходить обстеження й при виписці з медичного закладу по завершенні програми реабілітації.

Психічні порушення, за даними різних авторів, виникають у 20—70 % осіб, які беруть участь у збройних конфліктах. Вони в 3—4 рази збільшують захворюваність на психічні розлади в армії, порівняно з мирним часом. Найбільш виразні психічні порушення спостерігають у осіб, які перебували в зоні бойових дій понад три місяці. В усіх обстежених, які отримали поранення у ході локальних війн або в період збройних конфліктів, відзначають різного ступеня виразності зміни психічного стану. Ці зміни проявляються передусім реакціями на емоційний і фізичний стрес: починаючи з відносно короткотривалого відчуття дискомфорту з проявами емоційного напруження, закінчуючи психічними розладами невротичного та психотичного регістрів.

Спектр відхилень психічного стану достатньо широкий: від різновиду розладу адаптації під назвою *бойова стресова реакція* (початковий прояв дезадаптивних розладів) і так званої *бойової втоми* до *посттравматичного стресового розладу* (ПТСР) та *реактивних станів* (психогенні психози, реактивні психози) — найбільш тяжких форм бойової психогенної патології. Найпоширенішим їх варіантом (10—50 % усіх санітарних втрат) є бойова стресова реакція.

Симптоматика цих порушень поліморфна, вона розгортається в рамках емоційно-вольових розладів, приступів паніки, фобій, уникаючої поведінки, істеро-конверсійних дисфункцій, соматовегетативних розладів, асоціальної та агресивної поведінки. У *комбатантів-правохоронців*, які взяли участь в АТО, виявляють й специфічні психічні порушення: підвищена агресивність, конфліктність, інколи неадекватне застосування зброї, спецзасобів і фізичної сили проти громадян, порушення службової та виконавчої дисципліни, а також надмірне споживання алкоголю, хуліганські вчинки та інші протиправні дії.

Ці явища набувають найбільшої виразності відстрочено — через кілька тижнів, місяців і навіть років після перебування в ситуації травматичного стресу. Подібні стани описують як «донозологічні», оскільки вони не відповідають усім критеріям чинних класифікацій психічних хвороб. Військові лікарі-психіатри, в силу діючого положення про військово-лікарську експертизу, мають зазначені розлади відносити до «легких» — невротичних або «більш тяжких» — психотичних, частіше — ПТСР.

Маніфестація (первинні симптоми до 6 місяців) ПТСР відбувається у вигляді: *інтрузії* — невідступне переживання травматичної події, яке може набувати таких форм: 1) нав'язливі спогади психотравматичних подій, що приводять до дистресу; 2) кошмарні сновидіння, що періодично повторюються; 3) неочікувані відчуття прямого повернення психотравматичних подій і повторного їх переживання у вигляді ілюзій, галюцинацій або/та дисоціативних епізодів, які виникають в тверезому стані чи стані сп'яніння; 4) інтенсивний психологічний дистрес під впливом обставин, які символізують пережиті психотравматичні події та їх окремі моменти, чи мають з ними подібність (наприклад, річниця цієї події); *уникання* — стійке уникання стимулів, пов'язаних із травмою,

що супроводжується емоційним збідненням, почуттям байдужості до інших людей. Воно має, щонайменше, три з таких проявів: 1) усвідомлювані зусилля уникати думок і почуттів, пов'язаних із психотравмівною подією; 2) намагання уникати будь-яких дій або ситуацій, здатних стимулювати спогади про цю подію; 3) неспроможність згадати важливий аспект даної події; 4) зниження інтересу до раніше значимих для даної особистості видів активності; 5) почуття відчуження щодо оточуючих; 6) зниження здатності до співпереживання і душевної близькості з іншими людьми; 7) відчуття «вкороченого майбутнього» (невпевненість у подальшій кар'єрі, можливості одруження і сімейного життя, в самій тривалості життя тощо); *гіперактивності* — характеризується не менше ніж двома з таких проявів: 1) проблеми із засинанням або поверхневий сон; 2) підвищена дратівливість або спалахи гніву; 3) проблеми з концентрацією уваги; 4) неадекватно підвищена пильність; 5) надмірна реакція на раптові подразники; 6) підвищений рівень фізіологічної реактивності на обставини, які символізують психотравмівну подію або нагадують найсуттєвіші її моменти.

До вторинних симптомів ПТСР, на які страждають пацієнти впродовж багатьох років, відносять переважно депресію, тривогу, імпульсивну поведінку, алкоголізм (токсикоманію), психосоматичні проблеми, порушення відчуття часу, порушення Еґо-функціонування. Депресія може сягати важкого рівня, що супроводжується відчуттям відчаю, безглуздістю власного існування з нервово-психічним виснаженням, апатією та негативним ставленням до життя. До специфічних особливостей «військових ПТСР» відносять наявність в переживаннях пацієнтів так званої дисфункціональної провини, розладів пам'яті з витисненням подій, пов'язаних з психотравмівними обставинами бойової ситуації, високий рівень дисоціативних симптомів і т. ін.

Майже в третини пацієнтів з тяжким перебігом ПТСР у подальшому формуються (за критеріями МКХ-10) *стійкі зміни особистості після перенесеного катастрофічного переживання* (СЗОППКП), які мають такі клінічно окреслені типи перебігу: емоційно нестійкий, паранояльний, істеричний, obsесивно-фобічний. У цих хворих часто діагностують такі коморбідні соматичні розлади, як гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, патологія шлунка та 12-палої кишки та ін., які можна відносити до психосоматичних розладів.

Окремого розглядання потребує проблема депресій, які асоціюють із зловживанням алкоголем даної категорії хворих. Згідно з результатами власних досліджень Н. Ю. Напрєєнко, подібні розлади в основному спостерігаються після повернення комбатантів до мирного життя. Вони мають тенденцію до затяжного перебігу і терапевтичної резистентності. Авторка вказує на різноманітні причинно-наслідкові зв'язки між депресією та іншими проявами синдрому залежності від алкоголю. За походженням алкогольні депресії є гетерогенною групою станів, серед яких виокремлено психогенні, екзогенно-органічні (внаслідок хронічної алкогольної інтоксикації, перенесених черепно-мозкових травм (ЧМТ) та інших ушкоджень головного мозку, а також співіснування цих чинників) і ендогенні, перебіг яких ускладнюється патогенними чинниками, пов'язаними з перебуванням у бойовій ситуації. В таких пацієнтів спостерігаються як стерті, атипіві, так і змішані афективні

стати, в більшості випадків на рівні легкої або помірної депресії. Їх загальними клінічними особливостями є надмірна емоційна лабільність, наявність соматовегетативної симптоматики (головний біль, запаморочення, тахікардія, лабільність артеріального тиску, нудота тощо), розлади сну. Часто ці прояви маскуються дратівливістю, прискіпливістю, втомлюваністю, іпохондричними скаргами. В процесі дослідження виявлено такі варіанти депресій в цих хворих: «простий» депресивний стан з переважанням пригніченого настрою, туги, зниженої самооцінки, втрати інтересу до оточуючого, ангедонією; дисфоричний — з наявністю на тлі зниженого настрою вогнищевої дратівливості, гнівливості, конфліктності; тривожно-депресивний — співіснування симптомів депресії з відчуттям внутрішнього напруження, дискомфорту, неспокою, очікуванням неприємностей, які насуваються; астенічний варіант — з надмірною втомлюваністю, гіперестезією, які посилюються ввечері; іпохондричний — з гіперболізацією неприємних тілесних відчуттів, особливою увагою до власного соматичного стану, «зануренням у медичне середовище»; апатичний варіант — депресія з в'ялістю, байдужістю до себе та оточуючого, адинамією.

При цьому близько 70 % суїцидальних тенденцій пов'язані з проблемами міжособистісних відносин осіб, що були військовослужбовцями, з оточуючими після їх повернення із зони бойових дій — «психічний розлад загрожує повернути війну додому, як особистісно значущий чинник».

Лікування та реабілітація постраждалих. На донозологічному рівні, за якого психічний розлад ще не сформувався, в основному застосовують психокорекцію, а за наявності сформованого психічного захворювання — психотерапію. *Психологічна корекція* — це система психологічних впливів, спрямованих на зміни певних особливостей (властивостей, процесів, станів, рис) психіки, що відіграють певну роль у виникненні хвороб, в їхньому патогенезі, імовірності рецидивів та загострень захворювання, інвалідизації та інших наслідках соціальної дезадаптації. Психологічну корекцію не спрямовують на зміну симптоматики й взагалі на клінічну картину захворювання. В цьому полягає її важлива відмінність від психотерапії. Завдяки *психотерапії* визначається оптимальний варіант виходу особистості з психотравмівної ситуації. Під час надання допомоги даному контингенту переважно використовують раціональну психотерапію, аутогенне тренування, навіювання в стані неспання, гіпно- та наркогіпнотерапію, групову та сімейну психотерапію.

Медична реабілітація учасників війн, в яких спостерігаються психічні порушення, в основному спрямована на корекцію афективних розладів, усунення соматичної і вегетосудинної патології за допомогою психофармакологічних та інших препаратів. Застосовують психотропні засоби з антипсихотичними, седативними, антидепресивними, стимулюючими та метаболічними властивостями, лікарські засоби із загальноозміцнювальною, дегідратаційною, дезінтоксикаційною дією, а також режим активної діяльності та відпочинку, дієту, фізіотерапевтичні процедури, лікувальну та оздоровчу фізкультуру, бальнеолікування, кліматотерапію, трудотерапію тощо.

Вищезазначені заходи треба планувати і реалізовувати відповідно до наведених алгоритмів.

Алгоритм 1. Лікувально-діагностична допомога
(О. К. Напрєєнко, 2014)

1-й етап — первинна ланка загальномедичної служби. Допомогу надають працівники швидкої та невідкладної медичної допомоги, волонтери, лікарі медико-санітарних підрозділів, створених на місці подій, лікарі загальної практики / сімейні лікарі, дільничні терапевти, військові лікарі та ін. Завдання: 1) виявлення психічних порушень за клінічними та параклінічними (скринінг-тести) ознаками; 2) сортування потерпілих за реєстрами порушення (непсихотичний/психотичний); 3) надання допомоги в межах компетенції лікаря-інтерніста; 4) направлення до лікаря-психіатра амбулаторної ланки психіатричної служби (за наявності показань).

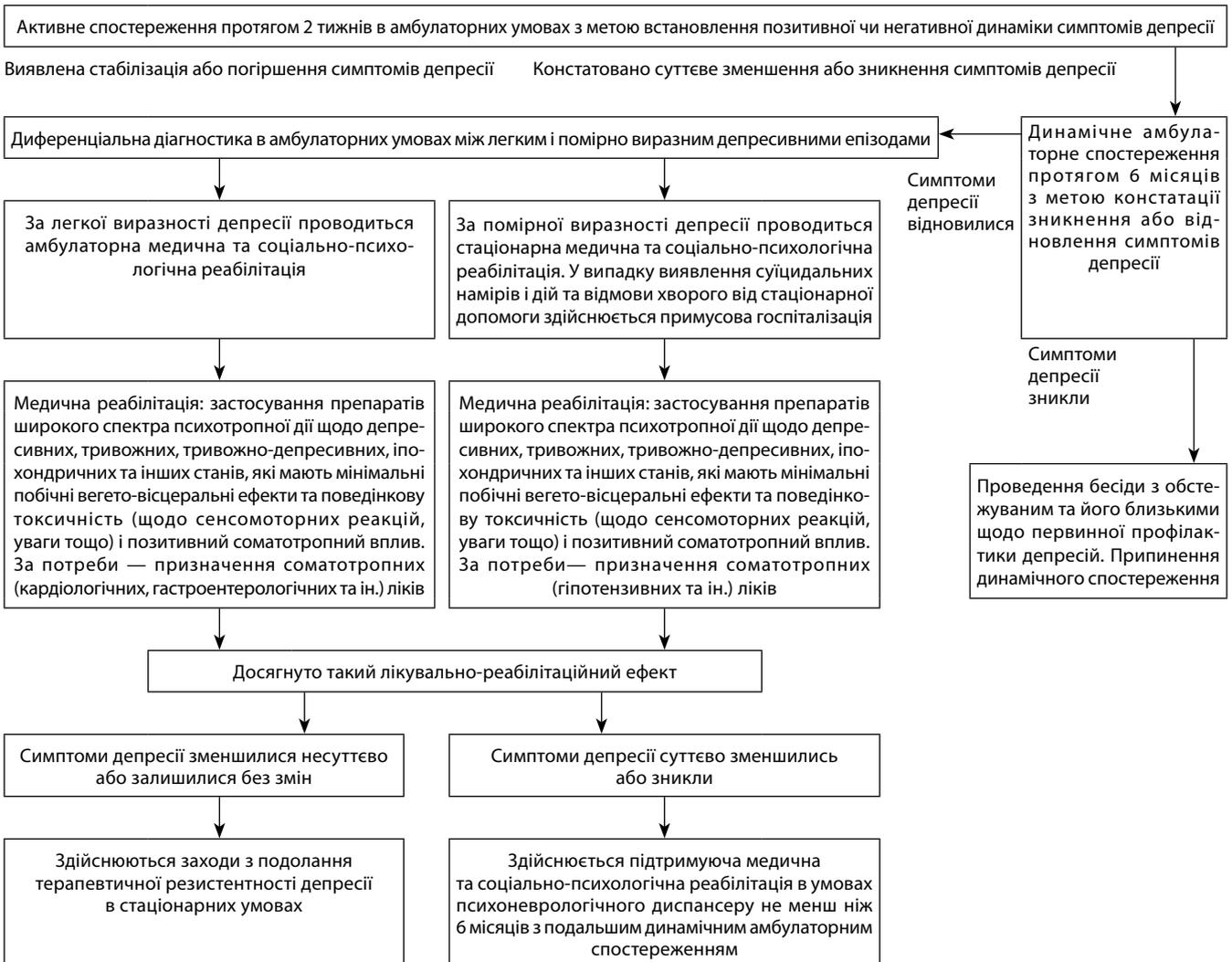
2-й етап — за наявності показань — амбулаторна ланка психіатричної служби. Допомогу надають лікарі-психіатри психоневрологічних диспансерів (ПНД), поліклінік, диспансерно-консультативних відділень психіатричних і загальносоматичних лікарень, амбулаторних підрозділів відомчих шпиталів і медико-санітарних частин. Завдання: 1) диференціальна діагностика психогенних, ендогенних, екзогенно-органічних (наприклад, внаслідок ЧМТ) психічних і психосоматичних розладів;

2) встановлення їх первинності або загострення під час участі в подіях; 3) надання амбулаторної лікувально-профілактичної психолого-психіатричної допомоги або 4) направлення до лікаря-невропатолога чи лікаря-інтерніста (за профілем виявленого психосоматичного розладу) для надання комплексної (профільної неврологічної/соматичної та психіатричної) амбулаторної чи стаціонарної допомоги або 5) направлення до психіатричного стаціонару (за наявності розладу психотичного рівня, суїцидальних тенденцій, інших станів, що становлять небезпеку для самого хворого або його оточення).

3-й етап — за наявності показань — надання спеціалізованої психіатричної/неврологічної допомоги у вторинній ланці системи охорони здоров'я — психіатричних лікарнях, стаціонарних психіатричних підрозділах відомчих шпиталів і медико-санітарних частин.

4-й етап — за наявності показань — диспансерне спостереження, здійснення заходів вторинної і третинної профілактики, проведення медико-соціальної реабілітації в санаторіях психоневрологічного профілю, реабілітаційних підрозділах ПНД, психіатричних лікарнях та ін. (див. алгоритм 2).

Алгоритм 2. Медико-соціальна реабілітація (О. К. Напрєєнко, 2014)



Професор К. М. Логановський свою доповідь «Охорона психічного здоров'я при радіаційних аваріях на ядерних реакторах та застосуванні "брудної бомби" і тактичної ядерної зброї» присвятив психолого-психіатричному реагуванню на надзвичайну радіаційну ситуацію. Він повідомив, що стійкі і довготривалі порушення психічного здоров'я зумовлюють головну медико-соціальну проблему надзвичайної радіаційної ситуації, у тому числі при аваріях на АЕС та радіологічній атаці із застосуванням диспергуючого радіологічного пристрою («брудної бомби»). Радіаційні аварії, радіологічні терористичні атаки, а також ядерні конфлікти і війна суттєво відрізняються від природних лих і війн без використання засобів масового знищення. Радіаційні надзвичайні ситуації спричинюють найбільше психічне реагування задіяних у них людей. Такі екстремальні ситуації мають початок, але не мають закінчення. Вони доволі непередбачувані, а ступінь шкоди після них з плином часу не зменшується, оскільки радіоактивне забруднення оточуючого середовища може зберігатися дуже довго. Взагалі дезактивація радіоактивно забруднених територій недостатньо можлива і потребує великих ресурсів. Після радіаційних надзвичайних ситуацій у суспільстві формується «нетерапевтична спільнота», яка характеризується конфліктністю, негативізмом, дезадаптаційними реакціями, порушеннями поведінки і рентними настановами. Орієнтація психологічного стресу у майбутнє (ризик виникнення онкологічних й інших захворювань, вроджені вади у нащадків та ін.), тривалість радіоактивного забруднення, дезактивація, евакуація і переселення, а також недосконале законодавство щодо соціальних пільг постраждалим формують психопатологічне реагування. Внаслідок цього до радіаційних надзвичайних ситуацій буде залучено значно більше людей, ніж постраждало безпосередньо.

Основи надання психолого-психіатричної допомоги постраждалим при подібних ураженнях: нейропсихіатричний підхід, біопсихосоціальна парадигма та ефективна профілактика і соціальна реадaptaція та реабілітація.

Організаційними принципами її надання є: 1) готовність і планування; 2) ефективний менеджмент на ґрунті гнучкої і скоординованої структурно-функціональної організації, а саме адекватне матеріально-технічне забезпечення, оперативність, невідкладність і активність, доступність для всіх верств населення, постійна взаємодія та сумісна діяльність із радіологічними і дозиметричними (біофізичними) службами, наукова обґрунтованість, індивідуалізованість і відповідність до конкретної радіаційної надзвичайної ситуації, ефективна взаємодія та співпраця із місцевими органами влади, штабом з ліквідації наслідків надзвичайної ситуації і адміністраціями, контроль за засобами масової інформації щодо забезпечення конструктивного терапевтично-профілактичного подання інформації, запобігання паніки й інших соціально-негативних наслідків радіаційної надзвичайної ситуації та маніпулювання постраждалими, зокрема, профілактика ефекту «натовпу», навчання і супервізія суміжних фахівців, забезпечення максимально ефективною психолого-психіатричної допомоги.

При цьому треба проводити такі основні контрзаходи щодо порушень психічного здоров'я постраждалих: оперативне, послідовне й об'єктивне інформування на-

селення про радіаційну надзвичайну ситуацію; тренінг населення щодо поведінки у таких ситуаціях; урядова готовність до зазначених екстремальних ситуацій; розумні втручання; психологічна підтримка уражених і всього населення; формування розуміння соціально-економічної переваги «пережити ситуацію», а не бути «жертвою»; конструктивний, професійний й оптимістичний підхід до роботи засобів масової інформації; здійснення заходів психопрофілактики, психореабілітації, лікування та соціальної реадaptaції.

Обговорення питань, зазначених у порядку денному конференції, привело до констатації неухильного підвищення в Україні, як і в інших країнах, поширеності основних форм психічних і наркологічних розладів. При цьому відзначено найбільше зростання кількості випадків пограничних психічних розладів. На особливу увагу заслуговують проблеми психопатології в осіб, які постраждали при збройних конфліктах, мирних протистояннях і у вимушених переселенців, у зв'язку з актуальною ситуацією на сході та півдні України.

Згідно з проектом Концепції реформування медичної галузі в державі, передбачено посилення значущості ролі професійних громадських організацій у плануванні і практичному здійсненні профілактичної, лікувально-діагностичної і реабілітаційної роботи з психічно хворими; підвищенні якості додипломної та післядипломної підготовки психіатрів, наркологів та медичних психологів; психоосвітньої роботи з широкими верствами населення і певними контингентами, які становлять відповідну групу ризику; а також розроблення і практичне втілення заходів щодо захисту інтересів медичних працівників.

Конференція ухвалила:

1. Оновлений склад членів Київського регіонального науково-практичного товариства психіатрів, наркологів та медичних психологів (далі — Товариство).

2. Затвердила: головою Правління Товариства — Напреєнка О. К., заступниками голови — Зільберблата Г. М. і Новосельського О. О., відповідальним секретарем — Куколенко Н. В., інших членів правління у складі — 37 осіб.

3. Вважати нагально потрібним впровадження в усіх установах практичної психіатрії та наркології, а також освітніх закладах, незалежно від форми їх власності, існуючих науково обґрунтованих алгоритмів, методів і підходів до надання системної психолого-психіатричної допомоги постраждалим внаслідок збройних конфліктів, мирних протистоянь і вимушених переселень. Вважати пріоритетним продовження наукової розробки шляхів оптимізації цієї допомоги та активне їх впровадження в службі охорони здоров'я.

4. Актуальним визнати здійснення регулярних заходів з опанування спеціалістами-психіатрами, наркологами і медичними психологами теоретичних знань і практичних навичок щодо профілактики, діагностики, лікування та реабілітації осіб з психічними розладами, асоційованими з ураженням радіаційним випромінюванням, а також продовження наукових досліджень в даному напрямку.

5. Рекомендувати керівникам психіатричних і наркологічних установ та профільних підрозділів науково-освітніх закладів розробити і здійснювати план реалізації заходів, зазначених в пп. 3, 4.

Список літератури

1. Закон України «Про громадські об'єднання» [Текст] / Відомості Верховної Ради України (ВВР). — 2013. — № 1, ст. 1.
2. Закон України «Про внесення змін до Закону України «Про громадські об'єднання» щодо забезпечення діяльності всеукраїнських громадських об'єднань» [Текст] / Відомості Верховної Ради (ВВР). — 2014. — № 36, ст. 1186.
3. Іванов Д. А. Психолого-психіатричні аспекти миротворчої діяльності. Психічні розлади у військовослужбовців: клініка, діагностика, лікування, психопрофілактика, реабілітація [Текст] / Д. А. Іванов. — Чернівці, 2007. — 424 с.
4. Лікування та реабілітація комбатантів-миротворців із посттравматичним стресовим розладом [Текст] / [О. Г. Сироп'ятов, О. К. Напрєєнко, Н. О. Дзеружинська та ін.]. — К.: О. Т. Ростунов, 2012. — 76 с.
5. Медичні наслідки Чорнобильської катастрофи: 1986—2011 : монографія [Текст] / [А. М. Сердюк, В. Г. Бебешко, Д. А. Базики та ін.]; за ред. А. М. Сердюка, В. Г. Бебешка, Д. А. Базики. — Тернопіль : ТДМУ, 2011. — 1092 с.
6. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.04.2008 р. № 199 «Про затвердження Порядку застосування методів психологічного і психотерапевтичного впливу» [Елект-

ронний ресурс]. — Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20080415_199.html

7. Напрєєнко А. К. Психическая и поведенческая дезадаптация вследствие конфликтных и кризисных социальных ситуаций [Текст] / А. К. Напрєєнко, Т. Е. Марчук // Материалы первой науч.-практ. конф. «Манипулятивные стратегии в политике, экономике, бизнесе и методы противодействия». — Киев, 2001. — С. 182—194.
8. Посттравматичні стресові розлади : навчальний посібник [Текст] / за заг. ред. проф. Б. В. Михайлова. — Вид. 2-е, перероблене та доповнене. — Х.: ХМАПО, 2014. — 285 с.
9. Розлади адаптації: діагностика, клініка, лікування (методичні рекомендації) [Текст] / [П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова та ін.]. — Х., 2009. — 31 с.
10. Шестопалова Л. Ф. Особенности социально-психологической адаптации ветеранов боевых действий в Афганистане (медико-психологические аспекты) [Текст] / Л. Ф. Шестопалова // Украинский медицинский альманах. — 2000. — Т. 3. — № 2. — С. 183—184.
11. Health effects of Chernobyl accident — a Quarter of Century Aftermath [Text] / Eds A. Serdiuk, V. Bebeshko, D. Bazyka, S. Yamashita. — Kyiv : DIA, 2011. — 648 p.

Надійшла до редакції 19.12.2014 р.

НАПРЄЄНКО Олександр Костянтинович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ; e-mail: napr_center@bigmir.net

СИРОП'ЯТОВ Олег Геннадійович, доктор медичних наук, професор, професор кафедри військової терапії з курсів психіатрії та психотерапії Української військово-медичної академії Міністерства оборони України, м. Київ; e-mail: sog1952@list.ru

ДЗЕРУЖИНСЬКА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, професор кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ; e-mail: dzeruzhinskaya@mail.ru

НАПРЄЄНКО Наталія Юріївна, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ; e-mail: napr_center@bigmir.net

ДРУЗЬ Олег Васильович, доктор медичних наук, начальник клініки психіатрії Головного військово-медичного клінічного центру — Головний психіатр Міністерства оборони України, м. Київ; e-mail: docod@bigmir.net

ГІЧУН В'ячеслав Сафроневич, доктор медичних наук, начальник Державної установи «Центр психіатричної допомоги та професійного психофізіологічного відбору Міністерства внутрішніх справ України», м. Київ; e-mail: cpdmvs93@ukr.net

ГОРБАНЬ Андрій Євгенович, кандидат медичних наук, директор Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ; e-mail: minf@ukr.net

NAPRYEYENKO Oлександр, Doctor of Medical Sciences, Professor; Head of the Department of Psychiatry and Narcology of the O. O. Bohomolets's National Medical University, Kyiv; e-mail: napr_center@bigmir.net

SYROPYATOV Oleg, Doctor of Medical Sciences, Professor; Professor of the Department of Military Therapy (courses of psychiatry and psychotherapy) of the Ukrainian Military Academy of Ministry of Defence of Ukraine, Kyiv; e-mail: sog1952@list.ru

DZERUZHYNska Nataliia, Doctor of Medical Sciences, Research Associate Professor, Professor of the Department of Psychiatry and Narcology of the O. O. Bohomolets's National Medical University, Kyiv; e-mail: dzeruzhinskaya@mail.ru

NAPRYEYENKO Nataliia, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry and Narcology of the O. O. Bohomolets's National Medical University, Kyiv; e-mail: napr_center@bigmir.net

DRUZ Oleg, Doctor of Medical Sciences, Chief Psychiatrist of the Ministry of Defence of Ukraine, Head of Clinic of Psychiatry of the main military medical clinical Centre, Kyiv; e-mail: docod@bigmir.net

GICHUN Viacheslav, Doctor of Medical Sciences, Head of the State Institution "Center for mental health care and professional psychophysiological selection of the Ministry of Internal Affairs of Ukraine", Kyiv; e-mail: cpdmvs93@ukr.net

GORBAN Andriy, MD, PhD, Director of Ukrainian centre of scientific medical information and patent-license work of Ministry of Health of Ukraine, Kyiv; e-mail: minf@ukr.net

ЖАН МАРТЕН ШАРКО: ВЕЛИКАЯ ЛИЧНОСТЬ, ВРАЧ, УЧЕНЫЙ, УЧИТЕЛЬ**Жан Мартен Шарко: велика особистість, лікар, вчений, вчитель****Jean Martin Charcot: great personality, physician, scientist, educator**

«Пусть говорят о враче, что он умен, что он прекрасно знает физиологию, анатомию; конечно, это очень льстит ему; но самой лучшей похвалой для него будет, если его назовут наблюдателем, т. е. человеком, умеющим видеть то, что не замечают другие»

Ж. М. Шарко



Госпиталь Ла Сальпетриер

Профессор Жан Мартен Шарко родился в Париже 29-го ноября 1825 г. Он происходил из небогатой семьи, основными принципами которой были честность и трудолюбие. Отец Ж. М. Шарко, в связи с ограниченными материальными возможностями, мог дать дорого стоящее во Франции высшее образование только одному из трех своих сыновей. Он принял решение, что продолжать дальше обучение будет тот из них, кто при обучении в начальной школе проявит наилучшие способности. Жан Мартен в этом отношении значительно превзошел своих братьев, поэтому он продолжил учебу, поступив в лицей Saint-Louis, а в 1844 году — на медицинский факультет университета Сорбонны. По окончании учебы он открыл собственный кабинет в неприметном доме на улице Лафит в Париже, совмещая частную практику с преподаванием на медицинском факультете. Однажды, пройдясь по палатам госпиталя в Ла Сальпетриер и увидев сотни тяжелых больных, лишенных элементарной помощи, он пережил моральное потрясение и тогда же принял решение: «Сюда нужно вернуться и здесь остаться». В 1848 году, в возрасте двадцати трех лет, он становится интерном в госпитале Ла Сальпетриер.

В 1853 г., после защиты диссертации, посвященной изучению поражения суставов при хроническом ревматизме и подагре, Ж. М. Шарко получил степень доктора медицины и был оставлен на кафедре внутренних болезней, одновременно исполняя обязанности руководителя клиники. В 1856 г. ему было присвоено звание медика Центрального бюро, а в 1860 г. по результатам конкурса и в результате защиты докторской диссертации, предметом которой было хроническое воспаление легких, Ж. М. Шарко был утвержден в звании профессора. С 1862 года Ж. М. Шарко заведует отделением госпиталя Ла Сальпетриер, в котором лечились 5035 больных.

Здесь началась его разносторонняя, полная научных изысканий и открытий научная деятельность, которая обогатила науку драгоценными вкладками. Ж. М. Шарко было всего тридцать лет, когда он начал осуществлять преобразование в госпитале Ла Сальпетриер, превращая клинику из заброшенного приюта в центр научных исследований, без материальной поддержки государства и общества. Своими руками великий ученый создал научную лабораторию, работа в которой сделал важные для патологической анатомии открытия, касавшиеся заболеваний почек, печени, легких, спинного и головного мозга.

Первые научные работы Ж. М. Шарко относятся к области суставного ревматизма и подагры. Он дал одно из первых описаний ревматоидного полиартрита (1853 г.), описал перемежающуюся хромоту (1858 г.). Эти работы были напечатаны в «Отчетах биологического общества» в 1851 и в 1852 гг., а также отражены в его докторской диссертации (1853 г.). Свои первые научные труды, созданные в стенах Ла Сальпетриер, Ж. М. Шарко публиковал преимущественно в изданиях «Медицинские архивы» («Archives médicales de la Salpêtrière»), а также в «Еженедельной газете» («Gazette hebdomadaire») и в других периодических изданиях; кроме того, делал много сообщений в биологическом обществе (Société de biologie), где он был секретарем, а впоследствии — вице-президентом этого общества и президентом общества анатомии (Société anatomique) в Париже [1].

В этот же период своей деятельности Ж. М. Шарко уделял особое внимание изучению таких внутренних болезней, как пневмония, туберкулез, болезнь почек, сердца, кровеносных сосудов, болезней, свойственных старческому возрасту, заболеваний кровяной системы, лейкемии.

Результатом изучения пневмонии явились его две блестящие работы «Хроническое воспаление легких» («De la pneumonie chronique», 1860 г.) и «Особенности воспаления легких у пожилых» («Observations sur la pneumonie de vieillards», 1868 г.). Обследуя больных с бронхиальной астмой, Ж. М. Шарко впервые описал прозрачные острые октаэдры в селезенке, которые в последующем немецким терапевтом Э. Лейденом (1878 г.) были связаны с эозинофилией (кристаллы Шарко — Лейдена). Он также отметил разнообразные клиничко-морфологические проявления туберкулеза легких, повышение электрической проводимости кожи при тиреотоксикозе.

По мере погружения в научную работу интересы исследователя сместились в сторону изучения строения мозга, поскольку одной из выдвинутых им гипотез возникновения некоторых внутренних болезней было нарушение деятельности определенных структур мозга. На основе патоморфологических данных Ж. М. Шарко объяснил связь полиомиелита с другими заболеваниями, сопровождавшимися атрофией мышц. В своих трудах он дал своё толкование так называемому «суставу Шарко» — нейрогенному отеку сустава,

который вызывался дегенерацией спинного мозга, при этом убедительно доказав, что эта патология никак не связана с ревматизмом. С наблюдением большего количества больных, у которых превалировала сложная в диагностическом отношении неврологическая симптоматика, в научной жизни Ж. М. Шарко начинается следующий этап его профессиональной жизни, связанный с неврологией. При участии известного в то время невролога Ш. Бушара он занялся изучением возможных причин кровоизлияний в мозг. Ж. М. Шарко и Ш. Бушар отметили, что причиной этих кровоизлияний могут быть разорвавшиеся милиарные аневризмы, а коллеги Ж. М. Шарко — Ф. Вульпиан и Ж. Прево обратили внимание на то, что при поражении определенной зоны коры больших полушарий головного мозга возникает сочетанное отклонение глаз в сторону патологического очага. Также к заслугам Ж. М. Шарко как невролога следует отнести описание дифтерийного паралича мягкого нёба (1862 г.), «душевной слепоты» (1882 г.), невральной амиотрофии (совместно с П. Мари, 1886 г.), артропатии при спинной сухотке, гипертрофического шейного пачименингита, облитерирующего эндартериита, тремора при тиреотоксикозе и параплегии, как следствия проявлений хронической тиреотоксической миопатии, синдрома каротидного синуса, поражения передних рогов спинного мозга при полиомиелите. С 1876 г., благодаря клиническим наблюдениям Ж. М. Шарко и его сотрудников, в неврологии утвердилось понятие о «центральной гемиплегии». В основе открытий Ж. М. Шарко лежал клинико-анатомический подход, стремление установить связь между клиническими симптомами и локализацией структурных изменений нервной системы.

Вклад, внесенный в развитие неврологии Ж. М. Шарко и его школой, безусловно, огромен, поскольку им были впервые описаны клинические проявления и патоморфологическая картина практически всех известных к тому времени заболеваний нервной системы, некоторые нозологические формы неврологической патологии. В процессе изучения неврологических заболеваний Ж. М. Шарко, как это тогда было принято, опирался на установки Дж. Морганьи, изложенные в его труде «О местонахождении и причинах болезни, обнаруживаемых путем рассечения». Ж. М. Шарко был убежден, что каждое неврологическое заболевание, кроме неврозов, должно иметь характерный для него морфологический субстрат.

В 1869 г. и 1871 г. Ж. М. Шарко и его сотрудник А. Жоффруа описали неизвестные ранее заболевания: рассеянный склероз и боковой амиотрофический склероз. Прошло уже больше полутора веков с тех пор, как великий врач впервые описал симптомы заболевания, которое на сегодняшний день является одним из наиболее распространенных хронических заболеваний центральной нервной системы — рассеянного склероза. Триада Шарко — нистагм, скандированная речь и интенционный тремор — сочетание трех важных признаков рассеянного склероза, по сути, стали первыми диагностическими критериями данной патологии. Предложенное Ж. М. Шарко лечение рассеянного склероза по тем временам было смелым и новаторским, оно включало электростимуляцию и применение стрихнина, который оказывает стимулирующее действие на ЦНС, также им были предложены инъекции хлорида золота, сульфата и нитрата серебра, которые, как считалось в то время, были полезны при «нервных расстройствах». Также научную ценность имеют его исследования болезней Менъера, Паркинсона, Джексоновской эпилепсии.

Он установил дифференциальные диагностические критерии этих форм патологии с другими, похожими, по клиническим проявлениям, заболеваниями мозга. На своих лекциях, посвященных изучению данных заболеваний, он советовал называть их именами авторов, впервые описавших данную патологию, тем самым проявляя свою научную и моральную честность.

По инициативе Ж. М. Шарко в 1870 году в Париже был организован курс лекций по нервным болезням, имя его, сделавшееся известным не только во Франции, но и за границей, привлекло в аудиторию массу иностранных медиков. Но начавшаяся в том же году франко-германская война заставила ученого прекратить лекции, и в продолжение всего военного времени он отдался вполне практической деятельности врача в госпитале Ла Сальпетриер, оказывая помощь раненым. В 1872 г. Парижский медицинский факультет избрал Ж. М. Шарко профессором кафедры патологической анатомии, и в том же году он стал действительным членом Парижской медицинской академии.

В 1874 г. Ж. М. Шарко издал курс лекций «Болезни нервной системы», а в 1879 г. — книгу «О локализации болезней мозга» — первое руководство по топической диагностике заболеваний нервной системы. В первой главе этой книги он писал: «Головной мозг не представляет собой органа однородного. Это есть скорее ассоциация или, если хотите, федерация, составленная из различных органов. С каждым из них связаны особенные свойства, отправления и способности». Топическую диагностику заболеваний нервной системы автор основывал, главным образом, на сопоставлении результатов клинических наблюдений и проводимых им же патологоанатомических и гистологических исследований [1, 2].

Достижения первой в мире клиники и кафедры нервных болезней получили широкое признание и способствовали тому, что эти учреждения превратились в международный центр, способствовавший развитию неврологической науки во многих странах Европы.

Поистине неоценимый вклад внес Ж. М. Шарко в развитие психиатрии, а именно в понимание такого заболевания, как истерия. В течение двух последних десятилетий XIX в. психическое расстройство, называемое истерией, стало краеугольным камнем серьезных научных исследований. В сложных диагностических ситуациях, когда врачи не могли четко определиться с патологией, диагноз «истерия» был своеобразной диагностической «нишей». При этом сама истерия, как самостоятельная нозологическая форма, считалась странной и необыкновенной болезнью с непонятной и несистематизированной симптоматикой. Большинство врачей считало, что это специфически женская болезнь, конкретно, болезнь матки — отсюда и название «истерия». Французский невролог Ж. М. Шарко стал первым и наиболее значительным исследователем истерии (*интересен факт, что начало исследованиям истерии было положено, когда Ж. М. Шарко пришлось взяться за лечение «неврологических расстройств» двух влиятельных пациентов-мужчин*).

Особенностью клиники Ла Сальпетриер были мартовские публичные лекции, во время которых Ж. М. Шарко демонстрировал парижской публике истерические припадки *in live*, иллюстрируя на них свои теории. Все признавали, что Ж. М. Шарко проявлял известное мужество, отстаивая мнение о том, что истерия являлась болезнью, а не одержимостью или симуляцией, как было принято думать. Ж. М. Шарко подходил к изучению истерии

с позиції таксономії, основний акцент він ставив на спостереженні, описанні і класифікації симптомів істерії, в особливості тих, які були схожими з неврологічними: параліч, втрата чутливості, конвульсії і амнезія. В 1880 році Ж. М. Шарко довів, що ці симптоми мають психологічну природу, індукуючи і знімаючи їх з допомогою гіпнозу.

Ж. М. Шарко визначав істерію як своєрідну форму неврозу, характеризується періодичними судорожними нападами, а також постійними ознаками (стигмами). К ним він причисляв розлади чутливості (анестезія і гіпертрофована чутливість) і органів чутств (глухота і звуження полів зору), а також рухові порушення (парези і спастичні розлади). Ж. М. Шарко вважав істерію функціональним розладом, імітуючим різноманітні органічні захворювання. В виникненні істерических симптомів він підкреслював роль емоцій і внушення. Істерическі, посттравматичні і гіпнотичні паралічі Ж. М. Шарко розцінював як функціональні, відрізняючи їх від органічних паралічів, обумовлених пошкодженням нервової системи. Подібним чином вчений виділяв «динамічну» амнезію, знімаєму гіпнозом, і органічну амнезію, не виявляють цього властивості.

Ж. М. Шарко описав етапи розвитку «істерического нападу», виділяючи, в першу чергу, продром: зміна настрою, порушення самопочуття, стан дискомфорту, підвищена подразливість, елективний або тотальний мутизм, за якими слідують істерическа аура (комки в горлі, біль в животі, дзвін в вухах, посилена пульсація в висках, затемнення в очах). Наступний етап позначався як судорожний період, який складається з тонічної фази (звуження свідомості, загальна скованість, запрокидання голови), клонічної фази (швидкі беспорядкові скорочення різних м'язів, сменяються загальними вздрагиваннями), термінальної фази, або фази м'язового розслаблення (щільно закриті повіки, поривисте дихання, саливація). На цьому етапі наступав період великих рухів, або «страстних поз»: великі, швидкі розмахисті рухи, поширюючіся на всі частини тіла. Найбільш демонстративною «страстною позою» є поза вигнутої дуги. Викрикувані слова або фрази, супутні даному періоду, за словами Ж. М. Шарко, відображають охоплюють в цей час пацієнта «фіксує»

ідею». Заключальний період нападу описувався як період поступового відновлення ясності свідомості з залишковими якими, образними зоровими сприйняттями. З точки зору Ж. М. Шарко, емоції хворих також представляли з себе істерическі симптоми, а мова хворих в час істерических епізодів — *бессмысленную «вербализацию»*.



Рисунок, що відображає приступ істерическої дуги у пацієнтки клініки Ла Сальпетриєр

Ж. М. Шарко педантично розробив проблему гіперестезії істерического типу, досить докладно описану раніше Р. Брикетом (1859 г.). Згідно з висловлюваннями Ж. М. Шарко, гіперестезія може впливати на шкіру, слизові оболонки і внутрішні органи (істерическі болі). В залежності від локалізації гіперестезії, за словами Ж. М. Шарко, виникають так звані «істерогенні» зони, стиснення яких може викликати або припинити істерический напад. Стимуляція істерического нападу шляхом стиснення істерогенної зони могла мати діагностичне і терапевтичне значення, зокрема, коли в результаті цього відбувалося зміна клінічної картини або «зміщення» симптомів (наприклад, напад знімав більшу частину від тривалого існуючого істерического параліча). Результати своїх наукових висновків вчений наочно, з демонстрацією таких пацієнтів представляв на своїх лекціях. Один з таких прикладів, описаних сучасником Ж. М. Шарко Любимовим А. А., присутнім на його лекції, присвяченій *демонстрації істерического конвульсивного нападу (індукованого гіпнозом)*, ми наводимо нижче [3].

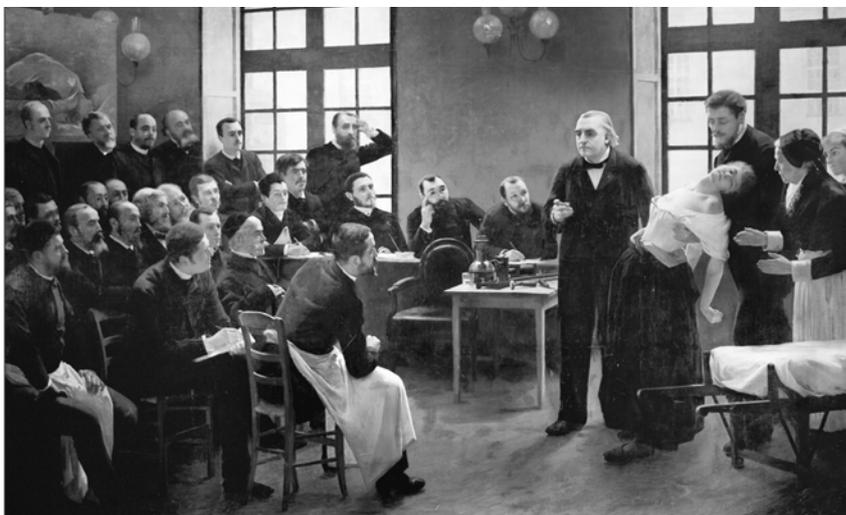
ШАРКО: Натиснемо ще раз на істерогенну точку (один з асистентів дотрагується до живота пацієнтки) Ось, знову починається напад. Іноді пацієнти можуть закусити собі язик, але це трапляється нечасто. Зверніть увагу на спинну дугу, так точно описану в медичній літературі.

ПАЦІЄНТКА (кричить): Матушка, мені страшно!

ШАРКО: Зверніть увагу на вибух емоцій. Якщо ми і далі залишимо його без контролю, то дуже швидко отримаємо епілептичне поведіння.

ПАЦІЄНТКА (кричить): Допомогіть мені!.. Матушка!..

ШАРКО: Знову прошу звернути вашу увагу на ці крики. Так сказати, багато шуму з нічого.



Последователи Ж. М. Шарко пытались превзойти своего учителя и установить этиологию истерии. Особенно сильным было соперничество между П. Жане и З. Фрейдом (впоследствии перешедшее в открытую и непримиримую личную вражду — каждый считал себя автором открытия этиологии истерии). П. Жане и З. Фрейд (независимо друг от друга) пришли к выводу, что именно в том, что Ж. М. Шарко считал «бессмысленными вербализациями», мог заключаться секрет истерии. После почти 10-ти лет исследований, в середине 90-х гг. XIX в. П. Жане в Париже, а З. Фрейд и Й. Брейер в Вене сформулировали один и тот же вывод: истерия представляет собой последствие психической травмы [4].

Ж. М. Шарко был уверен, что невроз, в отличие от неврологических болезней, лишен какого бы то ни было патологоанатомического субстрата, обнаруживаемого при вскрытии. Тогда Ж. М. Шарко постулировал, что в основе невроза лежит «функционально-динамическое нарушение», выявить которое — дело будущего. Уверенность автора в том, что психология не имеет никакого отношения к медицинской науке, помешала ему увидеть, что сформулированный им постулат приходит в противоречие с его же собственными клиническими данными. Ведь сам Ж. М. Шарко неоднократно и ясно демонстрировал, что с помощью гипноза он может легко вызывать или снимать истерические симптомы, а «в параличах и иных своих проявлениях истерия как будто знает не знает об анатомии» [5].

Однако Ж. М. Шарко был сосредоточен на научном анализе истерических феноменов и методы лечения его интересовали меньше. К сожалению, его предположение, о том, что гипноз — патологическое явление, проявляющееся исключительно у истерических субъектов, болезненно подверженных внушению, было ошибочным. Заслугой Ж. М. Шарко является решительное разграничение истерии как психического заболевания от симуляции, а также первая попытка логического, рационального и психологического объяснения одержимости, экзорцизма и охоты на ведьм.

Ж. М. Шарко отмечал в клинике заболевания значенные внешних факторов и ауто-суггестии для фиксации истерических расстройств. На склоне лет он оценивал истерию как болезнь психическую, с нервно-органической основой.

Позиция Ж. М. Шарко была существенно пересмотрена одним из его известных учеников — И. Бабинским, который рассматривал истерию как психическое состояние, вызванное повышенной самовнушаемостью. Этот «гениальный скептик», как называли его современники, ставил перед собой задачу дать точное клиническое описание истерии. Вот к чему оно сводилось: «истерия есть особое психическое состояние, делающее человека способным к самовнушению. Расстройства, которые происходят вследствие этого состояния, следует делить на первичные и вторичные. Первичные отличаются тем, что они всегда вызываются внушением и могут быть излечены противовнушением; вторичные расстройства могут «наслаиваться» на эти чисто истерические симптомы в качестве последующих осложнений (таковы атрофии мышц или ретракции сухожильно-связочного аппарата после долго длящихся истерических параличей и контрактур). Ни одного истинного симптома из органической невропатологии, даже простого паралича лицевого или лучевого нервов, никакого внушение никогда не в состоянии вызвать. Истерические стигмы в виде сенситивно-сенсорной гемианестезии, концент-

рического сужения поля зрения суть всегда результат произвольного внушения со стороны исследующего врача; при рациональном исследовании стигмы эти никогда больше не определяются».

Однако бывший ученик, а в последующем научный оппонент Ж. М. Шарко, И. Бабинский под истерическими «стигмами» понимал такие симптомы, которые могут быть вызваны произвольно, поэтому между симптомами истерическими и симулированными внешнего различия не существует — ни истерия, ни симуляция не могут создать того, что не зависит от воли. Истерик всегда есть, таким образом, в некотором смысле «полусимулянт». Так как сущность всякого истерического симптома сводится всегда к внушению или самовнушению, и это есть обязательный, положительный признак. Однако, основные идеи И. Бабинского, несмотря на сильнейшую оппозицию, все же восторжествовали и с тех пор, как он заявил о невозможности истерической арефлексии, геморрагии и гангрены, никто этих симптомов больше не описывал [6].

П. Жане, один из наиболее известных учеников Ж. М. Шарко, отмечал, что к 1847 году существовало около 50 определений истерии, но при этом отсутствовали реальные теории, объясняющие ее этиологию и патогенез. На следующем этапе изучения заболевания, который, по мнению автора, продолжался с середины XIX века до начала XX века, «стало осуществляться фундаментальное дело, дело изучения клиники, с необходимым терпением и проникновенностью все великие клиницисты внесли порядок в этот истинный хаос, распределив симптомы по отдельным, различным между собой группам». П. Жане посвятил этой проблеме особую работу, предисловие к которой написал Ж. М. Шарко, где выделил, с одной стороны, 4 группы стигм (анестезия, амнезия, абулия, нарушение сна), с другой стороны — «модификации характера», свойственные больным истерией. Раскрывая эти характеры, он имел в виду не те особенности личности, которые «предшествуют симптомам» болезни, а те изменения её, которые болезнь привнесит в структуру поведения больных. Моделью для развития концепции истерии П. Жане избрал «редукцию поля сознания».

На основе классических работ Ж. М. Шарко, И. Бабинского, П. Жане и других в XX веке в рамках «большой истерии» были выделены различные формы её проявления — психотические, невротические и психопатические.

Незадолго перед смертью Ж. М. Шарко частично изменил свои взгляды (например, признал, что истеро-эпилепсия — не самостоятельная нозологическая форма, а сочетание у одного индивида истерии и эпилепсии) и пришел к выводу, что истерия излечима путем воздействия «силой разума на тело», т. е. «посредством веры в выздоровление». Это достигается тремя элементами: антиципацией (предвосхищением) излечения, самовнушением и внушением [7].

Несколько слов необходимо сказать об известном во всем мире душе Шарко. Точно неизвестно, когда и при каких обстоятельствах придумал Ж. М. Шарко свой знаменитый душ. Собственно, душ как таковой изобрели древние греки, а профессор Парижского университета Ж. М. Шарко только слегка усовершенствовал и использовал в лечебных целях, и в этом его заслуга. Согласно рекомендациям Ж. М. Шарко, было изменено направление потока воды и его сила. С расстояния нескольких метров сильнейшая струя воды, направленная на больного, создавала эффект очень плотного массажа. Такая процедура

очень успокаивала пациенток с истерией. Как оказалось, такой душ повышает тонус мышц и улучшает кровообращение, снимает напряжение. Пятнадцатиминутная процедура вскоре была признана просто панацеей от всех нервных заболеваний и синдрома хронической усталости.

Описывая врачебную деятельность и научный путь Ж. М. Шарко, нельзя не сказать о нем как о человеке — личности. Наш соотечественник и современник Ж. М. Шарко, доктор медицины Любимов А. А. был его преданным учеником и почитателем. В своей книге под названием «Профессор Шарко» он ярко осветил жизненный путь французского ученого — врача, при этом отмечал, что Ж. М. Шарко «имел живую органическую связь, и потому говоря о нем, как о естествоиспытателе, необходимо также сказать как о медике; говоря как о профессоре-преподавателе, необходимо упомянуть как о художнике — артисте. Таким образом, необходимо сделать общий вывод, что это была замечательная, феноменально крупная, широкая натура». Согласно воспоминаниям современников, Ж. М. Шарко по своим моральным качествам представлял собой светлую, высоко нравственную, образцовую личность, и по тому, что им было сделано для науки — это гениальная личность, по тому, что им было сделано для блага человечества — это «всемирный благодетель» [3].

В человеческом качестве Ж. М. Шарко обладал высоким даром наблюдения, столь драгоценным для медика-исследователя, и, вместе с тем, очень чуткой, восприимчивой душой. В своих научных исследованиях он обращал внимание на те явления, которые поражали его своей особенностью, необычностью и оригинальностью. Изучая их всесторонне, подвергая анализу при помощи точного научного метода, он представлял их в такой ясной, определенной, верной с действительностью форме, что представленное им делалось общим достоянием в науке. «Я не знал на земле лучшего наслаждения, — говорил он своим ученикам, — как открыть что-либо новое в том, что прежде проходило незамеченным перед нашими глазами, а мы обыкновенно видим только то, что уже знаем».

В силу своего либерализма профессор Ж. М. Шарко предоставлял каждому свободу выражений своих убеждений и действий. В нем не было и тени олицетворения поглощающего все собою персонализма при достижении им высокого положения.

Особой терпимостью отличался Ж. М. Шарко от других врачей того времени. Такие качества, как терпение, самообладание и человеческое участие, которые он проявлял с «истеричными больными, не всегда располагающими к себе по поступкам», были основными в характере Шарко как врача, так и человека. Известности и успеху лечения немало содействовали заботливость, сердечность и гуманность, с которыми профессор Ж. М. Шарко относился к своим больным, а потому его приемная, как в собственном доме, так и в Ла Сальпетриер, всегда были переполнены людьми (до 5 тысяч в год), больные испытывали к нему не только любовь, но и огромную признательность.

Говоря о нравственных качествах его благородной души, необходимо рассказать о нем как об общественном деятеле и как семьянине. Близкие к нему люди знали его как порядочного семьянина, любящего супруга и отца. В его семье всегда была «гармония характеров, нравственных убеждений и душевных стремлений» [3].

Свои личностные качества в сочетании с даром оратора и учителя он проявлял на пользовавшихся большой

популярностью лекциях, привлекавших каждый раз в громадную аудиторию Ла Сальпетриер многосотенную толпу слушателей. На этих лекциях слушатели с увлечением и наслаждением следили за его «ясным, легко доступным пониманию изложением соответствующего предмета». Ученики профессора Ж. М. Шарко, ставшие давно самостоятельными практикующими врачами, старались не пропускать лекции учителя, чтобы послушать «вечно живое, никогда не останавливающееся в своем развитии поучительное слово», что указывало на связь, которая оставалась навсегда между учителем и учениками. Его живое, красноречивое слово приковывало к себе внимание слушателя. Лекции по вторникам сопровождалась клиническими разборами, во время которых слушателей поражала точность диагностики впервые увиденного больного. Портрет личности Ж. М. Шарко дополняют впечатления З. Фрейда, впервые увидевшего его 20 октября 1885 года. «Когда часы пробили десять, вошел Ж. М. Шарко, высокий 58-летний мужчина, в цилиндре, с глазами темными и необычайно мягким взглядом, с длинными зачесанными назад волосами, гладко выбритый, с очень выразительными чертами лица: короче говоря, это лицо мирского священника, от которого ожидают гибкого разума и понимания жизни. Как преподаватель Ж. М. Шарко был просто великолепен: каждая из его лекций по своей композиции и конструкции представляла собой маленький шедевр, каждая фраза производила глубокое впечатление на слушателей и вызвала отклик в уме каждого из них. Лекции были совершенны по стилю, давали мысли на весь последующий день» [3, 5].

По мнению соотечественников, профессор Ж. М. Шарко был великой личностью: любезный, добродушный, остроумный, выделяющийся среди других врожденным превосходством. Он увлекался философией, литературой, очень любил живопись и сам неплохо рисовал, иллюстрируя свои научные монографии. Его личные коллекции предметов искусства составили собрания двух музеев. Стены дома, в котором жил великий ученый, были украшены фрагментами средневековых фресок, гравюр, картин Питера Пауля Рубенса, Рафаэля Санти, Никола Пуссена. Он коллекционировал картины, мозаики, гобелены, барельефы, изображавшие больных с различными неврологическими заболеваниями, и на этой основе, в соавторстве со своим старшим ассистентом П. Рише, издал два тома художественных иллюстраций. Один из них был назван «Одержимые демоном в искусстве» и содержал картины исцеления Христом и святыми «бес одержимых», другой — «Уродства и болезни в искусстве», в котором большое место отвел сценам исцеления парализованных и слепых. Ж. М. Шарко предпочитал собственноручно иллюстрировать интересные клинические случаи в своих научных публикациях.

Единственным отдыхом от сверхчеловеческой работы для Ж. М. Шарко была музыка. По четвергам он устраивал музыкальные вечера, на которых запрещалось даже упоминать о медицине. В редкие минуты отдыха музыка составляла для него душевное наслаждение. Сам он не был музыкантом, но глубоко понимал и любил музыку, отдавая предпочтение классической музыке. Любимыми его композиторами были Людвиг ван Бетховен, Карл фон Вебер. Ж. М. Шарко был истинным знатоком и тонким, верным критиком музыки. Его творческие четверги посещали ведущие французские и зарубежные политики, писатели, художники. Может быть, из-за любви к искусству он увлекся исследованием психологии творчества.

В свое свободное время, как творческая личность, профессор Ж. М. Шарко занимался копированием картин известных художников Альбрехта Дюрера, Леонара Лимозена. Некоторые копии и собственные произведения были сделаны им на полотне, фарфоре, фаянсе. В душе профессор Ж. М. Шарко был поклонником классической литературы. Знание в совершенстве английского языка, как в современной, так и в старой его форме, позволяло ему во всех тонкостях понимать любимого им Вильяма Шекспира, который составлял главный источник цитат и сравнений во время лекций и клинических разборов, а знание немецкого — цитировать Данте Алигьери во время бесед с учениками и спорах с научными оппонентами.

В августе 1893 года Ж. М. Шарко в связи с учащимися приступами стенокардии поехал отдыхать на берег Сеттонского озера в Морване (департамент Ньевр). В поездке ученого сопровождали его бывшие ученики, профессора Парижского медицинского факультета М. Дебове и Р. Страусс. Поездка, согласно планам Ж. М. Шарко, носила не только оздоровительный характер, но и научный. Во время отдыха он продолжал работать, высказывая новые идеи и творческие замыслы. Однако, это было последнее его путешествие, 16 августа 1893 года великого ученого и врача не стало. Похороны профессора Ж. М. Шарко прошли, как он и завещал, тихо и скромно.

В заключение хотелось бы отметить, что врач-гуманист, исследователь и педагог Ж. М. Шарко обладал широтой научных познаний, исследовательским пытливым умом, человеколюбием и высокими моральными принципами, что позволило ему создать основу современной науки, обогатить ее важными данными о соотношении структуры и функции, воспитать плеяду учеников, продолживших его дело.

Список литературы

1. Charcot J.-M. Leçons sur les maladies du système nerveux, 3 vols. 1885—1887; в рус. пер.: Шарко Ж. М. Клинические лекции по нервным болезням : пер. с франц. — Харьков, 1885.
2. Филимонов И. Н. Работы Ж. М. Шарко и неврология нашего времени / И. Н. Филимонов // Клиническая медицина. — 1925. — Т. 3. — № 8—9. — С. 233.
3. Любимов А. А. Профессор Шарко. Научно-биографический этюд / А. А. Любимов. — СПб., 1894. — 77 с.
4. История психологии в лицах. Персоналии / под ред. Л. А. Карпенко // Психологический лексикон. Энциклопедический словарь в шести томах / ред.-сост. Л. А. Карпенко; под общ. ред. А. В. Петровского. — М.: ПЕР СЭ. — 2005.
5. Хорошко В. К. Памяти Ж. М. Шарко / В. К. Хорошко // Клиническая медицина. — 1925. — Т. 3. — № 8—9. — С. 237.
6. Бехтерев В. М. К воспоминаниям о Шарко / В. М. Бехтерев // Современная психоневрология. — 1925. — № 8. — С. 14—17.
7. Федунина Н. Ю. Франко-русские контакты в области гипнотизма и внушения в конце XIX — начале XX века / Н. Ю. Федунина // Методология и история психологии. — 2011. — Т. 6. — Вып. 2. — С. 74—91.

Надійшла до редакції 29.12.2014 р.

Підготували:

КОЛЯДКО Светлана Петровна, доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела неврозов и пограничных состояний Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины» (ГУ «ИНПН НАМН Украины»), г. Харьков; e-mail: s.kolyadko@ukr.net

КАЛЕНСКАЯ Галина Юрьевна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник отдела неврозов и пограничных состояний ГУ «ИНПН НАМН Украины», г. Харьков; e-mail: kalenskaya_galina@mail.ru

KOLYADKO Svitlana, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department Neuroses and Borderline Conditions of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv; e-mail: s.kolyadko@ukr.net

KALENSKA Galyna, PhD in Psychological Sciences, Senior Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv; e-mail: kalenskaya_galina@mail.ru