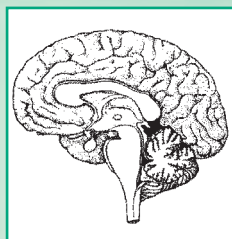


ISSN 2079-0325



Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

Ukrains'kyi VISNYK PSYKHONEVROLOHII



- Том 16, випуск 1 (54), 2008
- Volume 16, issue 1 (54), 2008

Український Вісник Психоневрології

ОРГАН ТОВАРИСТВА НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ ТА НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ,
ІНСТИТУТУ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

Головний редактор **П. В. ВОЛОШИН**

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Бачериков А. М., Віничук С. М.,
Волошина Н. П., Воробйова Т. М.,
Головченко Ю. І., Григорова І. А.,
Грицай Н. М., Дзяк Л. А., Зозуля І. С.,
Козявкін В. І., Лінський І. В.,
Маньковський М. Б.,
Марута Н. О. (заступник головного редактора),
Мерцалов В. С., Михайлов Б. В.,
Мінко О. І., Міщенко Т. С.,
Напрєєнко О. К., Підкоритов В. С.,
Руденко А. Ю., Сухоруков В. І.,
Табачников С. І., Шаповалова В. О.,
Шестопалова Л. Ф.,
Явдак І. О. (відповідальний секретар).

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Абрамов В. А., Бітенський В. С.,
Вієвський А. М., Влох І. Й.,
Головач К. М., Дубенко Є. Г.,
Дьяченко Л. І., Євтушенко С. К.,
Кришталь В. В., Кузнєцов В. М.,
Кутько І. І., Мартинюк В. Ю.,
Мачерет Є. Л., Назаренко В. Г.,
Павлов В. О., Пімінов О. Ф.,
Пономаренко М. С., Реміняк В. І.,
Скочій П. Г., Сон А. С., Сосін І. К.,
Тихонова С. О., Толочко В. М.,
Фільц О. А., Чуприков А. П.,
Шаповалов В. В., Шевага В. М.

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

61068, м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46.
Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України
Свідцтво про державну реєстрацію
№ 368 від 10.01.94 р.

Рекомендовано до друку Вченою Радою Інституту неврології, психіатрії та наркології АМН України (протокол № 2 від 14.02.2008 р.)

Науково-практичний медичний журнал
Заснований 1993 р., у вересні
Періодичність — щокварталу

Том 16, випуск 1 (54)
Харків, 2008



Журнал «Український вісник психоневрології» друкується з 1993 року Українським НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії сумісно з Українським товариством неврологів, психіатрів та наркологів (свідцтво про держреєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 368, видано Державним комітетом України у справах видавництва, поліграфії та книгорозповсюдження 10.01.94 року).

У журналі друкуються нові дані про результати досліджень у галузі нейронаук та їх впровадження у практику охорони здоров'я, отримані вченими та лікарями України, ближнього й дальнього зарубіжжя.

Видання журналу здійснюється щокварталу. Журнал надходить до медичних бібліотек усіх областей України, НАН України та бібліотек медичних ВУЗів України, до управлінь охорони здоров'я обласних держадміністрацій, членам товариства неврологів, психіатрів та наркологів України, до медичних бібліотек столиць країн СНД.

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НЕВРОЛОГІЇ

Волошина Н. П., Головченко Ю. І., Грицай Н. М., Григорова І. А., Дзяк Л. А., Дубенко Є. Г., Зогуля І. С., Мерцалов В. С., Міщенко Т. С., Назаренко В. Г., Сухоруков В. І.

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ПСИХІАТРІЇ

Абрамов В. А., Бачериков А. М., Влох І. Й., Казакова С. Є., Кришталь В. В., Луценко О. Г., Михайлов Б. В., Напрєєнко О. К., Підкоритов В. С., Самохвалов В. П., Чабан О. С., Шестопалова Л. Ф.

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НАРКОЛОГІЇ

Бітенський В. С., Гавенко В. Л., Ігнатів М. Ю., Лінський І. В., Мінко О. І., Павлов В. О., Сосін І. К., Пішель В. Я.

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ДИТЯЧОЇ ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

Деменко В. Д., Євтушенко С. К., Козявкін В. І., Мартинюк В. Ю., Танцура Л. М.

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАВА І СУДОВОЇ ФАРМАЦІЇ

Шаповалова В. О., Шаповалов В. В.

До уваги авторів

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

Під час підготовки робіт до друку необхідно враховувати 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 примірники) та електронною версією у текстовому редакторі Microsoft Word. Не слід 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 12—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. Назву розділів у тексті виділяти не слід.

7. Назві статті повинні передувати індекс УДК, відомості про авторів (ім'я, по батькові або ініціали, прізвище, учене звання, учений ступінь, посада або професія, місце роботи).

8. Після тексту статті має бути список літератури, резюме російською (чи українською) та англійською мовами, що включають назву роботи, ініціали та прізвище авторів, назву установи, де виконувалась робота. Обсяг резюме не повинен бути меншим, ніж 10 рядків.

9. Стаття має бути підписаною усіма авторами, наприкінці треба вказати контактну адресу та телефон.

10. Ілюстрації до роботи (рисунки, фотографії, графіки та діаграми) подаються у чорно-білому зобра-

женні, з можливістю редагування електронного зображення. Фотографії мають бути контрастними (на фотопaperі чи у цифровому форматі з роздільною здатністю не менш 240 dpi), рисунки та графіки — чіткими, тонові рисунки — у форматі *.tif, 240—300 dpi, без компресії. Діаграми треба виконувати в програмі Microsoft Excel.

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

12. Посилання на літературні джерела у тексті статті необхідно надавати у квадратних дужках, відповідно до переліку літератури.

13. Перелік літературних джерел оформлюється відповідно до ГОСТ 7.1.—2003 і повинен містити роботи за останні 10 років. Більш ранні публікації включаються у перелік тільки у випадку необхідності.

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

15. Текст статті та усі супровідні матеріали мають бути відредагованими та перевіреними.

16. Редакція залишає за собою право скорочення та виправлення надісланих статей.

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

18. 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, небажано — *.ai. Растрова графіка: формат *.tif, 240—300 dpi, без компресії. Текст і логотипи подавати тільки в кривих. Текст — українською мовою. Розмір ілюстрації 205 x 295 мм, включаючи припуски на обрізання (після обрізання — 190 x 285 мм, від цих меж має бути не менш 5 мм до значимих об'єктів). Обов'язково додати кольоровий відбиток ілюстрації.

Статті надсилаються на адресу:
61068, м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46,
Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України,
Редакція журналу «Український вісник психоневрології»

Підписано до друку 18.02.2008. Формат 60x84/8. Папір офсетний № 1. Друк офсетний. Фіз. друк. арк. 12 + 1,5 вкл. Ум.-друк. арк. 11,2 + 1,4 вкл. Обл.-вид. арк. 14,4. Тир. 1000 пр. Зам. №
Надруковано з оригінал-макета, виготовленого РВФ «Арсис, ЛТД», у друкарні «Принт-Лідер», м. Харків, вул. Рудіка, 8.

© Товариство неврологів, психіатрів та наркологів України; Інститут неврології, психіатрії та наркології Академії Медичних Наук України, 2007

ЗМІСТ

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ТА НАРКОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

- Вовк В. І. (Харків)**
Показники самооцінки у хворих на ВІЛ-інфекцію 7
- Гуменюк Л. М. (Крим, Сімферополь)**
Клініко-соціальна характеристика осіб, що страждають на психічні розлади з обмеженими здібностями до інтеграції в суспільство (безпритульні) 9
- Денеко М. А. (Полтава)**
Сексуальна дезадаптація подружньої пари за емоційно нестійкого розладу особистості у жінки 12
- Корошніченко Д. М. (Харків)**
Порівняльна характеристика патологічного потягу до опіоїдів у хворих, залежних від героїну, і хворих, залежних від метадону 14
- Лебедєв Д. С., Ігнатів М. Ю. (Київ)**
До питання про ефективність та переносимість препарату Колме, краплі для перорального вживання виробництва «Іпсен Фарма С.А., Іспанія» 19
- Марута Н. О., Завалко Ю. М. (Харків)**
Клініко-психопатологічні і патопсихологічні закономірності формування дистимії 23
- Писана Н. Р. (Харків)**
Формування та функціонування сім'ї при соматизованому розладі у жінок 25
- Чудакова Л. Б. (Дніпропетровськ)**
Досвід застосування препарату Риссет (рисперидон) для лікування розладів психіки та поведінки у дітей та підлітків 29

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

- Волощина Н. П., Негреба Т. В., Т. М. Ткачова (Харків)**
Досвід застосування вітчизняних інтерферонів у хворих з рецидивуючим перебігом розсіяного склерозу 31
- Капустін Р. В. (Харків)**
Ефективність застосування препарату Ламотрін у хворих з невралгіями трійчастого нерву 35
- Кричун І. І. (Чернівці)**
Характеристика змін плазматичного вмісту тахікінінів у хворих на вегето-судинну дистонію 38
- Лапишина І. О. (Харків)**
Клініко-дуплекснографічні зіставлення у хворих на цереброваскулярні захворювання, що обумовлені атеротромбозом 42
- Левченко І. Л. (Харків)**
Імунологічні особливості у хворих на хронічні нейроінфекції 45

В ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

- Божко Г. Х., Соколик В. В., Чурсіна В. С., Перцева Т. Г. (Харків)**
Зміни вмісту і складу ліпопротеїнів при введенні гепарину здоровим особам і хворим на цукровий діабет другого типу 48
- Зелений В. Н., Каурова Г. І., Лавський В. І., Федорченко А. С., Саніна М. Є., Янголь В. І. (Чернігів)**
Лікування тривожно-депресивних розладів у пацієнтів похилого віку 51
- Марута Н. О., Явдак І. О. (Харків)**
Застосування Соліана при лікуванні пацієнтів з гострим початком або загостренням шизофренії 55
- Петрюк П. Т., Петрюк О. П. (Харків)**
До уточнення клініки рідкісної форми змішаного (параноїдно-епілептоїдного) розладу особистості 61

CONTENTS

DIAGNOSTICS AND THERAPY OF PSYCHIC AND NARCOLOGICAL DISORDERS

- Vovk V. I. (Kharkiv)**
Parameters of a self-concept of patients with HIV-infection.. 7
- Gumenyuk L. N. (Simferopol')**
Clinical and social characteristic of persons with the psychological disorders and the limited ability of integration to society (homeless) 9
- Deneko M. A. (Poltava)**
Sexual disadaptation of a spousal couple in emotionally unstable personality disorder in wife 12
- Koroshnichenko D. N. (Kharkiv)**
The comparative characteristic of the pathological craving to opioids in patients dependent on heroin and patients dependent on methadone..... 14
- Lebedev D. S., Ignatov M. Y. (Kyiv)**
About the efficiency and safety of Colme preparation..... 19
- Maruta N. A., Zavalko Yu. N. (Kharkiv)**
Clinical-morphological and pathopsychological regularities of formation of dysthymia 23
- Pysana N. R. (Kharkiv)**
Forming and functioning family at the somatized distress in women..... 25
- Chudakova L. B. (Dnipropetrovsk)**
The experience of Risset (risperidon) application for treatment of mental and behavioural disorders in children and juveniles 29

DIAGNOSTICS AND THERAPY OF NEUROLOGICAL DISORDERS

- Voloshyina N. P., Negreba T. V., Tkachova T. N. (Kharkiv)**
The experience of application of the interferon's, which are produced in the Ukraine, at patients with relapsing course of the multiple sclerosis 31
- Kapustin R. V. (Kharkiv)**
Efficiency of use of preparation Lamotrin at patients with the neuralgia of the trigeminal nerve 35
- Krychun I. I. (Chernivtsi)**
Characteristic of changes of the plasma tachykinins content in patients suffering from vegeto-vascular dystonia..... 38
- Lapshina I. A. (Kharkiv)**
Clinical-ultrasound dopplerography comparison's in patients with cerebrovascular diseases conditioned by atherothrombosis... 42
- Levchenko I. L. (Kharkiv)**
Immunological peculiarities in patients with chronic neuroinfections..... 45

TO HELP FOR A PRACTICAL PHYSICIAN

- Bozhko G. Kh., Sokolik V. V., Chursina V. S., Pertseva T. G. (Kharkiv)**
Changes of lipoprotein amount and composition under the heparin intake in healthy persons and patients with diabetes mellitus of type II 48
- Zelyoniy V. N., Kaurava G. I., Lavskiy V. I., Fedorchenko A. S., Sanina M. E., Yangol' V. I. (Chernihiv)**
The treatment of anxious-depressive abnormality of elderly aged medically ill..... 51
- Maruta N. A., Yavdak I. A. (Kharkiv)**
Usage of Solian in therapy of patients with an acute onset or exacerbation of schizophrenia..... 55
- Petryuk P. T., Petryuk O. P. (Kharkiv)**
By clarification of clinic of rare form of the mixed (paranoid-epileptic) disorder of personality 61

ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ «ПРОФІЛАКТИКА АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ» (Харків, 13–14 березня 2008 р.)

Артемчук А. П., Артемчук А. А. (Харків) Загальнобіологічна антиципація при основних формах аддиктивної поведінки.....	68
Бабюк І. О., Ушенін С. Г., Осокіна О. І. (Донецьк) Суїцидальна поведінка у хворих з першим епізодом психозу.....	68
Бачериков А. М., Матузок Є. Г., Харіна К. В., Ситенко Л. М., Горбунов О. В., Кись А. В. (Харків) Завершені суїцидальні спроби, здійснені в стані алкогольного сп'яніння	69
Бачериков А. М., Ткаченко Т. В. (Харків) Психодіагностичні предиктори формування суїцидальної поведінки у хворих на шизофренію та гострий поліморфний психотичний розлад	69
Белостоцька Ж. І. (Харків) Деякі особливості депресивних розладів у хворих з аутоагресивними діями, що проживають у сільській місцевості	69
Беро М. П., Беро С. Я. (Харків) Досвід організації роботи з особами з суїцидальним ризиком і схильних до самоушкодження	70
Бурлаєнко І. А. (Запоріжжя) До питання профілактики аутоагресії у підлітків з розладами поведінки.....	72
Вовк В. І. (Харків) Проблема суїциду серед ВІЛ-інфікованих осіб з урахуванням гендерних відмінностей і стадії інфекційного процесу	72
Вовк І. Л. (Харків) Профілактика суїцидів при афективних розладах в умовах реорганізації психіатричної допомоги.....	73
Волошин П. В., Марута Н. О., Явдак І. О., Череднякова О. С. (Харків) Психопатологічні і психологічні детермінанти суїцидального ризику при невротичній хворобі	73
Галічева А. С. (Харків) Психотерапевтична корекція в системі профілактики суїцидальної поведінки при депресивних розладах тих, що розвиваються на фоні ураження або дисфункції головного мозку	74
Гріневич Є. Г., Дубінська Ю. В., Олексєнко І. І. (Київ) Маркери аутоагресивної поведінки у рятувальників аварійно-рятувальних служб	75
Губа Г. Б., Закревський А. П., Циба І. В., Ключєва І. Б. (Донецьк) Замісна терапія препаратом «Еднок» у наркозалежних осіб як спосіб профілактики їх аутоагресивної поведінки.....	76
Губа Г. Б., Циба І. В., Ключєва І. Б., Колодежний А. В., Тітєвський С. В. (Донецьк) Особливості аутоагресивної поведінки у хворих, що знаходяться на замісній терапії препаратом "Addnok"	76
Гузенко Є. В. (Київ) Чинники ризику аутоагресивної поведінки у пацієнтів, що перенесли перший психотичний епізод	77
Денисенко М. М., Малихіна Н. А. (Харків) Патопсихологічні предиктори формування суїцидальної поведінки у хворих на шизофренію	77
Кожина А. М. (Харків) Аутоагресивна поведінка при непсихотичних депресивних розладах (механізми формування і підходи до корекції)	78

ABSTRACTS OF THE CONFERENCE "PREVENTION OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN MENTAL DISORDERS" (Kharkiv, March 13–14, 2008)

Artemchuk A. P., Artemchuk A. A. (Kharkiv) A general biological anticipation in the main forms of an addictive behavior.....	68
Babyuk I. A., Ushenin S. G., Osokina O. I. (Donetsk) A suicidal behavior in patients with the first psychotic episode.....	68
Bacherykov A. M., Matuzok E. G., Kharina K. V., Sitenko L. M., Gorbunov O. V., Kys A. V. (Kharkiv) Completed suicidal attempts performed under conditions of an alcoholic intoxication.....	69
Bacherykov A. M., Tkachenko T. V. (Kharkiv) Psychodiagnostic predictors of formation of a suicidal behavior in patients with schizophrenia and acute polymorphous psychotic disorder.....	69
Belostotska Zh. I. (Kharkiv) Some peculiarities of depressive disorders in patients with autoaggressive actions, who live in rural places.....	69
Bero M. P., Bero S. Ya. (Kharkiv) An experience of organization of work with persons with a suicidal risk and tendencies to a self-injury.....	70
Burlyenko I. A. (Zaporizhzhya) To the problem of prevention of autoaggression in adolescents with behavioral disorders	72
Vovk V. I. (Kharkiv) The problem of suicide among HIV-infected persons taking into account gender differences and a stage of the infectious process.....	72
Vovk I. L. (Kharkiv) Prevention of suicides in affective disorders under circumstances of a re-organization of a mental health service.....	73
Voloshyn P. V., Maruta N. A., Yavdak I. A., Cherednyakova Ye. S. (Kharkiv) Psychopathological and psychological determinants of a suicidal risk in neurotic disease	73
Galicheva A. S. (Kharkiv) Psychotherapeutic correction in the system of prevention of a suicidal behavior in depressive disorders developing on the background of an injury or dysfunction of brain.....	74
Grynevych Ye. G., Dubynska Yu. V., Oleksienko I. I. (Kyiv) Markers of an autoaggressive behavior in rescuers of rescue services.....	75
Guba G. B., Zakrevskyy A. P., Tsyba I. V., Kluyeva I. B. (Donetsk) The replacement therapy with the "Addnok" in drug-dependent persons as a way for prevention of their autoaggressive behavior	76
Guba G. B., Tsyba I. V., Kluyeva I. B., Kolodezhnyy A. V., Titiyevskyy S. V. (Donetsk) Peculiarities of an autoaggressive behavior in patients who use "Addnok" as a replacement therapy	76
Guzenko Ye. V. (Kyiv) Risk factors of an autoaggressive behavior in patients with experience of the first psychotic episode	77
Denisenko M. M., Malykhina N. A. (Kharkiv) Pathopsychological predictors of formation of a suicidal behavior in patients with schizophrenia	77
Kozhyna A. M. (Kharkiv) An autoaggressive behavior in non-psychotic depressive disorders (mechanisms of formation and approaches to correction).....	78

Лещина І. В. (Харків) Аутоагресивна поведінка як один із варіантів дезадаптивних розладів у студентів	78	Leshchyna I. V. (Kharkiv) An autoaggressive behavior as a variant of disadaptive disorders in students	78
Лінський І. В., Мінко О. І. (Харків) Наркопатологія, як варіант аутоагресивної, саморуйнівної поведінки особи і суспільства	79	Linskyy I. V., Minko O. I. (Kharkiv) Narcopathology as a variant of an autoaggressive, self-destructive behavior of a person and a society	79
Мазур О. В. (Вінниця) Деякі особливості аутоагресивної поведінки при депресивних розладах органічного походження	79	Mazur O. V. (Vinnytsya) Some peculiarities of an autoaggressive behavior in depressive disorder of an organic genesis	79
Малеєв А. Л. (Сімферополь) Окислювальна модифікація білків плазми крові як біологічний маркер агресивної і аутоагресивної поведінки ...	80	Maleyev A. L. (Simferopol') An oxidative modification of blood serum proteins as a biological marker of an aggressive and autoaggressive behavior	80
Маркова М. В. (Київ) Психопрофілактика порушення формування сексуальності — важлива ланка в загальній системі профілактики аутоагресивної поведінки у молоді	80	Markova M. V. (Kyiv) A psychoprevention of impairments of a sexuality formation as an important link in a general system of prevention of an autoaggressive behavior in young persons	80
Маркова М. В., Бабіч В. В., Степанова Н. М., Бахтіярова С. А., Лісенко І. О. (Київ) Особливості аутоагресивної поведінки у пацієнтів з непсихотичними психічними розладами тривожно-депресивного спектру, коморбідними із серцево-судинними захворюваннями та їх психотерапія	81	Markova M. V., Babich V. V., Stepanova N. M., Bakhtiyarova S. A., Lysenko I. O. (Kyiv) Peculiarities of an autoaggressive behavior in patients with non-psychotic psychic disorders of an anxious-depressive sphere, which were comorbid with cardiovascular diseases, and their psychotherapy	81
Маркозова Л. М. (Харків) Формування агресивної поведінки в осіб молодого віку з залежністю від алкоголю	82	Markozova L. M. (Kharkiv) A formation of an aggressive behavior in young persons with alcohol dependence	82
Марута Н. О., Юр'єва Л. М. (Харків, Дніпропетровськ) Про необхідність створення клінічних протоколів надання медичної допомоги пацієнтам з психічними і поведінковими розладами з суїцидальною поведінкою	82	Maruta N. A., Yuryeva L. M. (Kharkiv, Dnipropetrovsk') To the problem of necessity to work out clinical protocols of a providing of a medical aid for patients with psychic and behavioral disorders with a suicidal behavior	82
Михайлова Е. А., Проскуріна Т. Ю., Мітельов Д. А., Циліурік С. Н. (Харків) Особливості агресивної і аутоагресивної поведінки у безпритульних підлітків	83	Mykhaylova Ye. A., Proskurina T. Yu., Mitelyov D. A., Tsylyurik S. N. (Kharkiv) Peculiarities of an aggressive and autoaggressive behavior in homeless adolescents	83
Панько Т. В., Малуца Л. В., Череднякова О. С. (Харків) Клініко-психопатологічні особливості аутоагресивної поведінки у хворих похилого віку з депресіями	83	Panko T. V., Malyuta L. V., Cherednyakova O. S. (Kharkiv) Clinical-psychopathological peculiarities of an autoaggressive behavior in elderly patients with depressions	83
Пілягіна Г. Я., Семенціул В. Е., Чумак С. А. (Київ) Екзистенціальна криза як патопсихологічна основа суїцидогенеза	84	Pylyagina G. Ya., Sementsul V. E., Chumak S. A. (Kyiv) An existential crisis as a pathopsychological basis of the suicidogenesis	84
Пілягіна Г. Я., Чумак С. А., Харченко Є. М., Семенціул В. Е., Дубровська Є. В. (Київ) Визначення специфічних факторів рецидивування аутоагресивної поведінки	85	Pylyagina G. Ya., Chumak S. A., Kharchenko Ye. M., Sementsul V. E., Dubrovska Ye. V. (Kyiv) A detection of specific factors of relapses of an autoaggressive behavior	85
Підкоритов В. С., Самохвалов А. В. (Харків) Аутоагресивна поведінка у хворих на шизофренію	85	Podkorytov V. S., Samokhvalov A. V. (Kharkiv) An autoaggressive behavior in patients with schizophrenia	85
Пріб Г. А. (Київ) Аспекти визначення аутоагресивної поведінки психічно хворих на етапі медико-соціальної експертизи та реабілітації	86	Prib G. A. (Kyiv) Aspects of detection of an autoaggressive behavior of mentally ill persons on the stage of a medico-social expertise and rehabilitation	86
Проскуріна Т. Ю., Михайлова Е. А., Мітельов Д. А. (Харків) Агресія та аутоагресія у підлітків з невротичними розладами	87	Proskurina T. Yu., Mykhaylova Ye. A., Metelyov D. A. (Kharkiv) An aggression and autoaggression in adolescents with neurotic disorders	87
Рудь В. О. (Полтава) Порівняльний аналіз епідеміологічних показників суїцидальних спроб та завершених суїцидів по Полтавській області за період 1994—2004 рр.	87	Rud V. O. (Poltava) A comparative analysis of epidemiological parameters of suicidal attempts and completed suicides in Poltava Region during 1994-2004	87
Семікіна О. Є., Канцедаль Т. В. (Харків) Аналіз особливостей психотравмуючих обставин та їх вплив на ефективність терапії у хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію	88	Semikina O. Ye., Kantsedal T. V. (Kharkiv) An analysis of peculiarities of psychotraumatic circumstances and their influence on a therapeutic efficacy in patients with somatoform vegetative dysfunction	88
Спіріна І. Д., Леонов С. Ф. (Дніпропетровськ) Діагностичні критерії аутоагресивної поведінки при параноїдній шизофренії	89	Spirina I. D., Leonov S. F. (Dnipropetrovsk') Diagnostic criteria of an autoaggressive behavior in paranoid schizophrenia	89

І. Д. Спіріна, С. Ф. Леонов (Дніпропетровськ) Феноменологія мотиваційної сфери жінок, хворих на параноїдну шизофренію з проявами фізичної аутоагресії.....	89
Стрельнікова І. Н. (Харків) Оцінка ризику аутоагресивних дій у хворих епілепсією з коморбідними депресивними розладами.....	90
Табачников С. І., Васил'єва Г. Ю., Бугайцов С. Г., Мартинова Ю. Ю. (Київ) Аутоагресивна поведінка хворих із зл�акісними новоутвореннями	90
Тарасенко А. І., Кухарев В. С. (Кіровоград) Рідкісний випадок несуїцидальної аутоагресивної поведінки у хворого з атеросклеротичною деменцією	91
Харченко А. В., Лакінський Р. В. (Харків) Клініко-психопатологічні предиктори формування суїцидальної поведінки у хворих на гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії.....	92
Химчан А. І., Суслов М. Л. (Харків) Про профілактику суїцидонебезпечних станів в амбулаторних умовах	92
Чупріков А. П., Келюшок С. В., Василєвська Н. Ю., Марканов Н. М., Купрікова М. А. (Одеса) Психотропний ефект дельфінотерапії.....	93
Чупріков А. П., Педак А. А. (Київ, Миколаїв) Аутоагресивна поведінка, обумовлена вживанням психоактивних речовин.....	93
Шах М. А. (Харків) Показники і форми агресії у чоловіків, що страждають на гашишну залежність.....	94
Шестопалова Л. Ф., Болотов Д. М., Кожевнікова В. А. (Харків) Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості хворих на посттравматичні стресові розлади з аутоагресивною поведінкою.....	95
Щеглова Я. В. (Київ) Соціальні та особистісні предиктори аутоагресивної поведінки у хворих на епілепсію	95
Юр'єва Л. Н. (Дніпропетровськ) Про необхідність створення спеціалізованої суїцидологічної служби в Україні.....	96
Spirina I. D., Leonov S. F. (Dnipropetrovs'k) Phenomenology of motivation sphere of the women, as patients by a paranoica schizophrenia with physical autoaggression manifestation.....	89
Strelnikova I. N. (Kharkiv) An assessment of risk of autoaggressive action in epileptic patients with comorbid depressive disorders.....	90
Tabachnikov S. I., Vasilyeva A. Yu., Bugaytsov S. G., Martynova Yu. Yu. (Kyiv) An autoaggressive behavior in patients with malignant neoplasms.....	90
Tarasenko A. I., Kukharev V. S. (Kyrovograd) A rare case of a non-suicidal autoaggressive behavior in a patient with atherosclerotic dementia	91
Kharchenko A. V., Lakynskyy R. V. (Kharkiv) Clinical-psychopathological predictors of formation of a suicidal behavior in patients with acute polymorphous psychotic disorder with symptoms of schizophrenia.....	92
Khymchan A. I., Suslov M. L. (Kharkiv) To the problem of out-patient prevention of suicide-threatening conditions	92
Chuprikov A. P., Kelyushok S. V., Vasilevskaya N. Yu., Markanov N. M., Kuprikova M. A. (Odesa) A psychotropic effect of the dolphin-therapy.....	93
Chuprikov A. P., Pedak A. A. (Kyiv, Mykolayiv) An autoaggressive behavior induced by usage of psychoactive substances.....	93
Shakh M. A. (Kharkiv) Parameters and forms of aggression in male patients with hashish dependence	94
Shestopalova L. F., Bolotov D. M., Kozhevnikova V. A. (Kharkiv) Clinical-psychopathological and pathopsychological peculiarities of patients with post-traumatic stress disorders with an autoaggressive behavior	95
Shcheglova Ya. V. (Kyiv) Social and personality predictors of autoaggressive behaviour in patient with epilepsy	95
Yuryeva L. N. (Dnipropetrovs'k) To the problem of a necessity to establish a specializing suicidological service in Ukraine	96

УДК 616.89-008.44: 616.98

В. И. Вовк

Харьковская медицинская академия последипломного образования

ПОКАЗАТЕЛИ САМООЦЕНКИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Психические расстройства у ВИЧ-инфицированных пациентов относятся к одной из актуальных проблем современной психиатрии [1, 3—6].

Возникающие в клинике ВИЧ-инфекции психические нарушения условно можно разделить на две группы: психогенные, связанные с реакцией на факт инфицирования, и развивающиеся в структуре собственно заболевания [1, 3]. Психогенный компонент ВИЧ-инфекции, как и любого другого заболевания, представляет собой проявление интеллектуальных, эмоциональных и волевых нарушений и связан с сознанием, самосознанием, переживанием и отношением больного к своему состоянию [4, 5]. Установлено, что неустойчивость или снижение самооценки свидетельствует о нарушениях в мотивационной сфере, что затрудняет нормальное функционирование личности в различных сферах жизнедеятельности [2]. Изучение общего уровня и индивидуальных отклонений в самооценке позволяет судить о степени критичности, о способности респондентов к адекватному самоанализу и самовосприятию.

Вышеизложенное определило необходимость проведения исследования, целью которого было углубленное изучение особенностей самооценки у больных на ранних и поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Под наблюдением находилось 104 больных с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, 47 мужчин и 57 женщин в возрасте от 18 до 35 лет. Путь инфицирования — половой. Общая выборка была условно разделена на четыре группы. Первые две группы составили 23 мужчины и 43 женщины с I—II (ранними) стадиями ВИЧ-инфекции (по классификации В. И. Покровского). Двумя другими группами выступали 24 мужчины и 14 женщин с III—IV (поздними) стадиями ВИЧ.

Для изучения самооценки использовалась методика Дембо — Рубинштейн. Среди множества известных в психологии подходов к изучению открыто декларируемой самооценки одним из первых был прием Т. Dembo, который изначально предназначался для исследования представлений обследуемого о своем счастье [2]. С. Я. Рубинштейн (1970) значительно модифицировала эту методику, введя кроме «счастья» еще три параметра. Испытуемому предлагалось отметить на вертикальной черте без каких-либо делений то место, которое соответствует выражению у него данного психического свойства. Использованный нами набор включал девять шкал: «здоровье», «ум», «счастье», «характер», «уверенность в себе», «доброта», «успешность в работе», «настроение», «память». Шкалы были градуированы в интервале от нуля (минимальная выраженность) до десяти (максимально возможная самооценка по данному параметру). На листе бумаги была проведена горизонтальная черта, о которой обследуемому говорилось, что она обозначает счастье, причем правый полюс (10) соответствует состоянию полного счастья, а левый (0) занимают самые несчастливые люди. Обследуемому просили обозначить на этой линии свое место. Такие же горизонтальные линии проводились и для выражения самооценки больного по остальным шкалам.

Затем приступали к беседе с больным, в которой выясняли его представление о счастье и несчастье,

здоровье и нездоровье, хорошо и плохо характере и так далее. Выяснялось, почему больной сделал отметку в определенном месте шкалы для обозначения своих особенностей. Например, что побудило его поставить отметку в данном месте шкалы здоровья, считает ли он себя здоровым или больным (особенно в контексте ВИЧ-инфекции), если больным, то какой болезнью, кого он считает больными и т. д.

При интерпретации результатов мы опирались на обширные литературные данные об особенностях самооценки в норме и патологии. Известно, что самооценка здоровых лиц тяготеет к средней линии или незначительно отклоняется от нее в позитивную сторону, депрессивные больные самооценку занижают, маниакальные — резко завышают, испытуемые с истероидными чертами утрируют, и так далее [2].

Усредненные показатели самооценки на различных этапах ВИЧ-инфекции ($M \pm m$)

Параметр самооценки	Ранние стадии ВИЧ, $n = 66$	Поздние стадии ВИЧ, $n = 38$	p
здоровый	$5,90 \pm 0,30$	$3,85 \pm 0,47$	$< 0,001$
умный	$6,91 \pm 0,21$	$6,71 \pm 0,35$	—
счастливый	$6,83 \pm 0,28$	$5,34 \pm 0,48$	$< 0,01$
хороший характер	$7,14 \pm 0,26$	$5,97 \pm 0,48$	$< 0,05$
уверенный в себе	$6,47 \pm 0,33$	$6,82 \pm 0,45$	—
добрый	$8,36 \pm 0,22$	$7,56 \pm 0,44$	—
успешный в работе	$6,81 \pm 0,29$	$6,53 \pm 0,42$	—
хорошее настроение	$6,83 \pm 0,28$	$5,47 \pm 0,41$	$< 0,01$
хорошая память	$6,26 \pm 0,31$	$5,97 \pm 0,51$	—

Примечание: p — достоверность различий по t -критерию Стьюдента

Полученные данные (рис. 1) показывают, что профиль самооценки является более «утопленным» во второй группе, т. е. уровень самооценки на поздних стадиях ВИЧ-инфекции снижается. «Ум», «успешность в работе» и «память» в динамике ВИЧ остаются, по мнению респондентов, на прежнем уровне. С клинико-психопатологической точки зрения это является гиперкомпенсаторным заблуждением. В частности, в ходе исследования

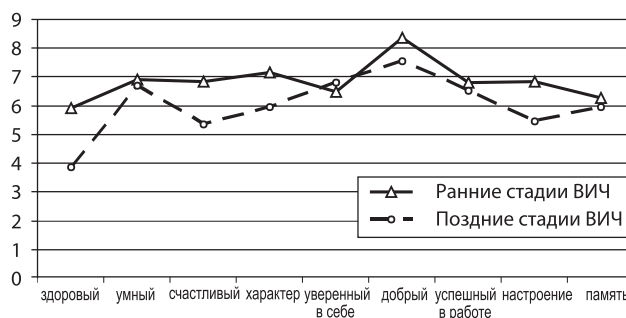


Рис. 1. Уровень самооценки на различных стадиях ВИЧ-инфекции

было установлено, что функции памяти на поздних этапах достоверно хуже, чем в начале заболевания. Единственный самооценочный параметр, по которому вторая группа незначительно ($p > 0,05$) превосходит первую группу — это «уверенность в себе».

Что касается остальных параметров самооценки, то больные на поздних стадиях ВИЧ-инфекции склонны к значительному их занижению. В особенности эта тенденция сильна на таких самооценочных шкалах, как «здоровье» ($p < 0,001$), «счастье» ($p < 0,01$), «характер» ($p < 0,05$) и «настроение» ($p < 0,01$). Кроме того, меняется структурная иерархия самооценочных пунктов. Для того чтобы проверить это статистически, нами был использован метод ранговой корреляции Спирмена. Известно, что чем выше коэффициент ранговой корреляции, тем больше сопереженность, схожесть двух сравниваемых профилей, графиков, оценочных списков и т. п. В данном случае коэффициент ранговой корреляции не высок: $r_s = 0,449$, его статистическая значимость не достигает пятипроцентного уровня ($p > 0,05$), т. е. профили самооценки на начальных и поздних стадиях ВИЧ можно считать достоверно различающимися ($p < 0,01$) за счет указанных динамических сдвигов.

В структуре самооценки у ВИЧ-инфицированных пациентов мужского пола наблюдаются, по мере развития заболевания, три высокозначимых сдвига (все на уровне достоверности $p < 0,01$). В первую очередь, снижается самооценка по шкале «здоровье», что вполне естественно и относится к предсказуемым и ожидаемым результатам. Далее, во второй группе существенно занижается параметр «настроение». Третий достоверный сдвиг — по шкале «успешность в работе» — по знаку является положительным: мужчины на поздних этапах ВИЧ значительно выше оценивают собственную работоспособность и успешность. Более того, это наиболее высокая отметка в самооценочном профиле второй группы. С нашей точки зрения, этот феномен объясняется своеобразной протестно-гиперкомпенсаторной реакцией по типу «выдать желаемое за действительное».

Как показал корреляционный анализ по Спирмену, общая иерархическая структура самооценки в двух группах ВИЧ-инфицированных мужчин более схожа, чем в аналогичных группах женщин: $r_s = 0,517$, т. е. коэффициент корреляции и, следовательно, структурное сходство самооценки на раннем и позднем этапах у мужчин является более сильным, чем для женских групп.

Сходство между сопоставляемыми группами ВИЧ-инфицированных женщин заключается в том, что на любом этапе ВИЧ женщины в пробе Дембо — Рубинштейн ставят себе максимальные оценки по параметру «добрый», а минимальные — по шкале «здоровый».

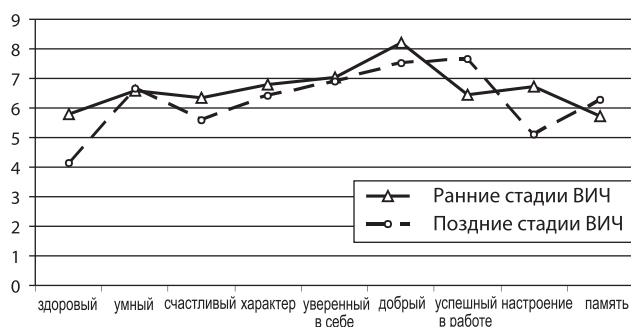


Рис. 2. Уровень самооценки у мужчин на различных этапах ВИЧ-инфекции

На поздних этапах ВИЧ-инфекции у женщин самооценочный профиль не только «утоплен» (большинство показателей снижается), но и значительно более изломан. В динамике самооценки несколько повышается «уверенность в себе», снижается «настроение» и «память», однако эти тенденции нельзя считать статистически достоверными ($p > 0,05$). Наиболее резкие и значимые негативные сдвиги касаются «здоровья» ($p < 0,01$), а также таких глобальных параметров, как «счастье» ($p < 0,01$) и «характер» ($p < 0,05$). Достаточно критичны ВИЧ-инфицированные женщины и к тому факту, что на поздних этапах у них существенно снижается «успешность в работе» ($p < 0,01$).

Рангово-корреляционный анализ графиков по Спирмену выявил, что иерархическая структура самооценки у женщин на поздних этапах ВИЧ принципиально иная, чем на ранних стадиях: $r_s = 0,3$, коэффициент корреляции достаточно мал, его значимость $p > 0,05$, т. е. профили достоверно различаются.

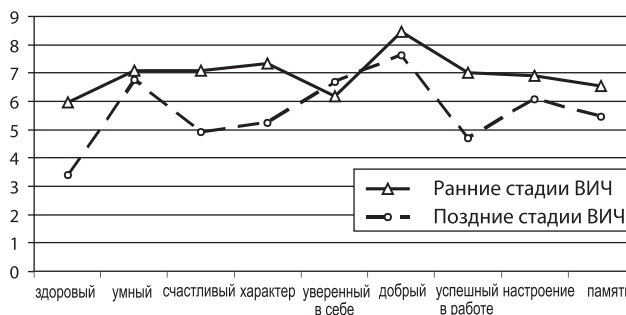


Рис. 3. Уровень самооценки у женщин на различных этапах ВИЧ-инфекции

Таким образом, проведенный анализ показателей самооценки больных ВИЧ-инфекцией позволяет сделать вывод о том, что ВИЧ-инфицированные не критичны к своему состоянию. В большинстве случаев отсутствие или нарушение критичности своего болезненного состояния рассматриваются нами как гиперкомпенсаторные реакции. Достоверно установлено, что на поздних стадиях, как у мужчин, так и у женщин, уровень самооценки достоверно снижается. Выявленные особенности самовосприятия и самооценки должны учитываться при выборе и проведении психокоррекционных методов.

Список литературы

- Беляева В. В. Особенности социально-психологической адаптации лиц, инфицированных ВИЧ // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 1998. — № 5. — С. 27—29.
- Общая психодиагностика (сост. и ред. А. А. Бодалева, В. А. Столина). — СПб.: Речь, 2000. — 440 с.
- Ручкина Е. В., Беляева В. В., Покровский В. В. Некоторые подходы к решению психосоциальных проблем лиц, инфицированных ВИЧ // Здравоохранение Рос. Федерации. — 1994. — № 2. — С. 22—23.
- Тиммерман Л. Психиатрия и СПИД: Обзор // Соц. и клинич. психиатрия. — 2001. — Т. 11, № 2. — С. 92—96.
- Трофимчук Л. Г. Внутренняя картина болезни и личностные особенности ВИЧ-инфицированных // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и неврологии. — 1998. — С. 116—121.
- Э. Фаучи, К. Лэйн. ВИЧ-инфекция и СПИД. 308 глава из книги Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону. Пер. с англ. Н. Н. Алипова, Е. Р. Тимофеевой. 14-е изд. — М.: Изд. дом Практика, 1998. — 80 с.

Надійшла до редакції 17.12.2007 р.

В. І. Вовк

V. I. Vovk

Показники самооцінки у хворих на ВІЛ-інфекцію*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Вивчення загального рівня та індивідуальних відхилень самооцінки дозволяє робити висновки про ступінь критичності, а також здатність респондентів до адекватного самоаналізу та самосприйняття. Проведено аналіз особливостей самооцінки за допомогою методики Дембо — Рубінштейн ВІЛ-інфікованих пацієнтів на різних стадіях ВІЛ-інфекції. Виявлено, що хворі із ВІЛ-інфекцією некритичні до свого стану. На пізніх стадіях ВІЛ рівень самооцінки вірогідно знижується як у чоловіків, так і у жінок. Отримані дані щодо особливостей самооцінки та самосприйняття ВІЛ-позитивних пацієнтів повинні враховуватися під час вибору психокорекційних методів.

Parameters of a self-concept of patients with HIV-infection*Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education (Kharkiv)*

The studying of the common level and individual deviations of the self-concept allows to estimate the level of self-criticism and the respondents ability to adequate introspection and self-perception. The introspection characteristics researches for the HIV-infected persons on the different stages of HIV-infection were carried out by the instrumentality of Dembo — Rubinshtein methodology. It was explored that HIV-infected patients are not critical to their state. On the last stages of HIV infection level of self-criticism expectedly decreases as for males as for females. The data concerning the characteristics of introspection and self-perception of HIV-infected patients should be used during the selection of psychocorrection methods.

УДК 616.89:301.151

Л. Н. Гуменюк

*Крымский государственный медицинский университет
им. С. И. Георгиевского (г. Симферополь)***КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ОГРАНИЧЕННОЙ СПОСОБНОСТЬЮ К ИНТЕГРАЦИИ В СООБЩЕСТВО (БЕЗДОМНЫЕ)**

В настоящее время особую актуальность приобретают вопросы оказания медико-социальной помощи специальным целевым группам психически больных, имеющих определенные особенности психического и социального статуса [1]. Одной из таких групп являются пациенты с ограниченной способностью к интеграции в сообщество (бездомные) [2]. Это объясняется тем, что стратификация общества, следствием которой стало появление большого количества бездомных — одна из главных примет нашего времени. Число психически больных среди данного контингента достигает 75,7 % [3].

Степень вовлеченности бездомных психически больных в систему оказания психиатрической помощи недостаточна [4]. Однако при всей важности данного вопроса следует признать, что попыток разработки концептуальных основ обеспечения медико-социальной помощи лицам с социальной недостаточностью, в рамках которых были бы возможны последовательность и преемственность действий, не предпринималось. В современных исследованиях по психиатрии проблемы взрослых маргиналов практически не затрагиваются, а отдельные издания носят, в основном эмпирический и фрагментарный характер [5]. Системный анализ социально-психологических детерминант, приводящих людей к бродяжничеству, и объективизированные критерии оценки вероятности формирования ограниченной способности к интеграции в сообщество отсутствуют, что актуализирует потребность выявления ряда многофакторных комплексов, действие которых приводит к ограничению способности интеграции в сообщество. Психически больные (бездомные) обладают специфическим набором клинических, психологических и социальных характеристик, знание которых позволит прогнозировать и уменьшать количество лиц с ограниченной способностью к интеграции в сообщество.

В связи с этим необходимо уделять внимание не только клиническим, но также психологическим и социальным факторам, личностным и социальным особенностям индивидуума в их взаимодействии,

и таким образом оказывать более разностороннюю и эффективную помощь.

Основная цель психиатрического лечения и социальной работы — интеграция психически больных в социальную реальность [6—8].

Изучены клиничко-социальные характеристики 154 бездомных в возрасте от 20 до 62 лет, находившихся в специализированном приемнике. Обследование проводилось по принципу случайного выбора, когда все единицы генеральной совокупности имели равную возможность попасть в выборку.

В ходе работы были использованы клиничко-психопатологический, клиничко-анамнестический, социально-демографический и статистический методы исследования. Клиничко-психопатологический включал в себя изучение жалоб, оценку психического и соматоневрологического статуса, выделение основных психопатологических синдромов и их динамики, в качестве диагностических критериев использовались критерии МКБ-10 [9]. Клиничко-анамнестическое исследование являлось источником информации о преморбидности личности и ее истории, рассматриваемой в контексте социальных связей, отношений, жизненного и профессионального опыта. Полученные результаты подвергались статистической обработке.

Полученный клинический материал, составивший группу исследования, был сгруппирован в соответствии с диагностическими разделами МКБ-10. Распределение нозологической принадлежности обследованных (табл. 1) показывает, что среди выявленных нарушений психического здоровья 48,7 % патологии составили психические и поведенческие расстройства вследствие употребления алкоголя (F10), 37,6 % — депрессивные расстройства, 12,7 % — легкая умственная отсталость (F70) и 2,0 % — расстройства личности. Для обследованных была характерна значительная длительность заболевания (около 78 % случаев) — более 15 лет.

Среди выделенных ведущих психопатологических синдромов с учетом степени их выраженности, наибольший удельный вес приходится на долю эмоционально-волевых нарушений (92,8 %).

Таблиця 1

Распределение обследованных по нозологической принадлежности

Диагностические категории	Абс. число	%
Психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, синдром зависимости (F 10.2)	75	48,7
Легкий депрессивный эпизод с соматическими симптомами (F 32.01)	26	16,9
Умеренный депрессивный эпизод с соматическими симптомами (F 32.11)	31	20,1
Легкая умственная отсталость (F 70)	19	12,3
Шизоидное расстройство личности (F 60.1)	3	2,0

Среди обследованных нами 154 бездомных в возрасте от 20 до 30 лет было 42 (27,2 %), от 31 до 40 лет — 90 (58,3 %), от 41 до 50 — 17 (10,9 %), от 51 до 60 лет — 5 (3,1 %). Распределение исследуемых по полу и возрасту представлены на рис. 1.

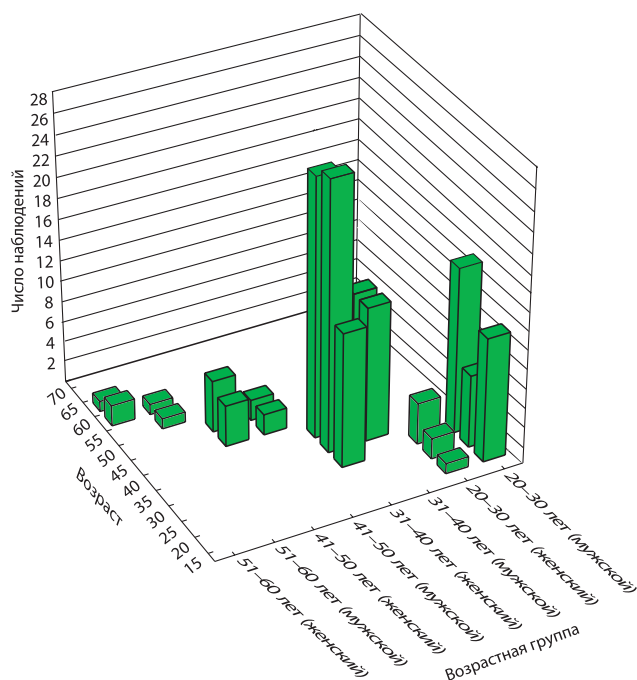


Рис. 1. Распределение испытуемых по возрастным группам и половому признаку

Отмечалось значительное преобладание мужчин (74,5 %, $p < 0,001$). Гендерные отличия представленности бездомных показаны на медиане (рис. 2).

Средний возраст исследуемых составлял у женщин — $37,43 \pm 9,6$ года, у мужчин — $32,22 \pm 7,26$, причем в выборке достоверно чаще встречались лица в возрасте от 31 до 40 лет (58,3 %), наименьшее количество обследованных отмечено в возрастном диапазоне от 51 до 60 лет (3,1 %).

Большинство испытуемых в исследованной группе имели в анамнезе отягощенную наследственность — 117 (76,0 %). Характеристики наследственной отягощенности: наличие психических расстройств — 13 (11,1 %); алкогольная зависимость — 97 (82,9 %); сочетание психических расстройств и алкогольной зависимости — 7 (6,0 %) (рис. 3).

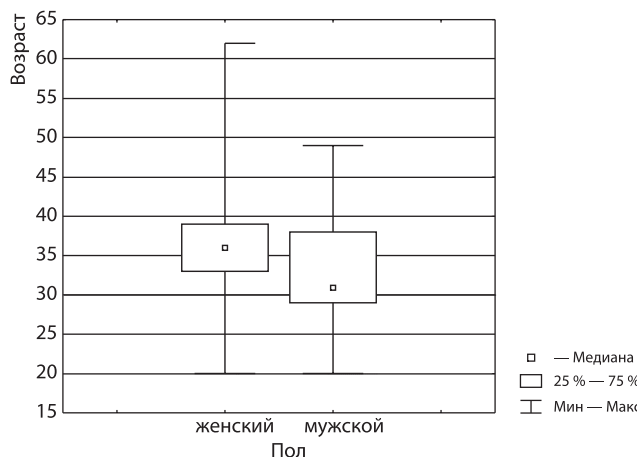


Рис. 2. Гендерные отличия представленности исследуемых

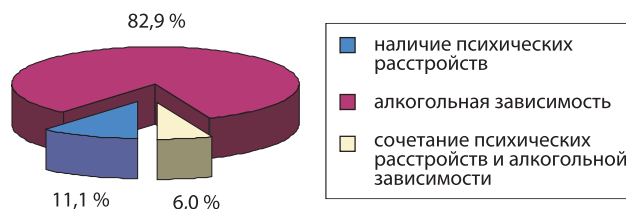


Рис. 3. Характеристики наследственной отягощенности исследуемых

Уровень образования является одним из важных показателей социальной адаптации психически больных. Анализ уровня образования исследуемых приведен на гистограмме (рис. 4). Как видно из приведенных на рисунке данных, наибольшее количество исследуемых получили среднее образование (53,2 %), неполное среднее (14,3 %), начальное (11,0 %) и обучение во вспомогательной школе было у 21,4 %.



Рис. 4. Уровень образования исследуемых

Таким образом, исследуемый контингент имеет крайне низкий уровень образования.

Социальная микросреда, в которой воспитывались исследуемые, наложила отпечаток на характер социальных контактов, нормы поведения, интересы, стиль жизни в дальнейшем. Исследование периода пубертата, как одного из значимых этапов не только динамики

имеющихся психических расстройств, но и этапа формирования личности в целом, позволило обнаружить среди исследуемых большое количество лиц — 129 (83,7 %) с нарушениями поведения, проявлявшимися девиантными и делинквентными формами поведения.

Показателем социального функционирования, характеризующим социальную среду, круг общения, интересы, является профессиональная категория. Отражая профессиональную деятельность, данный показатель позволяет определить социальную принадлежность и значимое окружение, в котором находится или находился пациент (рис. 5).

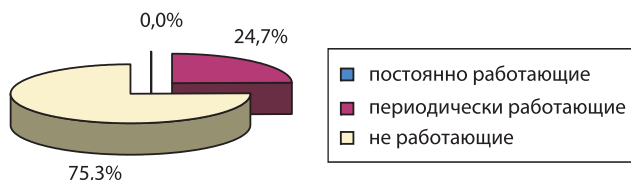


Рис. 5. Занятость трудовой деятельностью в исследуемой группе

При анализе показателей уровня образования и его реализации в профессиональной деятельности установлено, что испытуемые в подавляющем большинстве (64,2 %) не смогли овладеть какой-либо специальностью и не были охвачены трудовой деятельностью, даже некаленифицированной, что свидетельствует о затруднении трудовой адаптации у лиц данной категории.

Для изучения глубины социально-семейного неблагополучия мы использовали специально разработанную анкету, охватывающую следующие функции семьи: воспитательную; хозяйственно-бытовую; эмоциональную; функцию духовного (культурного) общения; функцию первичного социального контроля. При оценке социально-психологических условий, в которых проходило воспитание испытуемых, обнаружено, что большинство исследуемых воспитывались в семьях с антиобщественной — 98 (63,6 %) и противоречивой направленностью — 56 (36,4 %). 57 человек (37,0 %) не могли дать информацию о родителях по следующим причинам: 27 (17,5 %) не знали отца, 5 (3,2 %) видели мать лишь в раннем детском возрасте; 25 (16,2 %) воспитывались в домах-интернатах.

В ходе исследования нами выделены 4 основных типа дисфункциональности семьи: первый — проблемная семья — 19 (12,3 %), второй — конфликтная — 25 (16,2 %), третий — педагогически несостоятельная — 92 (59,7 %) и четвертый — нарушение структуры семьи 78 (50,6 %).

При изучении характера семейных взаимоотношений установлено, что лица с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления алкоголя и расстройствами личности достоверно чаще воспитывались в «проблемных» семьях; исследуемые с умственной отсталостью — в «конфликтных» и обследованные с депрессивными расстройствами — в педагогически несостоятельных или в семье с «нарушением структуры».

Длительность бездомного существования к моменту обследования была весьма значительной, причему 33,1 % лиц — свыше 10 лет; у 43,5 % — от 5 до 10 лет (рис. 6).

Проведенный анализ позволил выделить причины, приведшие людей к бездомному существованию (табл. 2): в связи с семейными обстоятельствами (59,1 %), в результате осуждения (39,0 %) и вследствие психического заболевания (1,9 %).

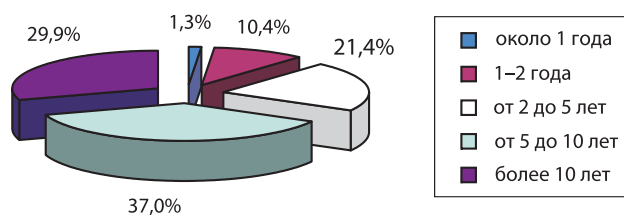


Рис. 6. Продолжительность отсутствия жилья и регистрации по месту жительства

Таблица 2
Причины утраты прав на жилые помещения и регистрации по месту жительства

Причины	Абс. число (n = 154)	%
В связи с семейными обстоятельствами	91	59,1
В результате осуждения	60	38,9
Вследствие психического заболевания	3	1,9

Клинико-социальное исследование позволило выделить целый комплекс проблем, в совокупности затрудняющих, а в большинстве случаев — делающих невозможной интеграцию в сообщество данного контингента. К ним относятся: 1) ранние расстройства социальной дезадаптации, обусловленные неблагоприятными условиями воспитания; 2) низкий уровень образования; 3) трудовая дезадаптация; 4) отсутствие документов, жилья; 5) высокий уровень отягощенной наследственности психическими расстройствами и алкоголизмом; 6) наличие психических расстройств; 7) преобладание в клинической картине эмоционально-волевых расстройств; 8) отсутствие комплекса организационных мероприятий для оказания помощи лицам данного контингента.

Проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы.

1. Контингент психически больных без определенного места жительства формируется на протяжении многих лет, обнаруживая определенные клинические особенности, недостаточную степень оказания психиатрической помощи, накопившиеся социальные проблемы, последствия длительной социальной депривации, образующие комплекс взаимно потенцирующих неблагоприятных факторов, препятствующих их интеграции в сообщество.

2. Все исследуемые (100,0 %) страдают психическими расстройствами. Для них характерен значительный срок заболеваний (свыше 15 лет; $p < 0,001$). Наибольший удельный вес нарушений психического здоровья приходится на психические и поведенческие расстройства, вызванные употреблением алкоголя, синдром зависимости (48,7 %).

3. Среди данной выборки статистически достоверно ($p < 0,001$) преобладают мужчины (74,5 %) в возрастном диапазоне от 31 до 40 лет, что указывает на распространенность изучаемого социально-психологического феномена среди лиц мужского пола.

4. Результаты комплексной оценки клинико-социальных характеристик лиц с ограниченной способностью к интеграции в сообщество (бездомных) позволяют в дальнейшем разработать систему стандартов психосоциальной работы, интегрирующей различные подходы и нормативные требования и внедрить

систему психосоціального лікування і реабілітації, орієнтуючись на проблеми і потреби осіб даної категорії.

Список литературы

1. Ромм М. В. Социальная работа: нищета идеологии и политика борьбы с нищетой. — Новосибирск: Изд-во НГТУ, 2000. — Ч. II. — 14 с.
2. Социальная психология личности / Под ред. В. А. Лабунской. — М., 1999. — С. 15.
3. Основы социальной и клинической психиатрии: Уч. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Изд. центр Академия, 2001. — 224 с.

4. Стивенсон С. Бездомные в социальной структуре большого города. — М.: ИНИОН РАН, 1997. — 432 с.

5. Леннер-Аксельсон Б., Тюлефорс И. Психосоциальная помощь населению / Пер. со швед. — М., 1998.

6. Красик Е. Д. Психическое здоровье общества и реабилитация психически больных // Социальная и клиническая психиатрия. — 1992. — Т. 2. — Вып. 1.

7. Мартыненко А. В. Медико-социальная работа. — М., 1999.

8. Медицинская реабилитация / Под ред. В. М. Богомолова: В 3 т. — М., 1998. — Т. 1.

9. Руководство к МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств / Под ред. Д. Э. Купера. — К.: Сфера, 2000. — 441 с.

Надійшла до редакції 24.12.2007 р.

Л. М. Гуменюк

Клініко-соціальна характеристика осіб, що страждають на психічні розлади з обмеженими здібностями до інтеграції в суспільство (безпритульні)

Кримський державний медичний університет
ім. С. І. Георгієвського (м. Сімферополь)

У статті представлені результати дослідження клініко-соціальних характеристик осіб, що страждають психічними розладами з обмеженою здібністю до інтеграції в суспільство.

L. N. Gumenyuk

Clinical and social characteristic of persons with the psychological disorders and the limited ability of integration to society (homeless)

Crimean State medical University named after S. I. Georgievsky
(Simferopol')

The results of investigation the clinical and social characteristic of persons with the psychological disorders and the limited ability of integration to society are represented in the article.

УДК 616.69:618.17:616.89-008.19

М. А. Денеко, канд. мед. наук

Полтавская областная психоневрологическая больница
им. А. Ф. Мальцева

СЕКСУАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ СУПРУЖЕСКОЙ ПАРЫ ПРИ ЭМОЦИОНАЛЬНО НЕУСТОЙЧИВОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ У ЖЕНЬ

К проблеме нарушения сексуальной функции у больных специфическим расстройством личности обращались многие русскоязычные [1—5] и зарубежные авторы [6, 7], рассматривая в основном сексуальные расстройства у мужчин. Нарушения сексуальной сферы женщин с этой психопатологией не были предметом специального исследования, этот вопрос в той или иной степени затрагивается лишь в единичных работах [5]. При этом авторы не уделяют должного внимания роли выявленных нарушений сексуальности больных в формировании супружеской дезадаптации, которую они неизбежно влекут за собой в силу парного характера сексуальной функции. Между тем исследование нарушения сексуального здоровья при расстройствах личности имеет большое медицинское, медико-психологическое и социальное значение, поскольку расстройство эмоционально-волевой сферы и адаптации больных при этом страдании во многом определяют семейно-брачные отношения, подрывая прочность брака, а нередко и приводя к его разрушению.

Целью настоящей работы явилось исследование причин, механизмов формирования, течения и клинических проявлений нарушения сексуального здоровья супругов при эмоционально неустойчивом расстройстве личности у женщин.

Нами были обследованы 53 дезадаптированные супружеские пары, в которых жены страдали указанным типом расстройства личности. Супруги были в возрасте от 22 лет до 41 года, давность пребывания в браке составляла от 1 года до 15 лет, причем 1/3 женщин состояла во втором браке и 9 ± 4 % — в третьем браке.

Сексуальная дезадаптация возникла у обследованных с самого начала или в течение первого года, но не позднее чем через два года супружеской жизни.

При эмоционально неустойчивом расстройстве личности (F 60.3) у больных наблюдается ярко выраженная склонность действовать импульсивно, не думая о возможных последствиях. Для них типичны неустойчивость настроения, выражающаяся в непредсказуемых, ничем не обусловленных его изменениях, тенденция к эмоциональным вспышкам и неспособность контролировать «поведенческие взрывы». Характерны для больных с этим типом расстройства сварливость, конфликтность, они не выносят, если окружающие препятствуют их импульсивным действиям или выражают порицание.

Все находившиеся под нашим наблюдением супруги были обследованы методом системно-структурного анализа сексуального здоровья [8], который дает возможность установить роль в его нарушении биогенных, социогенных, психогенных и патогенных социально-психологических факторов.

Анализ по интегральным критериям сексуального здоровья показал, что у женщин с эмоционально неустойчивым расстройством личности уже с детства можно проследить, наряду с отклонениями в общем психическом, нарушения психосексуального развития.

Половое самосознание адекватно и формируется в основном вовремя — в 2—4 года. Но такие характерные для эмоционально неустойчивого расстройства личности черты, как агрессивность, жестокость по

отношению к сверстникам, девочки проявляют уже с раннего возраста. С 6—7 лет у них все отчетливее обнаруживаются аффективная взрывчатость, приступы дисфории, во время которых они издеваются над животными, стараются ударить или оскорбить каждого, с кем сталкиваются в то время, когда испытывают психический дискомфорт. Такой способ разрядки психического напряжения приносит облегчение, вызывает положительные эмоции и, становясь стереотипом, способствует развитию садистских наклонностей.

Для больных эмоционально неустойчивым расстройством личности характерно ускоренное соматосексуальное и преждевременное психосексуальное развитие.

Типологические особенности личности — конфликтность, завышенный уровень притязаний и стремление к лидерству через подавление, отсутствие эффективных навыков коммуникации, упрощенные поведенческие схемы, стремление к немедленному удовлетворению собственных, нередко ситуационно возникающих потребностей, при вязкости, тугоподвижности, инертности всех проявлений психики, сосуществующих с сенситивностью и стремлением к лидерству, приводят к нарушению процесса социализации, в том числе и формирования полоролевого поведения. У девочек-подростков происходит частичная или полная его трансформация, формируется маскулинное поведение.

Этап формирования психосексуальной ориентации отличается у больных эмоционально неустойчивым расстройством личности структурной сложностью. У большинства из них редуцирована платоническая стадия либидо, почти у половины первый половой акт произошел очень рано — в 11—13 лет, и сопровождался элементами принуждения со стороны более старших лиц из асоциальных групп. Обычно эти женщины и рано приобщаются к спиртному.

Раннее половое созревание, рано пробуждающиеся либидо и интерес к сексуальной сфере, ранние половые связи типичны для женщин с эмоционально неустойчивым расстройством личности, так же как агрессия, садизм, лесбиянство. В детстве они выступают инициаторами сексуальных игр, у них отмечается ранняя мастурбация, приводящая к оргазму, а эротические фантазии, ласки и игры через минимальные сроки трансформируются в сексуальные.

Для этих больных характерны безразличие к косметике, отсутствие женственности. Их интересы носят мужской характер, так же как и сексуальное поведение, в котором проявляется агрессивность с садистскими элементами.

Половая жизнь больных характеризуется интенсивностью, склонностью к беспорядочности и к немедленной реализации влечения. Алкоголизация усугубляет сексуальные особенности больных, нередко у них возникают идеи ревности.

Описанные особенности психики и сексуальности женщин с эмоционально неустойчивым типом расстройства личности обуславливают сексуальную и психологическую дезадаптацию их в браке. У мужей больных наблюдаются эмоциональные сдвиги — ухудшение настроения перед половым актом и после него, а также ослабление либидо, притупление оргазма, часто возникает сексуальная аверсия к жене. Все эти нарушения имеют относительный характер и обостряются в периоды декомпенсации расстройства личности у жены.

Большинство женщин с рассматриваемым типом расстройства личности относятся к сильному типу половой конституции, реже — к среднему, слабой половой конституции не было ни у одной из наших пациенток.

Мотивация сексуального поведения больных чаще всего агрессивно-эгоистическая, мотив полового акта — получение оргазма. Нередко встречающееся несоответствие этих характеристик у супругов способствует развитию у них сексуальной дезадаптации. Столь же дезадаптирующую роль играет и тип сексуальной культуры больных — как правило, гиперролевой или оргиастический.

В качестве дисгармонирующего фактора выступает и неблагоприятное сочетание в супружеской паре психосексуальных типов мужчины и женщины, связанное с тем, что все больные эмоционально неустойчивым расстройством личности женщины относятся к агрессивному варианту типа женщина-женщина. Единственная возможность достижения относительной гармоничности супружеской пары при данном варианте психосексуального типа — тот случай, когда муж больной относится к пассивно-подчиняемому варианту типа мужчина-мужчина, поскольку лица агрессивного типа склонны к насилию, грубости, причинению боли, а лица пассивно-подчиняемые предпочитают агрессивность, силу, вплоть до испытывания боли. Все возможные другие сочетания психосексуальных типов с этим типом, характерным для наших пациентов дисгармоничны как в психологическом, межличностном, так и в сексуально-эротическом плане. Однако среди мужей больных пассивно-подчиняемыми были лишь $11 \pm 4\%$.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья по его компонентам и составляющим выявляет у всех супружеских пар сочетанное их поражение. Социальный компонент нарушен вследствие недостаточной и неправильной информированности супругов в области психогигиены половой жизни, несоответствия их мировоззрения, уровня общей и типов сексуальной культуры, установок личности, морально-этических и эстетических норм. Психологический компонент сексуального здоровья поражен у всех больных из-за наличия у них внутриличностного конфликта и типичных для них черт характера — повышенной возбудимости, агрессивности, злобности, приводящих к частым конфликтам и психологической дезадаптации; нарушение социально-психологического компонента связано с межличностным конфликтом супругов. Искажение полоролевого поведения больных приводит к сексуально-поведенческой дезадаптации супругов.

Анатомо-физиологический компонент сексуального здоровья поражен у всех женщин за счет его психической составляющей вследствие их основного заболевания — эмоционально неустойчивого расстройства личности. Его стержневое поражение наряду со стержневым поражением психологического компонента становится непосредственной причиной сексуальной дезадаптации супружеской пары при данной психопатологии у жены. Нейрогуморальная составляющая этого компонента нарушена у подавляющего большинства больных в результате преждевременного полового созревания, нейрорегуляторная и генитальная составляющие сохранены.

Нами была изучена также типология супружества при эмоционально неустойчивом расстройстве

личности у жены. Оказалось, что среди обследованных семей резко преобладает антагонистический вариант дисгармоничного супружества, отражающий низкий уровень психологической и сексуальной адаптации супругов, он наблюдался у $79 \pm 6\%$ супружеских пар.

Таким образом, проведенное системное исследование позволило выявить причины и механизмы формирования и проявления сексуальной дезадаптации супружеской пары, в которой жена страдает эмоционально неустойчивым расстройством личности, и установить, что основную роль в ее генезе играют личностные особенности больных, препятствующие сексуально-эротической и психологической адаптации.

Это необходимо учитывать при разработке методов диагностики и коррекции нарушений сексуального здоровья при рассматриваемой патологии у женщин.

М. А. Денеко

Сексуальна дезадаптація подружньої пари за емоційно нестійкого розладу особистості у жінки

*Полтавська обласна психоневрологічна лікарня
ім. А. Ф. Мальцева*

Виявлено причини, механізми розвитку й клінічні прояви подружньої дезадаптації за емоційно нестійкого розладу особистості у жінок. Показано роль особистісних відмінностей хворих у її генезі. Обґрунтовано необхідність враховувати виявлені особливості у процесі діагностики і корекції порушення сексуального здоров'я за таких умов.

Список литературы

1. Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статика, динамика и систематика. — М.: Медгиз, 1933. — 186 с.
2. Скрипников А. Н. Нарушение здоровья семьи при расстройстве личности у мужчин. — Харьков: Основа, 2001. — 273 с.
3. Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. — Л.: Медицина, 1977. — 208 с.
4. Сексопатология: Справочник / Под ред. проф. Г. С. Васильченко. — М.: Медицина, 1990. — 576 с.
5. Нарушения сексуального здоровья при неврозах и психопатиях: Уч. пособие / Под ред. В. В. Кришталь. — Сочи, 1988. — 118 с.
6. Келли Г. Ф. Основы современной сексологии. 6-е междунар. изд.: Пер. с англ. — СПб.: Питер, 2000. — 896 с.
7. Crooks R., Baur K. Our Sexuality. — The Benjamin Cummings Publishing Company, 1990. — 850 p.
8. Кришталь В. В. Системный подход к диагностике и коррекции нарушений сексуального здоровья // Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. I всес. конф. сексопатологов. — М., 1986. — С. 7—9.

Надійшла до редакції 10.09.2007 р.

М. А. Deneke

Sexual disadaptation of a spousal couple in emotionally unstable personality disorder in wife

*Poltava Regional Psychoneurological Hospital
named after A. F. Maltsev*

Causes, mechanisms of development and clinical manifestations of spousal disadaptation in emotionally unstable personality disorder in women were defined. A Role of personality peculiarities of patient in genesis of the disadaptation was demonstrated. It was grounded a necessity to take into account these peculiarities in diagnosis and correction of disorders of a sexual health under such conditions.

УДК: 616.89-008.441.13:036:547.943:615.212.7

Д. М. Корошніченко

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГІЧНОГО ПОТЯГУ ДО ОПІОЇДІВ У ХВОРИХ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ГЕРОЇНУ, І ХВОРИХ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД МЕТАДОНУ

На 01.01.2007 р. органами охорони здоров'я України [1] було зареєстровано 82 863 хворих на наркоманії (177,25 на 100 тис. населення). З них 70 231 страждають на залежність від опіоїдів, тобто на один з найбільш важких її видів. Відповідно до розрахунків фахівців Інституту неврології, психіатрії та наркології Академії медичних наук України реальна поширеність опіоманій в Україні становить близько 130—140 тис. хворих [2].

Хоча починаючи з 1996 року темп розвитку епідемії опіоманій зменшується [3], епідеміологічна обстановка, обумовлена поширенням залежності від опіоїдів, залишається напруженою. Це пов'язано, зокрема, із змінами у структурі популяції хворих на опіоманії. Спостерігається перехід від вживання екстрактів, які кустарно виготовляються з макової соломки, до використання синтетичних опіоїдів, таких як трамадол, декстропропоксифен та метадон [4, 5].

З перелічених хімічних сполук найбільшу загрозу становить метадон [6]. Це обумовлено, з одного боку, особливою важкістю залежності, що виникає в результаті його застосування (достатньо сказати про те, що синдром відміни метадону може тривати місяць і більше), а з іншого боку — програмою розгортання в Україні метадонових програм замісної терапії, що, як очікується, приведе до зростання кількості осіб, залежних від цього препарату.

Метадон має як спільні з іншими опіоїдами, так і специфічні властивості, наприклад, відносно тривалу дію й наявність своєрідного стимулюючого ефекту протягом наркотичного сп'яніння. Як можна очікувати, особливості фармакологічної дії метадону мають супроводжуватися специфічною структурою психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання цієї психоактивної речовини, насамперед, — специфікою патологічного потягу до неї. Із клініки психічних захворювань іншого генеза відомо, що адекватне урахування структури психічних і поведінкових розладів під час вибору терапевтичної тактики, безумовно, сприяє підвищенню ефективності лікування.

Тому метою цієї роботи стало дослідження особливостей патологічного потягу до опіоїдів (ППО) у хворих, залежних від метадону, у порівнянні із хворими, залежними від героїну.

Усього було обстежено 124 особи (чоловіки), залежних від опіоїдів (шифр діагнозу F 11.2 за МКХ-10), у тому числі 63 особи, що вживали героїн (I група порівняння) і 61 особа, що вживали метадон (II група порівняння). Особи, що вживали героїн, використовували «вуличний» препарат, який містив у собі, окрім «цільової» субстанції, різні домішки: анальгін, фармацевтичну білу глину, цукрову пудру тощо. Середня добова доза

«вуличного» героїну в хворих на момент госпіталізації складала $2,41 \pm 0,12$ г (min — 1 г, max — 6 г), типова частота наркотизації була 1—3 ін'єкції на добу. Точна концентрація субстанції героїну в його «вуличному» препараті не встановлювалася. Особи, що вживали метадон, використовували його офіційний розчин для перорального застосування концентрацією 10 мг в 1 мл. Середня добова доза в хворих на момент госпіталізації складала $9,66 \pm 0,59$ мл 1,0 % розчину метадону гідрохлориду (min — 3 мл, max — 25 мл), при типовій частоті наркотизації — 1 раз на добу. В усіх обстежених хворих були наявні облігатні ознаки наркотичної залежності: усвідомлений ППО; зростання толерантності; сформований синдром відміни; наявність соматичних ускладнень (у компенсованому стані); загострення преморбідних особистісних особливостей; негативні соціальні наслідки зловживання наркотиками. Середній вік на момент обстеження у хворих, залежних від героїну ($27,81 \pm 0,56$ роки), і у хворих, залежних від метадону ($26,36 \pm 0,35$ роки), достовірно не відрізнявся ($p = 0,53$). Середня загальна тривалість захворювання на момент обстеження у хворих, що вживали героїн ($7,75 \pm 0,44$ роки), і у хворих, що вживали метадон ($6,60 \pm 0,28$ роки), також вірогідно не відрізнялась ($p = 0,74$). Так само вірогідно не відрізнялися ($p = 0,96$) середні тривалості останнього періоду безперервної наркотизації на момент обстеження у хворих, що вживали героїн ($2,88 \pm 0,15$ роки), й у хворих, що вживали метадон ($2,83 \pm 0,13$ роки).

Оцінка стану пацієнтів на початку обстеження і протягом спостереження та лікування здійснювалась трічі: на момент госпіталізації (I дослідження); у період максимального розвитку синдрому відміни (II дослідження) і в постабстинентному стані (III дослідження). Визначення наявних психічних і поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин робилось відповідно до критеріїв міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) [7]. Кількісна оцінка структури й динаміки ППО здійснювалась за глосарієм Н. В. Чередниченко — В. Б. Альтшулера [8]. Обробку одержаних даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний, регресійний, кореляційний аналізи) на ПЕОМ за допомогою програм SPSS та "Excel" з пакету "Microsoft Office 2003" [9, 10].

Результати досліджень динаміки патологічного потягу до опіоїдів (з оцінкою окремих його компонентів) протягом курсу детоксикації у хворих, залежних від героїну, і хворих, залежних від метадону, що були виконані за допомогою глосарію Чередниченко — Альтшулера (табл. 1) свідчать, що разом із спільними рисами динаміка ППО протягом курсу детоксикації у хворих, залежних від героїну, істотно відрізняється від відповідної динаміки ППО у хворих, залежних від метадону.

Так, наприклад, під час першого дослідження (на момент госпіталізації) афективний компонент ППО у хворих обох груп істотно не відрізнявся один від одного. Однак, вже на етапі розгорнутого синдрому відміни (друге дослідження) виявилось, що вираженість субдепресії у хворих, залежних від метадону, в 2,32 рази більше (при $p < 0,05$) ніж у хворих, залежних від героїну ($3,02 \pm 0,20$ бали і $1,30 \pm 0,19$ бали відповідно), а рівень емоційної лабільності, навпаки, в 3,33 рази менше (при $p < 0,05$), ніж у хворих, залежних від героїну ($0,21 \pm 0,05$ бали і $0,70 \pm 0,12$ бали відповідно).

Так само на етапі купірованого синдрому відміни (третє дослідження) виявилось, що вираженість тривоги у хворих, залежних від метадону, майже в 1,84 рази

більше (при $p < 0,05$), ніж у хворих, залежних від героїну ($3,66 \pm 0,49$ бали і $1,98 \pm 0,17$ бали відповідно), а рівень емоційної лабільності (як і на етапі розгорнутого синдрому відміни) в 2,71 рази менше (при $p < 0,05$), ніж у хворих, залежних від героїну ($0,31 \pm 0,06$ бали і $0,84 \pm 0,18$ бали відповідно). Усе це призвело до того, що вираженість афективного компонента у цілому (див. табл. 1) у хворих, залежних від метадону, виявилась вищою, ніж у хворих, залежних від героїну: на етапі розгорнутого синдрому відміни на 20,48 %, при $p < 0,05$ ($8,59 \pm 0,33$ балів і $7,13 \pm 0,52$ балів відповідно) і на етапі купірованого синдрому відміни — на 40,09 % при $p < 0,05$ ($8,56 \pm 0,68$ балів і $6,11 \pm 0,62$ балів відповідно).

На відміну від афективного компонента, вегетативний компонент ППО (див. табл. 1) у хворих, що належали до різних груп порівняння, відрізнявся вже на етапі госпіталізації (перше дослідження). Його вираженість у хворих, залежних від метадону, була в 1,40 рази меншою, при $p < 0,05$, ніж у хворих, залежних від героїну ($1,85 \pm 0,15$ бали і $2,59 \pm 0,17$ бали відповідно). Ці відмінності у вираженості вегетативного компонента пов'язані із тим, що у хворих, залежних від метадону, істотно менш виражені, ніж у хворих, залежних від героїну, наркотичні сновидіння ($1,29 \pm 0,13$ бали проти $0,75 \pm 0,08$ при $p < 0,05$), а також зміни апетиту ($1,00 \pm 0,00$ бал проти $0,80 \pm 0,05$ при $p < 0,05$). На етапі розгорнутого синдрому відміни (друге дослідження) вихідні різниці поміж хворими з різних груп порівняння за показниками вираженості вегетативного компонента ППО нівелиювалися (див. табл. 1). Спостерігалось лише дещо більша (в 1,43 рази при $p < 0,05$) вираженість мімічних реакцій у хворих, залежних від метадону, у порівнянні із хворими, залежними від героїну ($0,93 \pm 0,07$ бали проти $0,65 \pm 0,06$ бали відповідно). Найбільш істотні відмінності у вираженості вегетативного компонента у цілому та окремих його складових спостерігались на етапі купірованого синдрому відміни (третє дослідження). На цьому етапі у хворих, залежних від метадону, були істотно (в 1,56 рази при $p < 0,05$) більш виражені (ніж у хворих, залежних від героїну) наркотичні сновидіння ($2,62 \pm 0,27$ бали проти $1,68 \pm 0,17$), а також зміни апетиту — в 1,67 рази при $p < 0,05$ ($1,95 \pm 0,14$ бали проти $1,17 \pm 0,09$ бали відповідно). Що стосується вираженості мімічних реакцій, то вона, навпаки, у хворих, залежних від метадону, була істотно меншою (в 1,54 рази при $p < 0,05$), ніж у хворих, залежних від героїну ($0,54 \pm 0,06$ бали проти $0,83 \pm 0,09$ бали відповідно). Однак, незважаючи на протилежне (щодо інших складових вегетативного компонента) співвідношення вираженості мімічних реакцій, вираженість вегетативного компонента патологічного потягу до опіоїдів у цілому у хворих, залежних від метадону, наприкінці детоксикації була значно вищою (в 1,39 рази при $p < 0,05$), ніж у хворих, залежних від героїну ($5,11 \pm 0,36$ балів проти $3,68 \pm 0,16$ балів відповідно).

Серед інших компонентів ППО динаміка ідеаторного компонента постає найбільш парадоксальною (див. табл. 1). Справа в тому, що окремі його складові розвиваються у протилежних напрямках: вираженість складової, що відображає ставлення пацієнта до наркотиків невпинно зростає, а вираженість складової, що відображає ставлення до хвороби, так само невпинно зменшується. Слід відмітити, що складова, яка відображає ставлення пацієнта до наркотиків на етапі госпіталізації (перше дослідження) у хворих, залежних від метадону, виражена достовірно менше (в 1,90 рази при $p < 0,05$),

Таблиця 1

Динаміка ППО протягом детоксикації

Компоненти ППО та їхні складові		Середні значення ¹⁾ результатів квантифікації, бали ($M \pm m$)		
		I дослідження	II дослідження	III дослідження
Хворі, залежні від героїну				
Афективний	— субдепресивний стан	2,33 $\pm$ 0,19	1,30 $\pm$ 0,19 ²⁾	1,59 $\pm$ 0,22 ²⁾
	— тривога	2,56 $\pm$ 0,17	2,46 $\pm$ 0,20	1,98 $\pm$ 0,17 ²⁾
	— емоційна лабільність	0,35 $\pm$ 0,08	0,70 $\pm$ 0,12 ²⁾	0,84 $\pm$ 0,18 ²⁾
	— дисфорія	1,84 $\pm$ 0,21	2,67 $\pm$ 0,17 ²⁾	1,70 $\pm$ 0,19 ³⁾
	— цілком	7,08 $\pm$ 0,55	7,13 $\pm$ 0,52	6,11 $\pm$ 0,62
Вегетативний	— наркотичні сновидіння	1,29 $\pm$ 0,13	0,98 $\pm$ 0,19	1,68 $\pm$ 0,17 ³⁾
	— мімічні реакції	0,30 $\pm$ 0,06	0,65 $\pm$ 0,06 ²⁾	0,83 $\pm$ 0,09 ²⁾
	— зміни апетиту	1,00 $\pm$ 0,00	1,63 $\pm$ 0,13 ²⁾	1,17 $\pm$ 0,09 ³⁾
	— цілком	2,59 $\pm$ 0,17	3,27 $\pm$ 0,31	3,68 $\pm$ 0,16 ²⁾
Ідеаторний	— відношення до наркотиків	0,38 $\pm$ 0,06	0,44 $\pm$ 0,07	0,62 $\pm$ 0,10
	— відношення до хвороби та лікування	0,38 $\pm$ 0,09	0,38 $\pm$ 0,09	0,32 $\pm$ 0,09
	— цілком	0,76 $\pm$ 0,14	0,83 $\pm$ 0,09	0,94 $\pm$ 0,14
Поведінковий		0,24 $\pm$ 0,05	0,32 $\pm$ 0,06	0,49 $\pm$ 0,06 ²⁾
Разом		10,67 $\pm$ 0,68	11,54 $\pm$ 0,84	11,22 $\pm$ 0,91
Хворі, залежні від метадону				
Афективний	— субдепресивний стан	2,13 $\pm$ 0,21	3,02 $\pm$ 0,20 ²⁾⁴⁾	2,05 $\pm$ 0,16 ³⁾
	— тривога	2,02 $\pm$ 0,20	3,02 $\pm$ 0,18 ²⁾	3,66 $\pm$ 0,49 ²⁾⁴⁾
	— емоційна лабільність	0,31 $\pm$ 0,08	0,21 $\pm$ 0,05 ⁴⁾	0,31 $\pm$ 0,06 ⁴⁾
	— дисфорія	1,57 $\pm$ 0,13	2,34 $\pm$ 0,23 ²⁾	2,54 $\pm$ 0,37 ²⁾
	— цілком	6,03 $\pm$ 0,54	8,59 $\pm$ 0,33 ²⁾⁴⁾	8,56 $\pm$ 0,68 ²⁾⁴⁾
Вегетативний	— наркотичні сновидіння	0,75 $\pm$ 0,08 ⁴⁾	1,08 $\pm$ 0,14	2,62 $\pm$ 0,27 ²⁾³⁾⁴⁾
	— мімічні реакції	0,30 $\pm$ 0,06	0,93 $\pm$ 0,07 ²⁾⁴⁾	0,54 $\pm$ 0,06 ²⁾³⁾⁴⁾
	— зміни апетиту	0,80 $\pm$ 0,05 ⁴⁾	1,25 $\pm$ 0,12 ²⁾	1,95 $\pm$ 0,14 ²⁾³⁾⁴⁾
	— цілком	1,85 $\pm$ 0,15 ⁴⁾	3,26 $\pm$ 0,17 ²⁾	5,11 $\pm$ 0,36 ²⁾³⁾⁴⁾
Ідеаторний	— відношення до наркотиків	0,20 $\pm$ 0,05 ⁴⁾	0,52 $\pm$ 0,07 ²⁾	1,26 $\pm$ 0,13 ²⁾³⁾⁴⁾
	— відношення до хвороби та лікування	0,08 $\pm$ 0,05 ⁴⁾	0,15 $\pm$ 0,05 ⁴⁾	0,00 $\pm$ 0,00 ³⁾⁴⁾
	— цілком	0,28 $\pm$ 0,08 ⁴⁾	0,67 $\pm$ 0,10 ²⁾	1,26 $\pm$ 0,13 ²⁾³⁾
Поведінковий		0,20 $\pm$ 0,05	0,34 $\pm$ 0,06	0,64 $\pm$ 0,06 ²⁾³⁾
Разом		8,36 $\pm$ 0,71 ⁴⁾	12,87 $\pm$ 0,50 ²⁾	15,57 $\pm$ 0,83 ²⁾³⁾⁴⁾

Примітки: ¹⁾ — середні значення подано у форматі « $M \pm m$ »; ²⁾ — різниця з першим дослідженням вірогідна ($p < 0,05$); ³⁾ — різниця з другим дослідженням вірогідна ($p < 0,05$); ⁴⁾ — різниця з хворими, що вживали героїн, вірогідна ($p < 0,05$)

ніж у хворих, залежних від героїну (0,20 $\pm$ 0,05 балів проти 0,38 $\pm$ 0,06 балів відповідно). Так само ж на етапі госпіталізації (перше дослідження) складова, яка відображає ставлення пацієнта до хвороби у хворих, залежних від метадону, виражена значно менше (в 4,75 рази при $p < 0,05$), ніж у хворих, залежних від героїну (0,08 $\pm$ 0,05 балів проти 0,38 $\pm$ 0,09 балів відповідно). Не дивно, що вираженість ідеаторного компонента у цілому під час першого дослідження у хворих, залежних від метадону, також була виражена значно менше (в 2,71 рази при $p < 0,05$), ніж у хворих, залежних від героїну (0,28 $\pm$ 0,08 балів проти 0,76 $\pm$ 0,14 балів відповідно). У свою чергу, складова, яка відображає ставлення пацієнта до наркотиків, на етапі розгорнутого синдрому відміни (друге дослідження) не має достовірних відмінностей у хворих, залежних від метадону, від відповідної складової у хворих, залежних від героїну. На відміну

від цього, складова, яка відображає ставлення пацієнта до хвороби у хворих, залежних від метадону, на етапі розгорнутого синдрому відміни (друге дослідження) виражена значно менше (в 2,53 рази при $p < 0,05$), ніж у хворих, залежних від героїну (0,15 $\pm$ 0,05 балів проти 0,38 $\pm$ 0,09 балів відповідно). В результаті, вираженість ідеаторного компонента у цілому під час другого дослідження у хворих, залежних від метадону, істотно не відрізнялась від відповідного показника хворих, залежних від героїну. На етапі купірованого синдрому відміни (третє дослідження), складова, яка відображає ставлення пацієнта до наркотиків у хворих, залежних від метадону, була достовірно більше (в 2,03 рази при $p < 0,05$), ніж у хворих, залежних від героїну (1,26 $\pm$ 0,13 балів проти 0,62 $\pm$ 0,10 балів відповідно). Складова, яка відображає ставлення пацієнта до хвороби у хворих, залежних від метадону, на етапі

купірованого синдрому відміни (третє дослідження) була відсутня, а у хворих, залежних від героїну, добре виражена ($0,32 \pm 0,09$ балів при $p < 0,05$). У результаті вираженість ідеаторного компонента у цілому під час третього дослідження у хворих, залежних від метадону, істотно не відрізнялась від відповідного показника у хворих, залежних від героїну.

Поведінковий компонент ППО у хворих, залежних від метадону практично не відрізнявся від аналогічного компонента у хворих, залежних від героїну.

Аналізуючи динаміку ППО у цілому, слід сказати, що його рівень на етапі госпіталізації у хворих, залежних від метадону, був в 1,26 рази більше (при $p < 0,05$), ніж у хворих, залежних від героїну ($8,36 \pm 0,71$ балів і $10,67 \pm 0,68$ балів відповідно); на етапі розгорнутого синдрому відміни цей показник ставав рівним в обох групах порівняння ($12,87 \pm 0,50$ балів і $11,54 \pm 0,84$ балів відповідно), а на етапі купірованого синдрому відміни у хворих, залежних від метадону починав достовірно (в 1,39 рази при $p < 0,05$) перевищувати відповідний показник у хворих, залежних від героїну ($15,57 \pm 0,83$ балів і $11,22 \pm 0,91$ балів відповідно).

Підводячи підсумки аналізу динаміки ППО, слід сказати, що протягом періоду детоксикації в групі хворих, залежних від героїну, його рівень залишався практично незмінним (відмінності поміж I, II та III дослідженнями недостовірні, $p > 0,05$), у той час як в групі хворих, залежних від метадону, цей показник невпинно і достовірно ($p < 0,05$) зростає: I дослідження — $8,36 \pm 0,71$ балів, II дослідження — $12,87 \pm 0,50$ балів і III дослідження — $15,57 \pm 0,83$ балів (див. табл. 1). Постає цілком імовірним, що цей феномен є простим наслідком більшої тривалості синдрому відміни метадону у порівнянні із синдромом відміни героїну. Однак не можна виключити впливу і психологічних механізмів. Хворі (громадяни інших країн), які одержували метадон у межах відповідних програм замісної терапії, відчувають більшу тривогу щодо

наслідків припинення вживання звичної, «офіційної» психоактивної речовини у порівнянні із тими хворими, що мали справу лише з «вуличними» наркотиками.

Компонентний аналіз ППО створює необхідні передумови для дослідження його внутрішньої структури, а також її динаміки протягом лікування з метою оптимізації терапевтичних заходів. Динаміка зміни внутрішньої структури ППО, кореляційних зв'язків поміж його окремими компонентами протягом курсу детоксикації у хворих, залежних від героїну, і у хворих, залежних від метадону (табл. 2) свідчить, що вихідна кореляційна структура ППО у хворих, залежних від героїну, істотно відрізнялась від відповідної структури у хворих, залежних від метадону. Так, на момент госпіталізації у хворих, залежних від героїну, існували достовірні кореляційні зв'язки поміж ідеаторним компонентом, з одного боку, і афективним ($r = 0,38$ при $p < 0,05$) та поведінковим ($r = 0,66$ при $p < 0,05$) компонентами ППО, з іншого боку. На відміну від цього, у хворих, залежних від метадону, ідеаторний компонент позитивно корелював лише із вегетативним компонентом ППО ($r = 0,66$ при $p < 0,05$). При цьому даній категорії хворих були притаманні достовірні кореляційні зв'язки поміж афективним компонентом із вегетативним ($r = 0,61$ при $p < 0,05$) та поведінковим ($r = 0,71$ при $p < 0,05$) компонентами ППО (див. табл. 2).

При цьому даній групі хворих були притаманні достовірні кореляційні зв'язки поміж афективним компонентом із вегетативним ($r = 0,61$ при $p < 0,05$) та поведінковим ($r = 0,71$ при $p < 0,05$) компонентами ППО. Вказані відмінності в значному ступені пояснюються тим, що тривалість дії метадону значно більше тривалості дії героїну, внаслідок чого на момент першого обстеження певна кількість хворих, залежних від метадону, ще перебували в стані опіоїдної інтоксикації. Цей висновок підкріплюється ще й тим, що у подальшому (на етапі розгорнутого й, особливо, на етапі купірованого синдрому відміни) кореляційні зв'язки поміж компонентами ППО

Таблиця 2

Динаміка внутрішньої структури ППО протягом курсу детоксикації у хворих, залежних від героїну, і у хворих, залежних від метадону

Компоненти ППО	Коефіцієнти кореляції поміж компонентами ППО							
	Хворі, що вживали героїн (n = 63)				Хворі, що вживали метадон (n = 61)			
	Афективний	Вегетативний	Ідеаторний	Поведінковий	Афективний	Вегетативний	Ідеаторний	Поведінковий
I дослідження (момент початку курсу детоксикації)								
Афективний	1,00				1,00			
Вегетативний	0,19	1,00			0,61	1,00		
Ідеаторний	0,38	0,12	1,00		0,25	0,66	1,00	
Поведінковий	-0,25	0,01	0,66	1,00	0,71	0,30	0,29	1,00
II дослідження (розгорнутий синдром відміни)								
Афективний	1,00				1,00			
Вегетативний	0,83	1,00			0,19	1,00		
Ідеаторний	0,42	0,24	1,00		0,52	0,35	1,00	
Поведінковий	0,14	0,28	0,31	1,00	0,51	0,48	0,79	1,00
III дослідження (купірований синдром відміни)								
Афективний	1,00				1,00			
Вегетативний	0,88	1,00			-0,05	1,00		
Ідеаторний	0,54	0,59	1,00		-0,19	0,83	1,00	
Поведінковий	0,73	0,54	0,54	1,00	0,29	0,62	0,61	1,00

Примітки: ¹⁾ — достовірні (як «+», так і «-») коефіцієнти кореляції Спірмена ($p < 0,05$) в таблиці виділено **жирним шрифтом**

в групах порівняння, про які йдеться, стають більш схожими поміж собою.

На етапі розгорнутого синдрому відміни у хворих, залежних від героїну, зв'язок поміж ідеаторним і поведінковим компонентами ППО істотно слабшав (хоча і залишався достовірно позитивним, $r = 0,31$ при $p < 0,05$), при цьому з'являвся міцний зв'язок поміж афективним та вегетативним компонентами ($r = 0,83$ при $p < 0,05$), що відображало потужну залежність емоційного стану хворого від соматовегетативних проявів синдрому відміни. Цікаво, що у хворих, залежних від метадону, зв'язок поміж афективним та вегетативним компонентами (який існував на етапі початку лікування), на етапі розгорнутого синдрому відміни зменшувався настільки, що переставав бути статистично значущим. При цьому до зв'язку поміж поведінковим і афективним компонентами додавалися зв'язки поміж поведінковим компонентом, з одного боку, і вегетативним ($r = 0,48$ при $p < 0,05$) та ідеаторним ($r = 0,79$ при $p < 0,05$) компонентами ППО з іншого.

На етапі купірованого синдрому відміни відбувалось збільшення ступеня інтеграції всіх компонентів ППО у хворих, залежних від героїну, і зменшення цього показника у хворих, залежних від метадону. Відмінною рисою останніх була практично повна незалежність афективного компонента від усіх інших компонентів ППО: вегетативного, ідеаторного та поведінкового на цьому етапі детоксикації. Слід зазначити, що менша інтегрованість різних компонентів ППО у хворих, залежних від метадону, на етапі купірованого синдрому відміни (у порівнянні із хворими залежними від героїну) і, насамперед, незалежність афективного компонента від інших має наслідком те, що психічний стан хворих, залежних від метадону, в ранньому постабстинентному періоді є менш стабільним, менш соматично детермінованим, ніж у хворих, залежних від героїну. Це, в свою чергу, може бути однією із причин того, що позбавитись залежності від метадону важче, ніж залежності від героїну.

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

1. У групі хворих, залежних від героїну, рівень вираженості патологічного потягу до опіоїдів залишається практично незмінним (відмінності поміж результатами досліджень недостовірні ($p > 0,05$): I дослідження — $10,67 \pm 0,68$ балів, II дослідження — $11,54 \pm 0,84$ балів і III дослідження — $11,22 \pm 0,91$ балів), у той час як в групі хворих, залежних від метадону, цей показник невинно і достовірно ($p < 0,05$) зростає: I дослідження — $8,36 \pm 0,71$ балів, II дослідження — $12,87 \pm 0,50$ балів і III дослідження — $15,57 \pm 0,83$ балів.

2. Протягом курсу детоксикації в групі хворих, залежних від героїну, невинно збільшується ступінь інтеграції всіх компонентів патологічного потягу до опіоїдів, що проявляється зростанням кількості достовірних ($p < 0,05$) кореляційних зв'язків поміж ними (2, 3 і 6 зв'язків під час I, II і III досліджень відповідно), а в групі хворих, залежних від метадону, ступінь зазначеної інтеграції зростає до моменту максимально розгорнутого синдрому відміни після чого зменшується (3, 5 і 3 зв'язків під час I, II і III досліджень відповідно), при цьому афективний компонент набуває незалежності від інших компонентів патологічного потягу до опіоїдів, що, як можна припустити, робить усю структуру патологічного потягу до опіоїдів менш детермінованою і, відповідно, більш непередбачуваною.

3. Більший ступінь вираженості і хаотичності патологічного потягу до опіоїдів наприкінці курсу детоксикації у хворих, залежних від метадону, дозволяють прогнозувати в них вищий ризик розвитку рецидивів наркотизації протягом постабстинентного періоду (порівняно з хворими, залежними від героїну).

Список літератури

1. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2006 рік: Збірник МОЗ. — К., 2007.
2. Лінський І. В., Голубчиков М. В., Мінко О. І. та співавт. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні // Аналітичний огляд. Вип. II — Х., 2005. — 32 с.
3. Лінський І. В., Голубчиков М. В., Мінко О. І. та співавт. Актуальні тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні // Аналітичний огляд. Вип. III — Х., 2006. — 46 с.
4. Кузьминов В. Н. Эпидемиологическая ситуация распространения наркоманий в Украине и Харьковском регионе. В кн.: Молодёжь и наркотики (социология наркотизма) / Под ред. В. А. Соболева, И. П. Рущенко. — Харьков: Торсинг, 2000. — С. 159—193.
5. Кузьминов В. Н., Линский И. В., Назарчук А. Г. и др. Особенности зависимости от опиатов при злоупотреблении трамadolом // Укр. вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, вип. 4(29). — С. 27—28.
6. Первомайский Э. Б., Линский И. В. Метадон: за и против // Там само. — 1998. — Т. 6, вип. 3(18). — С. 9—12.
7. Чуркин А. А., Мартюшов А. Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. — М.: Триада-Х, 2002. — 232 с.
8. Чердынченко Н. В., Альшулер В. Б. Количественная оценка структуры и динамики патологического влечения к алкоголю у больных алкоголизмом // Вопросы наркологии. — № 3—4, 1992. — С. 14—17.
9. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. — Киев: Моріон, 2000. — 320 с.
10. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. — М.: Медицина, 1978. — 294 с.

Надійшла до редакції 26.11.2007 р.

Д. Н. Корошніченко
Сравнительная характеристика патологического влечения к опиоидам у больных, зависимых от героина, и больных, зависимых от метадона
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины» (г. Харьков)

Представлена сравнительная характеристика патологического влечения к опиоидам (ПВО) у больных, зависимых от героина, и больных, зависимых от метадона. Установлено, что в группе больных, зависимых от героина, интенсивность ППО остается практически неизменной во время детоксикации при одновременном увеличении степени интеграции всех его компонентов. В отличие от этого, в группе больных, зависимых от метадона, интенсивность ПВО неустанно возрастает на фоне колебаний степени интеграции его компонентов. Сделан вывод о том, что высокая интенсивность и хаотичность ПВО в конце курса детоксикации у больных, зависимых от метадона, может быть причиной повышенного риска развития рецидивов наркотизации на протяжении постабстинентного периода.

D. N. Koroshnichenko
The comparative characteristic of the pathological craving to opioids in patients dependent on heroin and patients dependent on methadone
 "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" SI (Kharkiv)

The comparative characteristic of a pathological craving to opioids (PCO) at patients dependent on heroin and patients dependent on methadone is submitted. It is established, that in group of the patients dependent on heroin, intensity of PCO remains practically constant during detoxication course with simultaneous increase of integration's degree of a of its components. As against it, in group of the patients dependent on methadone intensity of PCO indefatigably grows on a background of fluctuations of integration's degree of its components. It is made conclusion that high intensity and a randomness of PCO at the end of detoxication course in patients dependent on methadone can cause the increased risk of drug intake's relapses during post-withdrawal period.

Д. С. Лебедев, М. Ю. Игнатов

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины (г. Киев)

К ВОПРОСУ ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ И ПЕРЕНОСИМОСТИ ПРЕПАРАТА КОЛМЕ, КАПЛИ ДЛЯ ПЕРОРАЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ПРОИЗВОДСТВА «ИПСЕН ФАРМА С.А., ИСПАНИЯ»

Лечение алкоголизма блокаторами метаболизма этанола (сенситизирующая, аверсивная терапия) всегда широко практиковалось в отечественной наркологии. Сенситизирующими к алкоголю свойствами обладают цианамид, препараты дисульфирама, метронидазол, фуразолидон, никотиновая кислота и некоторые другие вещества. Все они формируют физическую непереносимость алкоголя, связанную с нарушением его метаболизма и накоплением в крови токсичных продуктов распада этанола, преимущественно ацетальдегида [1, 2, 3].

К числу немногих препаратов с доказанной эффективностью при лечении алкогольной зависимости относится цианамид (карбимид кальция) [1]. Цианамид выпускается в виде оригинального препарата КОЛМЕ, капли для перорального применения, производства «Ипсен Фарма С.А., Испания». Препарат содержит цианамид в виде 6 % раствора в ампулах по 15 мл, не имеет вкуса, цвета и запаха.

КОЛМЕ блокирует метаболизм ацетальдегида и повышает его содержание в крови. При алкоголизации на фоне лечения КОЛМЕ возникает кратковременная интоксикация с выраженными неприятными физическими и психическими нарушениями (покраснение лица и шеи, сердцебиение, тошнота, слабость, одышка, боль в груди и другие вегетативные проявления, страх, тревога), эйфорические переживания отсутствуют. Такая реакция вызывает условно-рефлекторное отвращение к алкоголю.

КОЛМЕ ингибирует ацетальдегиддегидрогеназу, но нейтрален по отношению к другим ферментам. По этой причине он отличается более низкой по сравнению с дисульфирамом собственной токсичностью. Кроме того, важным является отсутствие резкого падения артериального давления при реакциях с алкоголем. Препарат хорошо переносится, используется для противорецидивного лечения алкогольной зависимости. КОЛМЕ назначается 36—75 мг (12—25) капель, 2 раза в сутки, с интервалом 12 часов. Побочные действия возникают редко, среди них описаны утомляемость, сонливость, кожные высыпания, шум в ушах, транзиторный лейкоцитоз. К противопоказаниям относятся тяжелые сердечные заболевания, легочная, печеночная и почечная недостаточность, беременность, лактация, повышенная индивидуальная чувствительность к препарату.

Лечение препаратом КОЛМЕ можно начинать только после 12 часов после последнего употребления алкоголя. С осторожностью применяют препарат в случаях, когда реакция на одновременный прием с алкоголем может привести к риску для здоровья пациента: при гипертиреозе, сахарном диабете, эпилепсии, сердечно-сосудистых, почечных заболеваниях. При длительном приеме рекомендуется контролировать функцию щитовидной железы один раз в полгода.

Необходимо избегать назначения КОЛМЕ с метронидазолом, изониазидом, фенитоином и другими ингибиторами ацетальдегиддегидрогеназы, которые могут усилить реакцию с алкоголем. После приема ди-

сультула перед применением КОЛМЕ перерыв должен составлять не менее 10 суток. КОЛМЕ несовместим с препаратами альдегидной группы (с паральдегидом и производными хлорала).

В Украине препарат зарегистрирован недавно и практика его применения еще недостаточна. Целью настоящей работы была оценка эффективности и переносимости препарата КОЛМЕ для противорецидивного лечения алкогольной зависимости.

Данное клиническое исследование проводилось как открытое, сравнительное, параллельное. Сравнялось традиционное, «стандартное» поддерживающее медикаментозное лечение алкогольной зависимости и такое же лечение с включением препарата КОЛМЕ.

Материал исследования составили 65 амбулаторных пациентов с диагнозом «синдром зависимости вследствие употребления алкоголя» (F 10.20). В терминах традиционной отечественной наркологии больные наблюдались на этапе стабилизации психофизического состояния и формирования ремиссии. Все пациенты были мужского пола, в возрасте от 28 до 58 лет.

Все испытуемые случайным образом были распределены на две группы — основную (30 чел.) и контрольную (35 чел.). В табл. 1 приведено распределение пациентов по возрасту, массе тела, длительности заболевания алкогольной зависимостью, из которого следует, что по этим показателям группы были однородными.

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту, массе тела и длительности заболевания

Показатели	Группы	
	КОЛМЕ	Стандартная терапия
Количество больных в группе	30	35
Средний возраст, лет	39,3±2,2	41,6±2,9
Масса тела, кг	77,3±4,0	78,4±4,8
Длительность заболевания, лет	9,6±3,2	10,2±5,7

Примечание: межгрупповые различия по каждому показателю недостоверны ($p > 0,05$)

Продолжительность лечения и наблюдения в обеих группах составила 90 дней.

Пациенты контрольной группы получали стандартное противорецидивное лечение, включавшее прием 200 мг/сут карбамазепина в течение всего периода наблюдения, ноотропы, а также антидепрессанты и «малые» нейролептики в средних дозировках — симптоматически, по показаниям.

Пациенты основной группы принимали стандартную терапию и препарат Колме. Препарат назначали внутрь, после еды, в дозе 12 капель (36 мг) — 25 капель (75 мг) дважды в день. Первые 30 дней препарат назначался 2 раза в день, в последующем — 1 раз в день. Всего курс приема КОЛМЕ составил 90 дней.

Использовали следующие методы оценки. Клинический: оценка общего состояния с регистрацией АД и ЧСС; опрос и выявление жалоб и возможных побочных реакций; оценка психопатологической и соматовегетативной симптоматики. Количественная регистрация выраженности симптомов производилась по следующей шкале: 0 — отсутствие признака; 1 — слабая степень выраженности; 2 — умеренная степень выраженности; 3 — значительная степень выраженности. Психометрические шкалы: методика САН (самочувствие, активность, настроение); шкала реактивной и личностной тревожности Спилберга — Ханина. Также выполнялись электроэнцефалография с топографическим картированием; общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови.

Оценку эффективности производили на основании динамики всех изучаемых показателей, но заключительную оценку эффективности терапии производили по критерию сохранения трезвости, согласно следующей шкале: высокая эффективность — полное воздержание от алкоголя в период исследования; умеренная эффективность — не более двух эпизодических «срывов» (однократных алкоголизаций) в период исследования; низкая эффективность — более двух эпизодических «срывов» в период исследования и/или рецидив алкогольной зависимости (восстановление систематического ритма пьянства) и/или выход из исследования.

Клиническая картина заболевания у пациентов основной и контрольной групп была сходной и характеризовала состояние после купирования состояния отмены алкоголя и становления ремиссии. В начале исследования больные предъявляли жалобы на слабость, утомляемость, раздражительность, тревогу,

тоску, чувство вины, влечение к алкоголю. Эти нарушения к окончанию периода наблюдения подверглись практически полной редукции за исключением патологического влечения к алкоголю, которое периодически актуализировалось.

Соматовегетативные и неврологические нарушения в начале исследования имели характер остаточных явлений состояния отмены алкоголя и включали слабость, гипертензию, тахикардию, тремор, разнообразные неприятные ощущения со стороны сердечно-сосудистой и пищеварительной систем. К концу исследования эти нарушения в основном редуцировались, а сохранившаяся симптоматика приобрела характер незначительно выраженных общеневротических нарушений. Распределение больных по степени выраженности симптоматики в динамике приводится в табл. 2.

Максимальную положительную динамику продемонстрировали симптомы, наиболее патогенетически связанные с интоксикацией продуктами метаболизма алкоголя. Более устойчивыми оказались диссомнические нарушения, раздражительность и слабость. В основной группе к концу периода наблюдения сохранялись слабость у 3 больных (10 %), легкие расстройства сна — у 6 пациентов (20 %), раздражительность — у 3 (10 %) больных. В группе стандартного лечения отмечено — 2 (5,7 %), 4 (11,4 %) и 5 (14 %) случаев соответственно.

К концу исследования легкий тремор сохранялся у 3 (10 %) пациентов основной группы и у четырех — контрольной (11 %), что объясняется, вероятно, его органическим, а не функциональным характером.

Таким образом, имевшаяся симптоматика может быть определена как неврозоподобная или невротическая, не имеющая самостоятельного значения.

Таблица 2

Влияние терапии с препаратом Колме и традиционного лечения на распределение пациентов с алкогольной зависимостью по степени выраженности симптоматики в динамике

Симптомы	Дни исследования	Распределение числа больных по степени выраженности признака, баллы							
		КОЛМЕ (n = 30)				Стандартная терапия (n = 35)			
		0	1	2	3	0	1	2	3
Тремор	1	24	6	0	0	27	8	0	0
	90	27	3	0	0	31	4	0	0
Потливость	1	20	8	2	0	21	6	6	2
	90	30	0	0	0	32	3	0	0
Тахикардия	1	26	4	0	0	29	6	0	0
	90	30	0	0	0	33	2	0	0
Головная боль	1	21	8	1	0	21	10	4	0
	90	30	0	0	0	35	0	0	0
Диссомния	1	12	10	8	0	11	14	10	0
	90	24	6	0	0	31	4	0	0
Слабость	1	15	9	4	2	17	12	3	3
	90	27	3	0	0	33	2	0	0
Раздражительность	1	23	0	9	3	25	0	7	3
	90	27	3	0	0	30	4	1	0
Влечение к алкоголю	1	25	0	4	1	24	2	6	2
	90	23	3	2	0	27	6	2	0
Тревога	1	23	6	1	0	26	7	0	2
	90	30	0	0	0	34	1	0	0
Снижение настроения	1	23	3	3	1	26	2	7	0
	90	30	0	0	0	35	0	0	0

Патологическое влечение к алкоголю, как стержневое расстройство, характерное для алкогольной зависимости в целом, сохраняется дольше, либо периодически актуализируется. В основной группе к концу исследования влечение к алкоголю легкой или умеренной выраженности отмечалось у 5 (17 %) пациентов, в контрольной — у 8 (23 %) больных. По всем признакам межгрупповые различия после лечения были недостоверными ($p > 0,05$).

Анализ показателей методики САН за период исследования в сравниваемых группах (табл. 3) показал положительную равномерную динамику по всем шкалам.

Обращает на себя внимание практическое отсутствие межгрупповых различий после лечения (статистически значимых не выявлено). Таким образом, субъективно пациенты оценивают эффект лечения КОЛМЕ и стандартными средствами одинаково.

Таблица 3

Средние значения показателей методики САН (в баллах)

Шкалы	Основная группа (n = 30)		Контрольная группа (n = 35)	
	до лечения	после	до лечения	после
Самочувствие	3,95 ± 0,26	5,09 ± 0,19	4,03 ± 0,21	5,38 ± 0,16
Активность	2,94 ± 0,27	5,15 ± 0,69	2,85 ± 0,32	5,16 ± 0,24
Настроение	3,35 ± 0,12	4,94 ± 0,22	3,52 ± 0,45	5,01 ± 0,38

Примечание. Все различия между группами до и после лечения недостоверны ($p > 0,05$).

В обеих сравниваемых группах, в начале исследования большинство больных имели высокие показатели реактивной тревожности по шкале Спилбергера, без достоверных межгрупповых различий (табл. 4). Ни у одного из обследованных не отмечено низкой реактивной тревожности. Такая картина закономерна для клиники состояния отмены алкоголя и периода становления ремиссии. Повышенная реактивная тревожность обусловлена не только непосредственно токсическим влиянием алкоголя, но и неуверенностью в устойчивости достигнутой трезвости, осознанием проблем, накопившихся за период пьянства и т. д.

В конце периода наблюдения в обеих группах доминировали пациенты со средним уровнем ситуативной тревожности, у трети больных зарегистрирован низкий уровень тревожности, что свидетельствует о нормализации психофизического состояния.

Таблица 4

Распределение больных по уровням реактивной тревожности в процессе исследования

Уровень реактивной тревожности	Группы			
	КОЛМЕ (n = 30)		Стандартное лечение (n = 35)	
	начало лечения	конец лечения	начало лечения	конец лечения
Низкий (< 30 баллов)	0	17	0	18
Средний (31—45 баллов)	18	13	17	17
Высокий (≥ 46 баллов)	12	0	18	0

Примечание. Межгрупповые различия по каждому показателю недостоверны ($p > 0,05$), внутригрупповые различия в начале и в конце исследования достоверны ($p < 0,05$).

По шкале Спилбергера ситуативная (реактивная) тревожность снизилась значительно, с высоких показателей (47,3 ± 8,4 баллов в основной группе и 51,2 ± 4,2 — в контрольной) до уровней, соответствующих умеренной выраженности этой эмоциональной реакции: 32,1 ± 3,3 и 36,2 ± 5,2 балла соответственно.

Изучение биохимических показателей крови исследуемых больных показало следующее. До начала лечения наблюдается значительное повышение активности АДГ, АЛТ и ГГТ у всех исследованных пациентов. Достоверные различия между группами в этот период отсутствуют. К 90-му дню лечения произошло понижение активности всех ферментов. Наиболее значительной была динамика снижения активности АДГ, как в основной группе, так и в группе сравнения (1,40 ± 0,12 и 1,42 ± 0,21 соответственно, $p > 0,05$). Снижение показателя АЛТ в основной группе по сравнению с контрольной произошло приблизительно равномерно (0,42 ± 0,12 и 0,43 ± 0,11; $p > 0,05$). К концу лечения активность АЛТ у всех больных практически соответствовала норме, без достоверных различий между группами. Активность ГГТ в обеих группах снизилась, но осталась повышенной по сравнению с нормой, межгрупповые отличия были недостоверными.

Таким образом, активность сывороточных ферментов (АДГ, АЛТ, ГГТ) в процессе терапии и в основной, и в контрольной группах демонстрировала равномерную благоприятную динамику.

Анализ электрофизиологических данных показывает, что более половины больных на этапе становления ремиссии, в начале противорецидивного лечения, характеризуются следующими особенностями биоэлектрической активности головного мозга: низкоамплитудным характером ЭЭГ, с депрессией и дезорганизацией α-ритма; превалированием во всех отведениях β-активности с тенденцией к организации «веретен»; высоким индексом билатерально-синхронной низкоамплитудной активности в θ-диапазоне частот, максимально выраженной в переднецентральных отделах мозга; увеличением индекса билатерально-синхронной медленноволновой активности с умеренным увеличением ее амплитуды при гипервентиляции.

В процессе противорецидивного лечения алкогольной зависимости как в основной, так и в контрольной группе происходит постепенная нормализация параметров биоэлектрической активности мозга в виде повышения выраженности α-ритма, уменьшения пароксизмальной билатерально-синхронной активности в центральных отведениях, уменьшения проявлений эпилептиформной активности.

К концу периода наблюдения более чем у 70 % больных основной и контрольной групп произошло приближение параметров биоэлектрической активности к норме. Имеющиеся различия между основной группой по сравнению с контролем ввиду статистической недостоверности не подлежат корректной интерпретации.

Таким образом, по показателям нормализации биоэлектрической активности головного мозга терапия с включением препарата КОЛМЕ не уступает стандартному противорецидивному лечению алкогольной зависимости.

Обобщенная оценка сравнительной эффективности терапии с включением препарата Колме и традиционной противорецидивной терапии представлена в табл. 5.

Таблиця 5

Заключительная сравнительная оценка эффективности лечения в исследуемых группах больных алкогольной зависимостью

Эффективность	высокая	умеренная	низкая
Группа больных	Количество пациентов (абс., %)		
Основная (n = 30)	25 (83,4 %)	4 (13,3 %)	1 (3,3 %)*
Контрольная (n = 35)	14 (40,0 %)	13 (37,1 %)	8 (22,9 %)*

Примечание. * — $p < 0,05$ между группами после лечения

Высокая эффективность лечения отмечена в основной группе у 25 пациентов (83,4 %), в контрольной — у 14 (40,0 %). Умеренная эффективность наблюдалась в основной группе у 4 (13,3 %), и в контрольной — у 13 пациентов (37,1 %). Все пациенты с «умеренной» эффективностью во время исследования допустили однократный «срыв» — разовую алкоголизацию небольшой дозой спиртных напитков. Статистически значимые межгрупповые различия отмечены по всем градациям эффективности в пользу основной группы.

Низкая эффективность у одного пациента из группы получавших КОЛМЕ состоит в том, что в период исследования у него отмечались три «срыва» в виде однократных употреблений небольшого количества алкогольных напитков. В контрольной группе 6 пациентов с низкой эффективностью допустили более трех эпизодических алкоголизаций, а у двоих отмечался однократный рецидив пьянства продолжительностью до четырех дней в первой половине периода наблюдения.

Нарушения режима трезвости во всех случаях наблюдались на фоне действия неблагоприятных социально-психологических факторов. Кроме того, по мере нормализации психофизического состояния, у части больных закономерно актуализируется патологическое влечение к алкоголю. Все пациенты с «умеренной» и «низкой эффективностью», несмотря на произошедшие «срывы», не выбыли из исследования, а продолжили наблюдение и лечение согласно намеченному плану, что с позиции реальной клинической практики является относительно благоприятным прогностическим фактором.

Указанные данные позволяют оценить эффективность терапии у больных основной группы как «высокую», а в группе сравнения как «умеренную». По параметру количества «срывов» эффективность терапии, включающей КОЛМЕ, значительно превосходит эффективность стандартной терапии.

В ходе оценки переносимости препарата КОЛМЕ клиническое наблюдение больных основной и контрольной групп не выявило каких-либо жалоб, неожиданных побочных реакций, осложнений или явлений непереносимости. Тахикардия, слабость и некоторые другие соматовегетативные расстройства были связаны с проявлениями центрального признака основного заболевания — патологического влечения к алкоголю. Аллергических реакций в виде сыпи, зуда кожи, крапивницы при приеме исследуемых препаратов не наблюдалось.

В процессе исследования не выявлено какого-либо негативного влияния на показатели морфологического состава периферической крови и клинического анализа мочи.

В целом, на основании субъективных жалоб пациентов и результатов объективных клинических и лабораторных исследований, переносимость препарата Колме и традиционной терапии можно оценить как хорошую у всех пациентов.

Результаты проведенного исследования позволяют сформулировать следующие выводы.

1. Препарат КОЛМЕ хорошо переносится больными. На протяжении трех месяцев лечения ни у кого из пациентов не отмечено побочных эффектов и отрицательного влияния на результаты объективных клинических и лабораторных исследований.

2. Включение в схему традиционного противорецидивного лечения препарата КОЛМЕ не оказывает негативного влияния на соматоневрологическую симптоматику за счет «избыточной фармакологической нагрузки» на организм больного.

3. КОЛМЕ не обнаружил собственного психотропного действия, в том числе по отношению к патологическому влечению к алкоголю.

4. Препарат КОЛМЕ, включенный в комплексную противорецидивную терапию пациентов с алкогольной зависимостью, достоверно повышает эффективность лечения по сравнению со стандартным лечением без узаконенного препарата.

Список литературы

1. Минко А. И., Линский И. В. Наркология. Новейший справочник. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: Изд-во Эксмо, 2004. — 736 с.
2. Энтин Г. М., Гофман А. Г., Музыченко А. П., Крылов Е. Н. Алкогольная и наркотическая зависимость (Практическое руководство для врачей). — М.: Медпрактика-М, 2002. — 328 с.
3. Лекции по наркологии / Под ред. Н. Н. Иванца. — М.: Нолидж, 2000. — 436 с.

Надійшла до редакції 12.12.2007 р.

Д. С. Лебедев, М. Ю. Ігнатів

До питання про ефективність та переносимість препарату Колме, краплі для перорального вживання виробництва «Іпсен Фарма С.А., Іспанія»

Український науково-дослідний інститут соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)

Проведено відкрите клінічне дослідження щодо оцінки безпечності та ефективності препарату КОЛМЕ в лікуванні алкогольної залежності. 65 чоловіків на протязі трьох місяців одержували стандартну медикаментозну проти рецидивну терапію. Серед них 30-ти хворим основної групи в схему лікування був включений препарат КОЛМЕ, а 35 хворих контрольної групи КОЛМЕ не приймали. Показано, що включення КОЛМЕ до стандартної терапії є безпечним та підвищує ефективність лікування.

D. S. Lebedev, M. Y. Ignatov

About the efficiency and safety of Colme preparation

Ukrainian research Institute for social, forensic Psychiatry and Narcology of Healthcare Ministry of Ukraine (Kyiv)

The open clinical research to estimate the efficiency and safety of drug Colme in alcohol dependence therapy was performed. 65 men were treated by standard medication for relapse prevention over the time of three month. 30 patients of main group received combined medication with Colme preparation. 35 patients of comparison group received standard medication. It was demonstrated, that combining Colme with standard medication is safe and it improves the cure efficiency.

Н. А. Марута, Ю. Н. ЗавалкоГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»
(г. Харьков)**КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАКОНОМЕРНОСТИ
ФОРМИРОВАНИЯ ДИСТИМИИ**

Данные Всемирной организации здравоохранения свидетельствуют о том, что в настоящее время депрессивные расстройства являются наиболее распространенными психопатологическими нарушениями. Они сопровождают практически все психические и соматические болезни и характеризуются значительным полиморфизмом клинической картины [4, 5, 6, 11].

Распространенность депрессивных расстройств в 90-е годы в странах Европы и в США составляла 5—10 %, тогда как в 60-х годах была равна 0,4—0,8 %. В настоящее время депрессивными расстройствами страдают более 110 млн человек в мире, что составляет 3—6 % от общей популяции [4, 5].

Большинство исследователей считают, что воздействие депрессии на современное общество более значительно, чем многих других хронических соматических заболеваний [1, 5]. Анализ депрессий в Европейском регионе показал, что более 16 % взрослого населения Европы в течение жизни перенесли депрессивный эпизод. Было также установлено, что для лиц, страдающих депрессией характерны высокий риск смертности, значительное ухудшение качества жизни [2, 3, 5, 7, 8, 12].

Наибольшие медико-социальные последствия обусловлены хроническими депрессиями, в частности дистимией [9, 10, 13, 15].

Дистимия является сложным клинико-психопатологическим феноменом. Являясь по определению патологией аффективного регистра и характеризуясь хронической депрессивной симптоматикой, дистимия в тоже время, по мнению ряда авторов, включает в себя депрессивный невроз, депрессивные расстройства личности и тревожные состояния [2, 3, 7, 8].

Такая психопатологическая неоднородность существенно затрудняет понимание клинической сущности данной патологии и создает предпосылки для диагностических ошибок и расхождений, затрудняет проведение этиопатогенетически обоснованной терапии [14].

В связи с вышеизложенным целью настоящего исследования явилось изучение клинико-психопатологических особенностей и патопсихологических механизмов формирования депрессивных расстройств у больных дистимией и разработка принципов терапии данного контингента больных.

Для решения поставленных задач был использован комплекс методов.

1. Клинико-психопатологический метод включал оценку жалоб, анамнеза, психического состояния больного с последующей постановкой диагноза в соответствии с критериями МКБ-10.

Использование клинико-психопатологического метода было дополнено применением психометрических методов:

- а) шкала Гамильтона для оценки депрессий (HDRS);
- б) шкала Цунга для самооценки депрессий;
- в) шкала суицидальных признаков.

2. Патопсихологические методы:

а) методика многофакторного исследования личности Р. Кэттелла;

б) оценка уровня личностной и реактивной тревожности Спилберга — Ханина;

в) тест неоконченных предложений Сакса и Леви.

3. Методы статистической обработки полученных данных.

В исследовании приняло участие 182 человека, у которых, согласно МКБ-10, была диагностирована дистимия (F 34.1).

Контрольная группа состояла из 44 психически здоровых человек и использовалась при исследовании патопсихологических механизмов формирования депрессивных расстройств у больных дистимией.

В ходе исследования установлено, что дистимия является неоднородной формой патологии, в структуре которой в соответствии с этиопатогенетическими факторами и ведущими клинико-психопатологическими проявлениями выделены три варианта: дисфорический, соматовегетативный и сенесто-ипохондрический.

Среди причинных факторов развития дистимии основными являются конституциональные (акцентуации характера), психогенные и биологические (преморбидная отягощенность органическими заболеваниями). Роль этих факторов в генезе каждого из вариантов дистимии различна.

При дисфорическом варианте ведущее значение принадлежит акцентуациям характера (астено-невротический тип — 47,8 %, лабильный — 38,1 %, циклоидный — 14,3 %), формирующим низкую стрессоустойчивость, эмоциональную напряженность и депрессивный тип реакции на внешние события.

В генезе соматовегетативного варианта дистимии ведущее место отводится психогенным факторам, которые регистрируются у 91,8 % больных, характеризуются хроническим действием и сочетанностью. Сенесто-ипохондрический вариант дистимии формируется в результате преморбидно измененной «почвы» (ранее перенесенные соматические и неврологические заболевания регистрировались у 91,1 % больных в виде острого бронхита (38,8 %), гастродуоденита (30,5 %), кардиопатий (23,6 %), нейроинфекций (12,7 %), черепно-мозговых травм (5,1 %)).

Клиническая картина дистимии характеризуется сочетанием соматовегетативных, двигательных, сенсорных и собственно психопатологических (преимущественно депрессивных) проявлений. Степень выраженности каждого вида расстройств отличается при различных вариантах дистимии.

У больных с дисфорическим вариантом доминирующей является собственно депрессивная симптоматика: мрачно-раздражительное настроение (100,0 %) с переживанием недовольства собой и окружающими (88,1 %), ощущениями безнадежности, скуки и уныния

(80,9 %), выраженной раздражительностью (90,5 %), злобным аффектом (85,7 %) и эмоциональной лабильностью (85,7 %).

При соматовегетативном варианте ведущими являются соматовегетативные проявления, выраженность которых во многом определяет остроту остальных составляющих (двигательных, чувствительных, депрессивных). Соматовегетативные проявления регистрируются в виде нарушений со стороны желудочно-кишечного тракта (91,8 %), вегетовисцеральных кризов (88,5 %), сердечно-сосудистых расстройств (72,1 %), цефалгий (57,4 %).

Основу клинических проявлений у больных с сенесто-ипохондрическим вариантом дистимии составляют сенсорные расстройства (89,9 %) и собственно психопатологические проявления (100,0 %). Первые включают наличие нарушений чувствительности (67,1 %) и психосенсорных расстройств, в т. ч. сенестопатий — (74,6 %); вторые проявляются в виде депрессивных (100,0 %), ипохондрических (100,0 %) расстройств, которые сопровождаются нарушением коммуникативных функций (67,1 %).

Анализ личностного профиля у больных дистимией показал его идентичность в группах обследованных. Различия состоят в том, что у больных с дисфорическим вариантом дистимии эти особенности были конституционально обусловлены, а у больных с соматовегетативным и сенесто-ипохондрическим вариантом — развивались под действием экзогенных факторов (психогенных, органических).

В структуре личностных черт у больных дистимией выявлена определенная противоречивость: с одной стороны — независимость характера, склонность к лидерству и доминированию, автономность в социальных поведении, оригинальность в решении задач; с другой — низкая самооценка, тревожность, неуверенность в себе, трудности в установлении социальных контактов, застенчивость в новых обстоятельствах, затруднения в принятии социальных решений. Подобное сочетание личностных особенностей предопределяло наличие у больных внутреннего конфликта, сопровождающегося низкой стрессоустойчивостью, хронический фрустрированностью и эмоциональной напряженностью.

На основании выявленных особенностей разработаны дифференцированные подходы к лечению различных вариантов дистимий:

— у больных с дисфорическим вариантом дистимии терапия направлена на коррекцию личностных акцентуаций, определяющих наличие внутреннего конфликта (используется комплекс фармако- и психотерапии, основой которого являются антидепрессанты, корректоры поведения — нейролептики, рациональная и когнитивно-бихевиоральная психотерапия);

— у больных с соматовегетативным вариантом дистимии терапия направлена на прерывание связи психогении с центрами соматовегетативной регуляции, что достигается путём применения психотерапии (групповой психотерапии и аутогенной тренировки) и фармакотерапии (вегетостабилизаторы, антидепрессанты, нейролептики);

— у больных с сенесто-ипохондрическим вариантом дистимии все лечебные мероприятия направлены на

минимизацию органической predisпозиции и снижение уровня соматогенной дезадаптации с помощью использования фармакотерапии (антидепрессанты, нейролептики, средства, влияющие на метаболизм), психотерапии (рациональная психотерапия и методы самовнушения) и немедикаментозных методов (биологическая обратная связь).

Разработанная система терапии больных дистимией характеризуется более высоким терапевтическим эффектом по сравнению с традиционно используемыми методами (выздоровление — 68,7 % и 40,4 % соответственно, значительное улучшение — 22,4 % и 11,5 %, улучшение — 7,4 % и 34,6 %, отсутствие динамики — 1,5 % и 9,7 %, ухудшение психического состояния — 3,8 % в группе больных, лечившихся по традиционным схемам).

Катамнестические исследования, проведенные в течение двух лет, свидетельствуют о стойкости достигнутого эффекта.

Список литературы

1. Александровский Ю. А. Психические расстройства в общей медицинской практике и их лечение. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. — 240 с.
2. Вертоградова О. П., Ваксман А. В. Агрессивное поведение и депрессия // Психическое здоровье и безопасность в обществе. Научные материалы первого нац. конгресса по соц. психиатрии. — Москва, 2—3 декабря 2004. — М.: ГЕОС, 2004. — С. 29—30.
3. Волошин П. В., Марута Н. О., Явдак І. О. Клініко-психопатологічна структура депресій невротичного спектру // Архів психіатрії. — 2004. — № 1(36). — С. 80—84.
4. Геддес Дж., Батлер Р., Хэтчер С. Депрессивные расстройства. В кн.: Доказательная медицина: Ежегодный практич. справочник. Вып. 3 / Пер. с англ.; Под общ. ред. С. Е. Бащинского. — М.: Медиасфера, 2004. — 687 с.
5. Доклад о состоянии здоровья в мире: 2001. — Женева: ВОЗ, 2001. — 215 с.
6. Краснов В. Н. Организационные вопросы помощи больным депрессией // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2001. — № 5. — С. 152—154.
7. Марута Н. А., Мороз В. В. Невротические депрессии (клиника, патогенез, диагностика и лечение). — Харьков: Арсис, 2002. — 144 с.
8. Мишиев В. Д. Современные формы депрессивных расстройств: клиника, диагностика, принцип медицинской реабилитации: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Харьков, 2001. — 32 с.
9. Напрєєнко О. К. Депресія та тривога в загальноомедичній практиці (соціальні, діагностичні та лікувально-профілактичні аспекти) // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2002. — № 1. — С. 7—12.
10. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352 с.
11. Табачников С. І. Актуальні проблеми психічного здоров'я населення України // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. — 2007. — № 1. — С. 5—8.
12. Angst J., Kupfer D., Rosenbaum J. F. Recovery from depression: risk or reality? // Psychiatr. Scand. — 1996; 93: 413—9.2.
13. Greden J. F. The burden of recurrent depression: causes, consequences and future prospects // J. Clin. Psychiatry. — 2001. — № 22. — Р. 5—9.
14. (McCullough J. P.) Мак-Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии — СПб.: Речь, 2003. — 368 с.
15. Steward J. W., Klien D. F. Chronic (and hysteroid) dysphorias // Dysthymia and the Spectrum of chronic depressions. — New York; London: The Guilford Press, 1997. — Р. 174—182.

Надійшла до редакції 4.12.2007 р.

Н. О. Марута, Ю. М. Завалко

**Клініко-психопатологічні і патопсихологічні
закономірності формування дистимії***ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України»
(м. Харків)*

У дослідженні взяли участь 182 хворих з діагнозом дистимія (F 34.1). Контрольна група складалася з 44 психічно здорових осіб.

У ході дослідження встановлено що дистимія є неоднорідною формою патології, в структурі якої відповідно до етіопатогенетичних чинників і провідних клініко-психопатологічних проявів виділено три варіанти: дисфоричний, соматовегетативний і сенесто-іпохондричний.

Розроблена система терапії хворих дистимією характеризується вищим терапевтичним ефектом порівняно з традиційно використовуваними методами.

Катамнестичні дослідження, проведені впродовж двох років, свідчать про стійкість досягнутого ефекту.

N. A. Maruta, Yu. N. Zavallo

**Clinical-morphological and pathopsychological
regularities of formation of dysthymia***“Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS
of Ukraine” SI (Kharkiv)*

The research included 182 patients with diagnosis of dysthymia (F 34.1). The comparison group consists of 44 mentally healthy persons.

It was found out that dysthymia is a heterogeneous form of pathology, in a structure of which according to etiopathogenetic factors and leading clinical-psychopathological manifestations three variants were defined — dysphoric, somatic-vegetative and senesto-hypochondriacal.

A system of therapy worked out by us for patients with dysthymia has a higher therapeutic efficacy as compared with methods used traditionally.

Catamnestic research, which had been performed during two years, confirm stability of the effect obtained.

УДК 618.17:616.1/4

Н. Р. Писаная

Харьковская медицинская академия последипломного образования

**ФОРМИРОВАНИЕ И ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ СЕМЬИ
ПРИ СОМАТИЗИРОВАННОМ РАССТРОЙСТВЕ У ЖЕНЩИН**

Соматизированное расстройство у женщин в большинстве случаев сочетается с сексуальными нарушениями, которые в силу парного характера сексуальной функции приводят к сексуальной дезадаптации супругов [1, 2]. Сексуально-эротическая функция является, как известно, одной из функций семьи, однако при супружеской дезадаптации нарушается выполнение не только этой, но и других семейных функций, в особенности при соматизированном расстройстве у жены. В результате нарушение функционирования семьи ослабляет прочность брачного союза и может даже привести к разводу [3].

При описанных обстоятельствах может нарушаться и формирование семьи.

Формирование семьи представляет собой процесс, характеризующийся стадийностью: оно проходит четыре стадии — первичной адаптации (регистрация брака и образование семьи); становления ролевых позиций супругов и выполнения семейных функций; личностного роста супругов; формирования согласованного образа семьи (чувства «мы», «семья») [4].

Первая из этих стадий протекать на этапе: романтический и этапы психологической и сексуальной адаптации; вторая — в два этапа: аксиологический и выполнения функций семьи.

Для романтического этапа характерны влюбленность, очарованность, обожествление молодоженами друг друга, реальное восприятие друг друга снижено или отсутствует. На этапе психологической адаптации при успешном его протекании отношения супругов определяются наличием сходных приобретенных и различных врожденных черт личности, уважением друг друга, честностью, толерантностью, сходством доминирующей мотивации и ценностных ориентаций, совпадением интересов, умением конструктивно общаться по всем проблемам семейной жизни, становлением сексуальной адаптации, обусловленной

совпадением сексуальной активности супругов, соответствием их полоролевого и сексуально-эротического поведения.

Во второй стадии на аксиологическом этапе вырабатываются ролевые позиции супругов, отношение жены к мужу как личности, мужчине, мужу, хозяину, работнику и мужа к жене как к личности, женщине, супруге, хозяйке, матери, работнице. Успешность второго этапа определяется выполнением функций семьи.

На третьей стадии развития семьи формируется социально-психологическая компетентность членов семьи — их способность эффективно взаимодействовать в системе семейных межличностных отношений. При правильном ее протекании у супругов вырабатывается умение ориентироваться в семейных ситуациях, адекватно определять личностные особенности и эмоциональное состояние друг друга, выбирать конструктивные способы общения и использовать их в процессе взаимодействия.

Наконец, на четвертой стадии у супругов, как указывалось, формируется согласованный образ семьи, появляется чувство «мы», «семья».

Продолжительность описанного процесса зависит от подготовленности молодых людей к браку и от их личностных особенностей. Так этот процесс протекает при достаточно высоком уровне психологической и сексуальной адаптации супружеской пары. Однако на каждой стадии развития семьи могут возникать кризисные ситуации, имеющие различные причины.

На первой стадии формирования семьи кризисы обуславливаются наличием конфликта из-за несоответствия мотивов вступления в брак, психологической и сексуальной дезадаптации. На второй стадии они связаны с несоответствием выбранных супругами ролевых позиций, с проблемами, с которыми супруги сталкиваются при рождении ребенка, т. е. с формированием роли отца, матери, а также с недостаточным

выполнением функций семьи, когда не обеспечивается удовлетворение потребностей ее членов. Причинами кризисов на третьей стадии развития семьи могут быть слишком высокое место Я в системе ценностей супругов, преобладание мотивации Я, низкая оценка супруга (супруги) как личности. Наконец, на четвертой стадии кризис может возникать вследствие рассогласованного образа семьи.

Процесс формирования семьи и выполнения семейных функций при соматизированном расстройстве у женщин не изучен и не освещен в медико-психологической литературе, что, по нашему мнению, существенно снижает эффективность психотерапии дезадаптации супружеской пары при этом заболевании у жены. Учитывая это, мы провели специальное исследование с целью выяснить этапы формирования семьи, значимость для супругов семейных функций и оценку их выполнения в своей семье при сексуальной дезадаптации, сопряженной с соматизированным расстройством у женщин.

Результаты проведенного нами исследования формирования семьи у наших пациентов свидетельствуют (табл. 1), что процесс формирования семьи в основных

группах супружеских пар очень часто был нарушен. На первой стадии при первичной дезадаптации супругов были нарушены все этапы, причем этап сексуальной адаптации — у всех супругов; при вторичной дезадаптации этот этап проходил нормально, но у некоторых супругов были нарушены два других этапа — романтический и психологической адаптации.

На второй стадии нарушения наблюдались на обоих этапах развития семьи в обеих клинических группах. При этом у всех женщин с первичной дезадаптацией было нарушено отношение к супругу как к мужу и довольно часто — как к мужчине и личности. У мужчин этой группы чаще всего было нарушено отношение к супруге как к жене, а у мужчин второй группы — как к жене (у подавляющего большинства мужчин) и как к личности. Этап выполнения семейных функций был нарушен у всех супружеских пар и с первичной, и с вторичной сексуальной дезадаптацией, тогда как в контрольной группе супружеских пар этот этап проходил без каких-либо нарушений.

Следующие две стадии развития семьи — стадия личностного роста по всем его показателям и стадия формирования согласованного образа семьи были нарушены у всех супружеских пар с первичной и несколько реже — с вторичной сексуальной дезадаптацией. В контрольной группе в протекании этих стадий не отмечалось никаких нарушений.

Мы судили о функционировании семьи по выполнению четырнадцати ее функций [5].

Эмоциональная функция заключается в удовлетворении потребности супругов и других членов семьи в любви, признании, уважении, эмоциональной поддержке, эмпатии. *Духовная функция*, представляющая собой функцию культурного общения, — это удовлетворение потребности членов семьи в духовном развитии, взаимном духовном обогащении, в совместном проведении досуга. *Сексуально-эротическая функция* состоит в удовлетворении сексуально-эротических потребностей супругов, *репродуктивная* — в удовлетворении потребности иметь детей, *воспитательная* — в удовлетворении потребностей в отцовстве, материнстве, контакте с детьми.

Хозяйственно-бытовая функция — удовлетворение материальных и бытовых потребностей членов семьи. *Функция социализации* (первичной, вторичной, профессиональной) реализуется в развитии у членов семьи социабельности, в усвоении и активном воспроизводстве каждым из них социального опыта, осуществляемого в общении и деятельности. *Функция социального интегрирования* представляет собой заботу семьи о том, чтобы каждый из ее членов нашел свое место в социуме.

Ролевая функция заключается в удовлетворении в семье ролевой потребности каждого из супругов, *защитная функция* — в удовлетворении их потребности в защищенности, психологической, физической и материальной защите. *Функция сохранения здоровья* состоит в обеспечении сохранения соматического, психического и сексуального здоровья членов семьи, а также в оказании им необходимой помощи при заболевании.

Функция персонализации — это обеспечение представленности каждого из членов семьи в жизнедеятельности семьи.

Таблица 1

Частота нарушения становления семьи обследованных супругов

Стадия, этап	Сексуальная дезадаптация		Контрольная группа, N = 30
	первичная, n = 45	вторичная, n = 50	
1. Стадия первичной адаптации: <i>Романтический этап</i> <i>Этап психологической адаптации</i> <i>Этап сексуальной адаптации</i>	37 ± 7 22 ± 6 100 – 2	4 ± 3 2 ± 2 —	3 ± 3 — —
2. Стадия становления ролевых позиций супругов и функций семьи <i>Аксиологический этап</i> отношение жены к мужу как: личности мужчине мужу хозяину отцу работнику отношение мужа к жене как: личности женщине жене хозяйке матери работнице <i>Этап выполнения функций семьи</i>	24 ± 6 29 ± 6 100 – 2 20 ± 6 9 ± 4 — 11 ± 5 22 ± 6 29 ± 7 9 ± 4 — — 100 – 2	6 ± 3 28 ± 5 38 ± 7 24 ± 6 2 ± 2 4 ± 3 28 ± 5 16 ± 5 86 ± 5 8 ± 4 — — 100 – 2	7 ± 5 — — — 10 ± 6 — 3 ± 3 — 7 ± 5 — — — —
3. Стадия личностного роста: социально-психологическая компетентность адекватность в системе ценностей конструктивная мотивация степень развития когнитивных структур оценка значимости каждого члена семьи как личности	100 – 2 100 – 2 100 – 2 100 – 2 100 – 2	96 ± 3 82 ± 5 84 ± 5 76 ± 6 62 ± 7	— — — — —
4. Стадия формирования согласованного образа семьи	100 – 2	96 ± 3	—

тельности остальных ее членов и возможности проявлять себя в общественной жизни как личность. *Психотерапевтическая функция* заключается в обеспечении психотерапевтической помощи членам семьи в трудных ситуациях, *реабилитационная функция* (функция первичного социального контроля) обеспечивает возможность семейной и способствует социальной реабилитации членов семьи, она заключается также в выполнении социальных норм в случаях заболевания.

Таким образом, при правильном функционировании семьи удовлетворяются социальные, психологические, социально-психологические и биологические потребности каждого из ее членов. Социальные потребности — это потребности в питании, одежде, жилье; психологические — потребность в персонализации, самовыражении, потребность быть личностью, духовные, культурные, информационные, эстетические потребности; социально-психологические — потребность и возможность занимать определенное место в обществе, пользоваться привязанностью, защищенностью, вниманием окружающих, быть объектом уважения и любви; биологическая потребность — это потребность в соматическом, психическом и репродуктивном здоровье, т. е. потребность в самосохранении.

Нами была изучена значимость каждой из функций семьи для больных соматизированным расстройством женщин и их мужей.

Было установлено, что эмоциональная функция занимала по значимости 1—3-е места у женщин и у мужчин, духовная у большинства женщин ($63 \pm 4\%$) была на 3-м, у большинства мужчин ($73 \pm 4\%$) — на 3—4-м месте. Сексуально-эротическую функцию $76 \pm 4\%$ женщин ставили на 1-е и 2-е место, но $34 \pm 3\%$ — на 7-е, у мужчин она занимала чаще всего ($69 \pm 4\%$) 3—4-е места.

Репродуктивную функцию как женщины, так и мужчины в семьях, где были дети, поставили на 4-е и 5-е место. Хозяйственно-бытовой функции женщины отводили 5-е место, а более половины мужчин — 2-е. Функции воспитательная, социализации и социального интегрирования у женщин и у мужчин занимали соответственно 6—7-е и 9—11-е места.

Ролевую функцию женщины поставили на 9—11-е места, а для мужчин эта функция была более значима: чаще всего ($68 \pm 4\%$) они отводили ей 5—9-е места. Функции защитная, сохранения здоровья, психотерапевтическая были более значимы для женщин, персоналистическую около половины женщин поставили на 8-е место, остальные — на 12—13-е; у мужчин эта функция была на 11—13-м местах по значимости.

Следует отметить, однако, что половое различие супругов не сказывается на их взглядах на значимость функций семьи, а имеющиеся расхождения носят положительный, естественный характер.

Следующим этапом исследования было изучение оценки супругами выполнения семейных функций в своих семьях. Полученные при этом данные показали, что при первичной сексуальной дезадаптации выполнение эмоциональной функции и жены, и мужа чаще оценивали как удовлетворительное и реже — как хорошее (15 ± 4 и $9 \pm 3\%$) или очень плохое (12 ± 3 и $10 \pm 3\%$). Выполнение духовной функции большин-

ство супругов ($68 \pm 4\%$ жен и $72 \pm 4\%$ мужей) считали удовлетворительным, остальные — плохим. Крайних оценок (хорошее и очень плохое) при оценке этой функции не было. Сексуально-эротическая функция, по мнению подавляющего большинства женщин ($93 \pm 3\%$) и всех мужчин, выполнялась плохо, а $7 \pm 2\%$ женщин считали, что очень плохо.

В наибольшей степени супруги были удовлетворены состоянием репродуктивной функции, выполнение которой все женщины считали удовлетворительным или хорошим, а мужчины — хорошим. Хозяйственно-бытовая функция почти одинаково часто, по мнению обоих супругов, выполнялась плохо или удовлетворительно и лишь изредка ($7 \pm 2\%$) — хорошо. Выполнение воспитательной функции в основном было удовлетворительным (по мнению $81 \pm 5\%$ женщин и $85 \pm 5\%$ мужчин), в остальных случаях — чаще хорошей, реже плохой. Оценка выполнения функции социализации у $81 \pm 5\%$ жен и $83 \pm 5\%$ мужей была удовлетворительной, а остальные не смогли однозначно определить свое отношение к ее выполнению. Почти так же распределились оценки выполнения функции социального интегрирования.

Ролевая функция по оценке лишь $13 \pm 3\%$ женщин и $17 \pm 3\%$ мужчин выполнялась удовлетворительно, а по мнению остальных — плохо и очень плохо. Выполнение защитной функции все женщины оценивали как удовлетворительное, а подавляющее большинство ($88 \pm 5\%$ мужчин — как удовлетворительное и хорошее (остальные не смогли определить своего отношения к ее выполнению). Функция сохранения здоровья также чаще всего оценивалась как выполняемая удовлетворительно и хорошо. Выполнение функции персонализации $34 \pm 4\%$ женщин оценивали как плохое и очень плохое, остальные — чаще как удовлетворительное, а мужчины в большинстве случаев как удовлетворительное ($66 \pm 5\%$) или хорошее ($13 \pm 3\%$). Выполнение психотерапевтической функции $72 \pm 4\%$ супругов оценивали как удовлетворительное. Так же оценивали большинство супругов и выполнение реабилитационной функции. Хорошее выполнение многих функций в данной группе супружеских пар объясняется, по-видимому, определенной компенсацией невыполнения других функций семьи. Но обращает на себя внимание то обстоятельство, что многие супруги ($36 \pm 4\%$) не смогли четко определить свою оценку выполнения последних четырех функций, особенно реабилитационной.

В супружеских парах, у которых наблюдалась вторичная сексуальная дезадаптация, выполнение эмоциональной функции чаще оценивалось как удовлетворительное ($32 \pm 6\%$ женщин и $26 \pm 6\%$ мужчин) или хорошее (соответственно 40 ± 7 и $18 \pm 5\%$ обследованных), но часть супругов ($8 \pm 4\%$ женщин и $10 \pm 4\%$ мужчин) не смогли четко определить свою оценку выполнения этой функции. Выполнение духовной функции в большинстве случаев ($72 \pm 6\%$ женщин и $52 \pm 7\%$ мужчин) считалось удовлетворительным и хорошим.

Сексуально-эротическая функция, по мнению всех женщин и $90 \pm 4\%$ мужчин выполнялась плохо, причем жены оценивали ее выполнение ниже, чем мужа. Выполнение репродуктивной функции оценивали как хорошее все женщины и $22 \pm 6\%$ мужчин,

остальные мужчины — как удовлетворительное. Хозяйственно-бытовая функция, по мнению преобладающего большинства супругов, выполнялась плохо ($86 \pm 5\%$ женщин и $82 \pm 5\%$ мужчин). Примерно одинаково часто оценивались как выполняемые плохо также воспитательная функция, функции социализации, социального интегрирования и ролевая. Выполнение защитной функции $62 \pm 7\%$ женщин и $54 \pm 7\%$ мужчин оценивали как плохое, остальные — как удовлетворительное. Функции сохранения здоровья и персонализации также чаще всего выполнялись плохо (по мнению соответственно $86 \pm 5\%$ и $76 \pm 6\%$ женщин и $82 \pm 5\%$ и $84 \pm 5\%$ мужчин). Психотерапевтическую функцию считали выполняемой плохо $52 \pm 7\%$ женщин и $94 \pm 3\%$ мужчин, а реабилитационную — все супруги.

Нарушение перечисленных функций семьи явилось в данной группе супружеских пар психотравмой, которая привела к развитию соматизированного расстройства у женщин, тогда как сексуально-эротическая функция была нарушена вторично, как следствие этого расстройства.

В контрольной группе супружеских пар у подавляющего большинства женщин и мужчин первой по значимости была эмоциональная функция, второй — духовная. Сексуально-эротическая функция у тех и других стояла на 3—4-м месте; репродуктивная — также у большинства женщин и мужчин на 4-м; хозяйственно-бытовая — у всех супругов на 5-м месте; воспитательная — у всех на 6-м; функция социализации — у всех на 7-м; функция социального интегрирования — в основном на 8-м; ролевая функция — у женщин на 9-м, у мужчин на 12-м; защитная — у всех женщин на 12-м, у мужчин на 8—9-м; функция сохранения здоровья — у всех женщин на 7-м, у мужчин на 10—11-м; функция персонализации — у всех женщин и большинства мужчин на 10-м; психотерапевтическая функция — у всех супругов на 13-м и реабилитационная — у всех на последнем, 14-м месте.

Таким образом, все супруги, сохраняющие сексуальную адаптацию, выше всего оценивали значимость эмоциональной и духовной функций семьи. Мужчины больше женщин ценили ролевую функцию и функцию персонализации, женщины больше мужчин — защитную функцию. Но особенно важно, что в подавляющем большинстве случаев у супругов контрольной группы не было расхождений в оценке значимости той или иной функции семьи. Выполнение функций семьи все супруги считали хорошим или, реже, удовлетворительным, что отражало характерную для данной группы супружескую гармонию.

В целом проведенное исследование показало, что при соматизированном расстройстве у женщин нарушается как формирование семьи (при первичной сексуальной дезадаптации), так и выполнение семейных функций (чаще при вторичной дезадаптации). В связи с этим анализ функционирования семьи является необходимым этапом диагностики и условием успешной психотерапии дезадаптации супружеской пары, в которой жена страдает соматизированным расстройством.

Список литературы

1. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология. — М.: Per Se, 2002. — 879 с.
2. Николаев В. В. Нарушение сексуального здоровья и функционирования семьи при психопатии у женщин. — Харьков: Основа, 1999. — 226 с.
3. Агарков С. Т. Супружеская дезадаптация. — М.: Едиториал УРСС, 2004. — 256 с.
4. Кон И. С. Сексология: Уч. пособие. — М.: Academia, 2004. — 384 с.
5. Семьонкіна І. А. Подружня дезадаптація при порушенні функцій сім'ї та її психотерапевтична корекція: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. — К., 2001. — 16 с.

Надійшла до редакції 20.11.2007 р.

Н. Р. Писана

Формування та функціонування сім'ї при соматизованому розладі у жінок

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

На основі обстеження 125 подружніх пар з соматизованим розладом у жінки і сексуальною дезадаптацією виявлено порушення формування сім'ї та виконання її функцій при цій патології, а також значущість сімейних функцій для подружжя. Аналіз проведено за 14 функціями сім'ї. Показано взаємозв'язок первинної та вторинної сексуальної дезадаптації подружньої пари зі значущістю і виконанням функцій сім'ї та значення цих зв'язків для успішної психотерапії порушення сексуальної адаптації подружжя при соматизованому розладі у жінок.

N. R. Pysana

Forming and functioning family at the somatized distress in women

*Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education
(Kharkiv)*

On the basis of studying 125 married couples with the somatized distress in wife and sexual disadaptation there are revealed disorders of forming family and performing its functions at the pathology and the value of family functions for spouses. There were analyzed 14 family functions. The interrelation is demonstrated between primary and secondary sexual disadaptation of spouses and value and performing of family functions and meaning of these relations for successful psychotherapy of sexual adaptation disorder of spouse at somatized distress in women.

Л. Б. Чудакова, канд. мед. наук, зав. детским отд-ем
КУ «Днепропетровская областная клиническая психоневрологическая
больница» (г. Днепропетровск)

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА РИССЕТ (РИСПЕРИДОН) ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Риссет (рисперидон) — атипичный нейролептик нового поколения. Препарат известен в лечении шизофрении у взрослых, преимущественно хронических форм заболевания. Риссет относится к классу нейролептиков — антагонистов серотониновых и дофаминовых рецепторов, а его использование в лечении шизофрении тесно связано с пониманием патогенеза этого заболевания как нарушения серотонинового и дофаминового обмена. Блокирование одновременно серотониновых и дофаминовых рецепторов создает качественно новые механизмы антипсихотического и тимолептического эффекта в лечении психозов и обуславливает выраженный антидефицитарный и антипсихотический эффект при малой выраженности экстрапирамидных побочных действий препарата.

В настоящее время при лечении психических и поведенческих расстройств у детей и подростков все шире используются психотропные препараты. Ввиду того, что в современной популяции все больше детей с резидуально органическими поражениями ЦНС, поиск и применение «безопасных» препаратов остается актуальным в работе детских психиатров, а появление атипичных антипсихотиков открывает новые потенциальные перспективы для медикаментозного лечения [1]. Процессуальный детский аутизм, являющийся одним из наиболее часто встречающихся вариантов расстройств аутистического спектра, требует новых подходов в лечении [4].

Преимущества атипичных нейролептиков связаны:

1) с лучшей, в сравнении с конвенционными нейролептиками, переносимостью;

2) со свойствами улучшать при длительном применении когнитивное функционирование детей, повышая возможность для социальной реабилитации [3].

В детском отделении КУ ДОКПБ в течение года был использован препарат РИССЕТ у 27 детей и подростков в возрасте от 3-х до 16 лет при следующих заболеваниях:

- F 20 — F29 — шизофрения, шизотипическое и бредовые расстройства;
- F 50.0 — нервная анорексия;
- F 70.1 — F73.1 — умственная отсталость с поведенческими нарушениями;
- F 95 — тикозные расстройства;
- F 84 — общие расстройства развития;
- F 42 — обсессивно-компульсивное расстройство.

Лечение проводилось при информированном согласии родителей или опекуна больного ребенка на применение медикаментозной терапии. Согласно ст. 25, 26 Закона Украины «Про психіатричну допомогу» письменное информированное согласие помещалось в медицинскую карту. В настоящее время уже завершены исследования о действии рисперидона у подростков. В рамках клинических протоколов по

детской психиатрии рисперидон рекомендован при лечении аутизма.

Перед назначением психотропного препарата больным проводились обследования: клинко-психопатологическое, неврологическое, психологическое, ЭКГ, ЭЭГ, педиатрическое.

При определении терапевтической дозы для каждого ребенка использовались традиционные параметры его возраста и веса. С учетом опубликованных данных об оптимальной дозе рисперидона без возникновения побочных действий у взрослых — 4—6 мг в сутки, нами была использована схема начала приема риссета у детей, разработанная российскими коллегами [2].

Априорно максимальной дозировкой для детей была принята доза в **2 мг** в сутки или половинная доза от средней терапевтической дозировки для взрослых в 4 мг в сутки [2]. В зависимости от возраста ребенка выбранная максимальная доза варьировала.

Возраст	Выбранная терапевтическая доза	
	в долях от максимальной (2 мг)	в мг/сутки
3—4 года	1/5 дозы	0,4 мг/с
5—7 лет	1/4 дозы	0,5 мг/с
8—10 лет	1/3—1/2 дозы	0,7—1 мг/с
10—14 лет	5—1 дозы	1—2 мг/с
14—17 лет	1—1,5—2 дозы	2—3—4 мг/с

Первый прием риссета начинался с дозы 0,25 мг в сутки больным в возрасте от 3 до 7 лет, с 0,5 мг в сутки — от 8 до 14 лет, 1 мг в сутки — от 15 до 17 лет. Первые два-три дня прием препарата ограничивался указанной дозой, затем в последующие два-три дня достигалась максимальная доза по возрасту. Для того, чтобы избежать пиков возникновения концентрации и обеспечивать стабильность терапевтической концентрации антипсихотика в сыворотке крови, рекомендуется 3—4-кратный прием у детей в возрасте 3—6 лет и трехкратный прием в возрасте 6—10 лет [3]. Первая доза давалась больному в горизонтальном положении под контролем гемодинамических показателей АД и ЧСС до и после приема препарата.

Анализ полученных результатов по применению риссета у детей показал общий положительный эффект этого препарата при лечении шизофрении и раннего детского аутизма. Практически во всех случаях был зафиксирован регресс психопатологической симптоматики.

Первая неделя приема препарата:

- менялось настроение, исчезал депрессивный аффект;
- повышалась психическая активность;
- у детей с аутизмом уменьшались проявления активного негативизма;

— улучшались мыслительные процессы, внимание.

Вторая неделя приема препарата:

— уменьшались или исчезали тревога, беспокойство, страхи;

— редуцировался дисфорический компонент;

— исчезла полностью импульсивность, навязчивая стереотипность действий, уменьшался феномен тождества у детей с ранним детским аутизмом.

Третья неделя приема препарата:

— регрессировали психотические компоненты клинической картины;

— исчезали кататонические расстройства;

— уменьшались запинки в речи, тики, привычные действия;

— заметно редуцировались проявления аутизма;

— уменьшались бредовые расстройства и гипногагические галлюцинации.

В первые дни приема препарата риссет у детей с анорексией повышался аппетит вплоть до элементов булимии, которая в процессе лечения нивелировалась, исчезал страх перед приемом пищи. У детей повышался общий физический тонус, улучшался цвет и тургор кожи, появлялся румянец, блеск волос.

У подростков с галлюцинаторно-параноидной симптоматикой в 2-х случаях была резистентность к терапии риссетом. В некоторых случаях отмечалась акатизия, которую необходимо дифференцировать с гиперактивностью.

Проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы.

1. При лечения психических и поведенческих расстройств у детей и подростков препаратом риссет отмечен общий положительный эффект.

2. Титрование дозы препарата риссет очень удобно в практическом применении.

3. Благодаря широкому спектру дозировок препарата (1, 2, 3, 4 мг), риссет позволяет применять его в индивидуальных дозировках.

4. Психофармакоэкономика имеет важное значение ввиду длительного приема препарата как в условиях стационара, так и вне его.

Список литературы

1. Вербенко В. А. Возможности применения рисполепта (рисперидон) в практике детского психиатра // Таврический журнал психиатрии. — 2000. — № 4. — С. 39—42.

2. Козловская Г. В., Калинина М. А. Эффективность рисполепта у детей в пролонгированном (в течение 2 лет) лечении шизофрении и раннего детского аутизма // <http://www20.brinkster.com/autism/read>. 2001.

3. Марценковский И. А., Бикшаева Я. Б. др. Влияние рисполепта на когнитивное функционирование и эффективность медико-социальной реабилитации у подростков, больных шизофренией и детей с общими нарушениями развития // Архив психиатрии. — 2001. — № 3(26). — С. 129—136.

4. Радзивил М. Г. Структура задержки психического развития при процессуальном детском аутизме // Социальная психиатрия. — 2007. — № 3. — С. 10—20.

Надійшла до редакції 26.11.2007 р.

Л. Б. Чудакова

Досвід застосування препарату Риссет (рисперидон) для лікування розладів психіки та поведінки у дітей та підлітків

КУ «Дніпропетровська обласна клінічна психоневрологічна лікарня» (м. Дніпропетровськ)

У статті узагальнено досвід застосування препарату риссет (рисперидон) у лікуванні розладів психіки та поведінки у дітей та підлітків. Особливості клінічної дії препарату пов'язані з антагонізмом до допамінергічних, серотонінергічних систем. Позитивна властивість препарату — це низький ризик розвитку екстрапірамідних побічних ефектів. У дітей дошкільного і молодшого шкільного віку лікування рисперидоном необхідно починати з самих малих доз і шляхом титрування досягати мінімальної ефективної дози. Для запобігання піків концентрації необхідне подібне введення добової дози.

L. B. Chudakova

The experience of Risset (risperidon) application for treatment of mental and behavioural disorders in children and juveniles

Dnipropetrovsk Psychoneurologic regional clinical hospital

The experience of Risset (risperidon) application in the treatment of mental and behavioural disorders in children and juveniles are generalized in this article. Antagonism to dopaminergic and serotonergic systems is the typical sign of clinic effect of this preparation. The low risk of development of extrapyramidal secondary effect is the positive quality of preparation. While curing the children of pre-school and younger school age titrations with risperidon should be taken in small doses and by means of titrations one should achieve the maximum effective dose. To avoid the highest concentration the more partial introduction of daily dose is necessary.

УДК 616.832 – 004.2 – 036.65 – 036.1–08

Н. П. Волошина, д-р мед. наук, проф., зав. відділом нейроінфекцій і розсіяного склероза, **Т. В. Негреба, Т. Н. Ткачева**
Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України
(г. Харків)

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ИНТЕРФЕРОНОВ У БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ТЕЧЕНИЕМ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Проблема рассеянного склероза (РС) в современной неврологии занимает ведущее место, что обусловлено высокой социальной значимостью и неуклонным ростом этого заболевания во всем мире. РС в подавляющем большинстве случаев носит прогрессирующий характер и приводит к инвалидности людей преимущественно молодого и среднего возраста, в основном женщин в детородном периоде. Это в свою очередь влияет на демографическую ситуацию в странах с высоким уровнем заболеваемости [1–5].

За последнее десятилетие в связи с ухудшением социально-экономической и экологической ситуации в Украине наблюдается неуклонный рост РС. Так, если по данным официальной статистики распространенность РС в 1999 году составила 33,7 случаев на 100 тыс. населения (всего зарегистрировано 16 701 случаев заболевания), то уже в 2004 году — 38,1 на 100 тыс. населения. Общее количество больных в Украине старше 18 лет на конец 2005 года составило 18 394 человек. Наряду с ростом распространенности РС, наблюдается расширение возрастного диапазона (от 7 до 55 лет и старше), непредсказуемость течения с внезапными обострениями, увеличение частоты прогрессивных форм. Сказанное выше дает все основания прогнозировать последующее неблагоприятное развитие ситуации с появлением значительного количества тяжелых и атипичных вариантов течения этого заболевания [6].

РС относится к мультифакториальным заболеваниям. Ведущая роль отводится вирусной инфекции, скорее всего играющей роль первичного стимула (триггера) у людей с генетически детерминированными особенностями иммунного ответа. В пользу вирусной этиологии свидетельствуют описанные эпидемические вспышки РС; связь дебюта или обострения заболевания с перенесенной вирусной инфекцией; создание различных вирус-индуцированных моделей экспериментального аллергического энцефаломиелита; идентификация вирусов и противовирусных антител у больных; повышение титра антител к вирусам кори, краснухи, паротита, ветряной оспы, простого герпеса, гриппа и парагриппа; выделение из мозга и В-лимфоцитов больных персистирующего специфического ретровируса (VSRV), который ассоциируется только с РС, так как не обнаруживается ни у здоровых лиц, ни у больных другими неврологическими заболеваниями [7–9]. Патоморфологически заболевание характеризуется множественными очагами демиелинизации преимущественно в белом веществе головного и спинного мозга. Разрушение миелина происходит вследствие перивенулярного воспалительного процесса, в механизмах которого ведущую роль играют аутоиммунные механизмы, а в механизмах реализации — клеточные и гуморальные аутоиммунные реакции. В результате острого воспаления, сопровождающегося отеком, на-

рушением ионного баланса и повреждением миелина, блокируется проведение нервного импульса. Тяжесть обострения определяется размерами, количеством и локализацией очагов демиелинизации, а также состоянием компенсаторных нейрофизиологических механизмов [10–12].

В настоящее время не вызывает сомнений тот факт, что РС является не только воспалительным, но и нейродегенеративным заболеванием, ведущим к гибели аксонов. При этом аксональное повреждение начинается на самых ранних этапах заболевания. Воспалительные и диффузные дегенеративные изменения в головном и спинном мозге ведут к развитию в них атрофического процесса, лежащего в основе прогрессирования и развития стойкого неврологического дефицита [13, 14].

Таким образом, патогенез РС включает в себя два взаимодополняющих процесса — воспалительную реакцию в ЦНС вследствие активации аутореактивных Т-клеток на периферии с последующим проникновением через гематоэнцефалический барьер и нейродегенеративные изменения, происходящие на разных этапах аутоиммунного воспалительного процесса [12].

В настоящее время не остается сомнений в том, что активность заболевания в первые годы существенно влияет на долгосрочный прогноз и степень инвалидизации в будущем. Изучение связи между частотой обострений в начале болезни и скоростью нарастания инвалидизации в дальнейшем показало, что чем выше частота обострений в течение первых 2-х лет заболевания, тем быстрее наступает выраженная нетрудоспособность. Фактор непрерывной активности процесса, независимо от типа его течения (рецидивирующе-ремиттирующий, вторично-прогрессирующий, первично-прогрессирующий), доказан с помощью иммунохимических, биохимических и нейровизуализационных методов исследования. Это принципиальное положение определяет необходимость непрерывного лечения РС [15].

Стратегия лечения РС, наряду с ранним и продолжительным (пожизненным) лечением, в том числе во время ремиссий, включает купирование обострений и предотвращение или отдаление во времени развития последующих обострений, уменьшение их тяжести и длительности с целью замедления прогрессирования и снижения выраженности неврологического дефицита [16–19].

Немного более 20 лет назад считалось, что в ближайшем будущем нет перспектив для успешного лечения этого заболевания. Однако в последнее десятилетие это положение было опровергнуто благодаря внедрению в клиническую практику препаратов интерферонов ряда. Эти препараты относятся

к т. н. модифицирующей или превентивной терапии. Они не излечивают полностью больных, но в значительной части случаев изменяют течение заболевания, предупреждают возникновение обострений, делая их менее выраженными, и тем самым способствуют замедлению темпов нарастания инвалидизации и улучшению качества жизни больных [20—23].

К этим препаратам относятся β -интерферон 1b (бетаферон) и β -интерферон 1a (авонекс и ребиф), которые показали в международных широкомасштабных контролируемых клинических исследованиях свою высокую эффективность в отношении уменьшения частоты обострений и замедления прогрессирования заболевания РС. Крупнейшее в мире ретроспективное исследование QUASIMS, в котором принимали участие 4475 больных с рецидивирующим типом течения РС, не выявило существенных различий в эффективности между различными β -интерферонами [24].

Механизмы действия β -интерферонов 1b и 1a одинаковы и включают в себя: ингибирование и модуляцию активности цитокина гамма-интерферона (основного провоспалительного цитокина, способствующего возникновению обострений РС); ингибирование молекул ко-стимуляции, необходимых для активации Т-лимфоцитов и усиления апоптоза аутореактивных Т-лимфоцитов; усиление супрессорной активности Т-лимфоцитов; уменьшение экспрессии молекул главного комплекса гистосовместимости на антиген-презентирующих клетках; блокаду матриксной металлопротеазы и молекул адгезии, что препятствует проникновению активированных клеток в ткань мозга через гематоэнцефалический барьер. Такой иммуномодулирующий эффект позволяет ослабить действие антител к основным компонентам миелина, что в конечном итоге снижает активность воспалительного процесса при РС [25, 26].

Лечение препаратами β -интерферонов ряда рекомендовано начинать не ранее, чем с 12 лет при наличии не менее 2 клинически значимых обострений за последние 2 года с тенденцией к накоплению неврологического дефицита; при редких, коротких, неполных и неустойчивых ремиссиях; отрицательной динамике на МРТ уже на ранних этапах заболевания; наличии инвалидизации по шкале EDSS менее 5,5 балла [27—29].

Следует воздержаться от превентивной терапии при отсутствии или минимальных изменениях на МРТ после дебюта или первого рецидива; при доброкачественном течении РС с редкими короткими легкими рецидивами и длительными клиническими ремиссиями; при депрессиях, заболеваниях печени в стадии декомпенсации, беременности и лактации, одновременном назначении противоэпилептических препаратов.

В качестве побочных эффектов и противопоказаний выделяют:

- гриппоподобный синдром (лихорадка, головные боли, миалгии, полиартралгии);
- местные реакции (гиперемия, болезненность);
- сердечно-сосудистые реакции (артериальная гипотензия, тахикардия, аритмия);
- гематологические реакции (лейкопения, тромбоцитопения);
- неврологические синдромы (нарастание спастичности, реже — усугубление других неврологических проявлений на фоне гриппоподобного синдрома);

- появление депрессивного синдрома с суицидальными мыслями;
- планирование беременности;
- отсутствие эффективности проводимой терапии [29—36].

РС во всем мире считается одним из самых дорогостоящих заболеваний, что обусловлено ростом числа инвалидов молодого возраста, нуждающихся в длительном, как правило, пожизненном лечении; потребностью в получении социальных выплат; необходимостью в постоянном постороннем уходе; выбыванием из процесса материального производства, как самих больных, так и лиц, ухаживающих за ними [37].

Результаты фармакоэкономических исследований, в том числе проведенные в Институте неврологии, психиатрии и наркологии (ИНПН) АМН Украины, показали, что лечение прогрессирующих типов течения РС более дорогостоящее, чем терапия рецидивирующих форм этого заболевания препаратами модифицирующего действия [6]. Поэтому, несмотря на высокую стоимость (до 76 тыс. грн за год), превентивная терапия выгодна государству не только по медицинским, но и по социально-экономическим показателям. Этот путь избрали все высокоразвитые страны. Однако для Украины закупка импортных β -интерферонов на сегодняшний день пока финансово недостижима. Поэтому синтез отечественных препаратов модифицированной терапии является приоритетным для нашей страны. В этом направлении за последние несколько лет уже сделаны первые обнадеживающие шаги. Отечественный ЗАО «Трудовой коллектив Киевского предприятия по производству бактериальных препаратов «Биофарма» разработал отечественные аналоги интерферонов — бетабиоферон-1b и бетабиоферон-1a. Эти препараты утверждены Министерством здравоохранения Украины для лечения рецидивирующе-ремиттирующего типа РС. Бетабиоферон-1b, являющийся аналогом бетаферона немецкой фирмы «Шеринг», рекомендуется вводить по 8 млн МЕ подкожно через день, а бетабиоферон-1a, отечественный вариант ребифа, вводится 3 раза в неделю по 12 мг.

В связи со сказанным выше, целью настоящего исследования было изучение эффективности отечественных интерферонов при рецидивирующем течении РС.

Испытания были проведены с мая — июня по ноябрь — декабрь 2007 года на базе отделения нейроинфекций и рассеянного склероза ИНПН АМН Украины.

Согласно международным критериям для иммуномодулирующей терапии было отобрано 6 больных (4 мужчины и 2 женщины) с рецидивирующим течением и достоверным диагнозом РС (по Мак-Дональду, 2005) [38]. Возраст больных был в интервале от 26 до 37 лет (средний возраст $30,1 \pm 5,3$); длительность заболевания — от 3 месяцев до 7 лет (средняя длительность $2,8 \pm 1,5$ года). Критерии назначения терапии: наличие 2-х и более обострений заболевания в течение 2 лет (4 больных); 3-х обострений за 8 месяцев после манифестации клинической симптоматики (1 больной); на выходе из тяжелого и затяжного дебюта после пульс-терапии солу-медролом (1 больной). За период лечения неврологический осмотр проводился каждые два месяца. При необходимости больные госпитализи-

ровались в клинику ИНПН. Основными клиническими критериями эффективности лечения отечественными интерферонами являлись:

- частота обострений и степень их тяжести;
- число больных без обострений;
- число больных, вынужденных принимать глюкокортикоидные препараты;
- изменение степени инвалидизации;
- отсутствие прогрессирования;
- наличие и степень выраженности побочных реакций.

Все больные на разных временных этапах заболевания до назначения иммуномодулирующей терапии получали препараты метаболитического действия; 2 больных при рецидивах средней тяжести сочетали метаболитическую терапию с плазмаферезом; 3 больных при тяжелых обострениях получали пульс-терапию солу-медролом.

В связи с коротким периодом назначения отечественных интерферонов сопоставлялись количество и тяжесть рецидивов за 6 месяцев до их назначения и в течение 6-месячного курса лечения. В указанные сроки до начала лечения было зафиксировано 8 обострений разной степени тяжести (3 — тяжелых, 2 — средней тяжести и 3 — легких). На фоне проводимой терапии только у одной больной спустя 3 месяца после лечения бетабиофероном-1а развился рецидив, который протекал менее тяжело и продолжительно по сравнению с предыдущими рецидивами до лечения.

Клиническая симптоматика у исследуемых больных характеризовалась поражением различных проводящих систем мозга.

Симптомы поражения пирамидных путей проявлялись в виде повышения сухожильных и периостальных рефлексов (6 чел.); появления патологических стопных феноменов, преимущественно разгибательного типа (4 чел.); снижения или отсутствия брюшных рефлексов (5 чел.); повышенной утомляемости в конечностях без снижения (2 чел.) или со снижением мышечной силы разной степени выраженности в виде монопареза (1 чел.), гемипареза (1 чел.), нижнего парапареза (2 чел.); повышения тонуса по спастическому типу в паретичных конечностях (3 чел.). Симптомы поражения мозжечка и его проводящих путей проявлялись незначительной или умеренной статической атаксией в пробе Ромберга (5 чел.), атактической походкой (5 чел.), дисметрией при выполнении координаторных проб (4 чел.), горизонтальным нистагмом различной амплитуды (4 чел.), адиадохокинезом (2 чел.). При этом у больных отсутствовали такие мозжечковые феномены, как скандированная речь, асинергия, интенционный тремор, мегалография. Стволовые синдромы были представлены глазодвигательными нарушениями (2 чел.), вертикальным нистагмом (1 чел.), вестибулярными нарушениями различной степени выраженности (2 чел.). Нарушения чувствительности были выявлены у 3-х больных в виде снижения суставно-мышечного чувства (1 чел.) и нарушений болевой чувствительности по гемитипу (1 чел.) и проводниковому типу (1 чел.). Поражения зрительных нервов в виде височной декорации были обнаружены у 3-х больных. Расстройства функции тазовых органов в виде императивных позывов — у 1 больного.

Таким образом, степень выраженности неврологического дефицита у больных с рецидивирующим течением на момент начала терапии отечественными интерферонами носила нестойкий диссоциированный характер и в целом по группе составила $3,6 \pm 1,2$ балла по шкале EDSS, в том числе 2,5 балла — 1 больной; 3,0 балла — 1 больной; 3,5 балла — 1 больной; 4,0 балла — 2 больных; 4,5 балла — 1 больной. В течение 6 месяцев лечения степень тяжести неврологического дефицита по шкале EDSS сохранялась стабильной у всех больных, включая и больную, перенесшую однократное обострение.

Побочные реакции в виде кратковременного и непостоянного повышения температуры (как правило, до 10 инъекций) наблюдались в начале лечения у 1 больного, принимающего бетабиоферон-1а, и у 2-х больных — при приеме бетабиоферона-1b. У 2-х больных при приеме бетабиоферона-1b отмечалась преходящая умеренная тахикардия (до 90 уд. в 1 мин.) в течение 1 суток после введения, которая исчезала через 1 месяц от начала лечения.

Таким образом, наблюдение за больными в период лечения отечественными интерферонами свидетельствует о сокращении числа рецидивов, стабилизации неврологического дефицита и отсутствии прогрессирования, что в сочетании с безопасностью и в целом хорошей переносимостью позволяет рассматривать их появление в качестве перспективных препаратов для лечения рецидивирующих форм РС.

Вместе с тем, полученные данные в связи с несоответствием дизайна исследования общепринятым зарубежным стандартам (краткосрочные исследования при ограниченном числе пациентов), носят ориентировочный, а следовательно, предварительный характер и нуждаются в обязательном проведении более масштабных исследований, позволяющих в дальнейшем осуществить их внедрение в Украине.

Список литературы

1. Гусев Е. И., Демина Т. Л., Бойко А. И. Рассеянный склероз. — М.: Изд-во Нефть-газ, 1997. — 464 с.
2. Завалишин И. А. Рассеянный склероз: избранные вопросы теории и практики. — М., 2000. — 640 с.
3. Бархатова В. П., Завалишин И. А., Байдина Е. В. Патофизиология демиелинизирующего процесса // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2002. — № 7. — С. 53—58.
4. Лисяний Н. И. Иммунология и иммунотерапия рассеянного склероза. — Киев, 2003. — 251 с.
5. Чекнев С. Б. Патогенез РС: иммуностимуляция или иммунodeficit // Иммунология. — 1994. — № 2. — С. 9—17.
6. Волошин П. В., Волошина Н. П., Тайцлин В. И. и др. Рассеянный склероз в Украине: распространенность, течение, прогноз, лечение, фармакоэкономика // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50). — С. 6—21.
7. Obermayer-Straub P. Maunsm. Hepatitis C and D, retroviruses and autoimmune manifestations // J. Autoimmunity. — 2001. — V. 16 — P. 275—285.
8. Perron H., Garson S., Bedin F. et al. The Collaborative Research Group on multiple sclerosis molecular identification of a no retrovirus repeatable isolated from patients with multiple sclerosis // Proc. Natl. Acad. Sci. — 1997. — V. 94. — P. 7583—7588.
9. Воробьева Н. Л. и соавт. Особенности противовирусного иммунитета у больных рассеянным склерозом // Нейроиммунология. — 2005. — Т. 3, № 1. — С. 28—32.
10. Lassmann H., Bruck W., Lucchietti C., Heterogeneity of MS pathogenesis: implications for diagnosis and therapy // TRENDS Mol. Med. — 2001. — V. 7. — P. 115—121.

11. Lucchinetti C., Bruck W., Noseworthy S. Multiple sclerosis: recent developments in neuropathology, pathogenesis? Magnetic resonance imaging studies and treatment // *Cur. Opin. Neurol.* — 2001. — V. 14. — P. 259—269.
12. Рассеянный склероз и другие демиелинизирующие заболевания / Под ред. Е. И. Гусева, И. А. Завалишина, А. Н. Бойко. — М.: Изд-во Миклош, 2004. — 528 с.
13. Kornek B. MS and chronic autoimmune encephalomyelitis: a comparative quantitative study of axonal injury in active, inaction and remyelinated lesions // *Am. S. Pathol.* — V. 157. — P. 267—276.
14. Hohlfeld R. Biotechnological agents for the immunotherapy of MS. Principles, problems and perspectives // *Brain.* — 1997. — V. 120 — p. 865—916.
15. Алан Дж. Томпсон, Крис Полман, Райнхард Холфельд. Рассеянный склероз: клинические аспекты и спорные вопросы. Пер. с англ. Н. А. Тотолян / Под ред. А. А. Скоромца. — СПб.: Политехника, 2001. — 422 с.
16. Соколова Л. І., Лісяний М. І. Сучасні аспекти імунопатогенезу розсіяного склерозу та терапії бетафероном // *Нова медицина.* — № 2. — С. 40—43.
17. Mc. Donald W. NMR in diagnosis, monitoring treatment and epidemiology of multiple sclerosis // *Acta Neurology Scan.* — 1995. — P. 52—53.
18. Завалишин И. А., Переседова А. И. Современные возможности патогенетического лечения рассеянного склероза // *Лечение нервных болезней.* — 2001. — № 2. — С. 2—7.
19. Compston A. Treatment and management of multiple sclerosis / In: McAlpine's Multiple Sclerosis, 1999. — P. 437—498.
20. Ebers G. C., Rice G. P. A., Ogger J. et al. CXX11 annual Meeting of the American Neurological Association (28.09—1.10.97).
21. IFNB Multiple Sclerosis Study Group, University of British Columbia MS / MRI Analysis Group. *Neurology.* — 1995, 45, 1277—1285.
22. Jakobs L., Cookfair D. L., Rudik R. A. et al. // *Ann. Neurol.* — 1996, 39, 285—294.
23. Johnson K. R., Brooks B. R., Coher J. A. et al. // *Neurology.* — 1995, 45, 1268—1276.
24. web: WWW/ AXHO. DE
25. Ebers G. C. Treatment of multiple sclerosis // *Lancet.* — 1994. — P. 275—279.
26. Ричард А. Радик, Дональд Е. Гудкин. Терапия рассеянного склероза — Лондон: М. Дуниц, 2000. — 573 с.
27. Гусев Е. И., Бойко А. Н. Некоторые клинические и медико-социальные аспекты новых методов патогенетического лечения рассеянного склероза // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова.* — 2001. — № 4. — С.61—65.
28. European Study Group on Interferon-1b in Secondary Progressive MS/ Placebo-controlled multicenter randomized trial of interferon-1b in treatment of secondary progressive MS // *Lancet.* — 1998; 352: 1491—1497.
29. Coyle P. K., Hartung H.-P. Use of interferon beta in multiple sclerosis: rational for early treatment and evidence for dose- and frequency-dependent effects on clinical response // *Multiple Sclerosis.* — 2002. — Vol. 8. — P. 2—9.
30. Durelli L. Dose and frequency of interferon treatment matter INCOMIN and OPTIMS // *J. Neurol.* — 2003. — Vol. 250. — Suppl. 4. — P. 9—14.
31. Kobelt G., Jonsson L., Miltenburger C, Jonsson B. Cost-utility analysis of interferon beta-1b in secondary progressive multiple sclerosis using natural history disease data // *Int. J. Technol.* — 2002. — Vol. 18 (1). — P. 127—138.
32. Molyneux P. D., Kappos L., Polman C et al. The European Study Group on interferon beta-1b in secondary progressive multiple sclerosis. The effect of interferon beta-1b treatment on MRI measures of cerebral atrophy in secondary progressive multiple sclerosis // *Brain.* — 2000. — Vol. 123. — P. 2256—2263.
33. The IFNB Multiple Sclerosis Study Group. Interferon beta-1b is effective in relapsing-remitting multiple sclerosis // *Neurology.* — 1993. — Vol. 43. — P. 655—661.
34. Новости конгрессов (2002—2003): Раннее начало лечения и преимущества терапии в высокой дозе и с высокой частотой введения // 12 конгресс Европейского неврологического общества (ENS). — Берлин, 2002.
35. Новости конгрессов (2002—2003): Эффективность терапии интерфероном бета-1β (Бетафероном) в высокой дозе и с высокой частотой введения на ранних стадиях ремиттирующего РС // 13 конгресс Европейского неврологического общества (ENS). — Стамбул, 2003.
36. Новости конгрессов (2002—2003): Сравнительное исследование биологической активности препаратов бета-интерферона, проведенное независимой лабораторией // 19 конгресс Европейского комитета по терапии и исследованию рассеянного склероза (ESTRIMS). — Милан, 2003.
37. Шварц Г. Я. Фармакоэкономическое обоснование применения лекарственных препаратов превентивного ряда в лечении больных рассеянным склерозом // *Неврологический журнал.* — 2001. — Т.6, № 1. — С.43—47.
38. McDonald W. NMR in diagnosis, monitoring treatment and epidemiology of multiple sclerosis // *Acta Neurology Scan.* — 2005. — P. 52—56.

Надійшла до редакції 14.12.2007 р.

Н. П. Волошина, Т. В. Негреба, Т. М. Ткачова
Досвід застосування вітчизняних інтерферонів
у хворих з рецидивуючим перебігом
розсіяного склерозу

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

У роботі вивчена ефективність вітчизняних інтерферонів (бетаіноферону-1b та бетаіноферону-1a) у 6 хворих з рецидивуючим перебігом розсіяного склерозу. Тривалість лікування становила 6 місяців.

Ефективність лікування оцінювалася за такими критеріями:

- частота загострень та ступінь їх тяжкості;
- кількість хворих без загострень;
- кількість хворих, які вимушені приймати глюкокортикоїдні препарати в період лікування;
- зміна ступеня інвалідизації;
- наявність і ступінь виявлення побічних реакцій.

Отримані дані мають попередній характер (короткострокові дослідження з обмеженою кількістю пацієнтів) та свідчать про скорочення числа рецидивів, стабілізацію неврологічного дефіциту, відсутність прогресування та гарну переносність вітчизняних інтерферонів.

N. P. Voloshyna, T. V. Negreba, T. N. Tkachova
The experience of application of the interferon's, which
are produced in the Ukraine, at patients with relapsing
course of the multiple sclerosis

"The Institute of neurology, psychiatry and narcology of the AMS of Ukraine" SI (Kharkiv)

In the work it was found out the efficiency of the interferon's, which are produced in the Ukraine (betabioferon-1b and betabioferon-1a) at 6 patients with relapsing course of the multiple sclerosis. The duration of treatment has made 6 months.

The efficiency of treatment was estimated by following criteria:

- the frequency of aggravations and degree of their severity;
- the number of patients without aggravations;
- the number of patients, who were compelled to take the glucocorticoids in their treatment;
- the change of degree of the invalidism;
- the presence and degree of the adverse events.

The obtained data have the preliminary description (short-term researches with the limited number of patients) and testify the reduction of relapses, the stabilization of neurological deficiency, the absence of developing and good tolerability of the Ukrainian interferon's.

УДК 616.831-006

Р. В. Капустин, канд. мед. наук, д-р философи
Харьковский национальный медицинский университет;
Областная клиническая больница (г. Харьков)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРЕПАРАТА ЛАМОТРИН У БОЛЬНЫХ С НЕВРАЛГИЕЙ ТРОЙНИЧНОГО НЕРВА

Боль — это наиболее частый, а иногда и единственный симптом различных заболеваний. Она является одной из сложных проблем современной практической неврологии.

Головная и орофасциальная боли — наиболее сложная проблема диагностики (т. к. пациенты с данным видом болей обращаются к врачам разных специальностей) и лечения.

Возникновение лицевых болей связано с поражением чувствительных и двигательных нервных волокон тройничного нерва.

Одной из причин, вызывающих поражение тройничного нерва является его компрессия и ишемия. Еще в 1934 г. W. Dandy, основываясь на материалах обследования 250 оперированных больных с тригеминальной невралгией, показал, что в большинстве случаев её причиной является компрессия нервного корешка [8].

Часто невралгии тройничного нерва сопровождают артериальную гипертонию, церебральный атеросклероз и сахарный диабет.

Одной из причин этой невралгии может являться ишемия центральных отделов тройничного нерва (Гассерова узла, стволовых и корково-подкорковых участков тройничного нерва) [3].

Поэтому невралгию тройничного нерва смело можно назвать компрессионно-ишемической радикулоневропатией. Морфологически это выражается фрагментацией, вакуолизацией и набуханием отделов тройничного нерва с последующим переходом в зернистый распад [5].

В клинической практике такие изменения возможно регистрировать с помощью электроэнцефалографии — перестройка вызванных потенциалов головного мозга по пик-волновому типу, т. е. регистрируются феномены патогномоничные эпилепсии [4].

Это может быть связано, как с нарушением биохимического равновесия между тормозными и возбуждающими нейромедиаторами, формированием процесса асептического воспаления (повышение содержания гистамина и серотонина в крови таких больных), так и процессами влияния структур правого и левого полушарий головного мозга на течение данного патологического процесса [7].

Впервые о взаимодействии структур правого и левого полушария головного мозга в норме и при патологии упоминается в работе В. М. Бехтерева (1896) в «Руководстве к изучению внутренних связей мозга. Проводящие пути головного и спинного мозга» [1].

Изучению влияния структур правого и левого полушария головного мозга на характер течения заболеваний посвящены работы профессора Е. Г. Дубенко. Он впервые попытался описать межполушарную асимметрию у больных с цереброваскулярными нарушениями, возможные влияние на течение сосудистого процесса, преобладание симптоматики, в зависимости от поражения структур полушарий головного мозга, а также результаты лечения и исход, как основного

патологического процесса, так и сопутствующих заболеваний [3].

В диагностический поиск невралгий тройничного нерва ишемического генеза следует включать методы объективизирующие сосудистую ишемию головного мозга (как одну из причин возникновения данной патологии), к которым относятся ультразвуковая доплерография интракраниальных сосудов, методы нейровизуализации — рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография, а также однофотонная эмиссионная компьютерная томография (ОФЭКТ) [9].

Данный комплекс методов позволяет оценить скоростные характеристики мозговой гемодинамики, морфометрическую характеристику головного мозга, а также объемные возможности церебрального кровотока, как всего головного мозга, так и отдельных мозговых структур правого и левого полушарий.

Поиск рационального медикаментозного воздействия на лицевую боль у пациентов с тригеминальными невралгиями центрального генеза является актуальным.

Применение у таких больных ангиопротекторных, нейтропротекторных, противовоспалительных лекарственных препаратов не всегда дает положительный результат.

Наше внимание привлекло влияние на болевой синдром у больных невралгиями тройничного нерва центрального генеза группы противосудорожных препаратов, а в частности, ламотриджина.

Ламотриджин — противосудорожное лекарственное вещество, которое вызывает блокаду вольтажзависимых натриевых каналов пресинаптических мембран нейронов в фазе медленной инактивации и блокирует избыточное высвобождение глутамата и других нейротоксичных аминокислот [6].

Целью работы явилась оценка терапевтической эффективности лекарственного препарата ламотрин (ламотриджин) в комплексном лечении больных с невралгиями тройничного нерва ишемического генеза.

В данное исследование были включены 20 пациентов (10 мужчин и 10 женщин) с невралгией тройничного нерва ишемического генеза, находившиеся на лечении в Харьковской областной клинической больнице, средний возраст которых составил $59,4 \pm 1,1$ года, идентичных по образованию и социальному положению.

Всем пациентам был верифицирован диагноз невралгия тройничного нерва ишемического генеза в сочетании с дисциркуляторной энцефалопатией второй стадии гипертонического генеза.

Диагноз дисциркуляторная гипертоническая энцефалопатия и невралгия тройничного нерва устанавливался на основании критериев диагностического алгоритма МКБ-10 [2].

Критериями исключения явились невриты тройничного нерва воспалительного, герпетического, компрессионного и травматического генезов; перенесенные острые нарушения мозгового кровообращения

по ішемічному і геморагічному типам; последствия черепно-мозговой травмой; беременность; идиопатическая эпилептическая болезнь и симптоматические эпилепсии; отогенная и одонтогенная патологии; сахарный диабет; клинические признаки почечной и печеночной недостаточности.

Всем пациентам, вошедшим в исследование, в комплексе лечебных мероприятий применяли ламотрин (ламотриджин) компании «Фарма Старт» в дозе 0,1 г/сутки, препарат принимался по нарастающей схеме дозирования согласно инструкции, в течение 10 дней. Прием препарата пациенты проводили внутрь в первой половине дня.

Дозу препарата вычисляли, исходя из массы тела.

Всем больным проводили клиничко-неврологическое обследование, общие лабораторные, инструментальные исследования (рентгенография черепа, рентгеновская компьютерная томография головного мозга).

Для объективизации болевого синдрома и контроля за эффективностью применяемой терапии использовали клиническую оценку выраженности боли с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ) и шкалы вербальных оценок (ШВО).

Шкала ВАШ представляет собой прямую линию длиной 10 см, где начальной точкой является отсутствие боли — 0; дальше идет слабая, умеренная, сильная и конечная точка 10 — нестерпимая боль.

Интенсивность боли по шкале ШВО оценивали следующим образом: 0 баллов — боль отсутствует; 1 — слабая боль; 2 — слабая боль в покое и умеренная во время двигательной активности; 3 — умеренная боль в покое и сильная во время движений; 4 — нестерпимая боль.

Для объективизации клиничко-неврологического дефицита всем пациентам были проведены ультразвуковая доплерография интракраниальных сосудов, электромиография и магнитно-резонансная томография головного мозга.

При проведении ультразвуковой доплерографии оценивали среднюю линейную скорость кровотока (см/с) в бассейнах передней, средней, задней мозговых артерий, а также в вертебробазиллярном бассейне.

Магнитно-резонансная томография головного мозга проводилась на томографе типа «Образ-1», с напряженностью магнитного поля 0,12 Тесла.

Томограммы получали в трех взаимно перпендикулярных плоскостях. Проводили визуальную оценку состояния структур вещества и ликворопроводящей системы головного мозга.

Электромиографическое исследование включало изучение следующих показателей:

- скорость проведения импульса по сенсорным волокнам (CPBC);
- скорость проведения импульса по двигательным волокнам (CPBM);
- М-ответ с мышц, иннервируемых данным нервом;
- Н-рефлекс.

В цельной крови обследуемых пациентов определяли концентрации серотонина (нмоль/мл) и гистамина (нмоль/мл) с помощью флюорометрического метода.

Оценку результатов клинических, инструментальных и биохимических изучаемых показателей проводили до лечения и на 10-й день лечения.

Все больные жаловались на ноющую, стреляющую, пекущую, приступообразную боль, которая беспокоила их как в состоянии покоя, так и при приеме пищи, разговоре, а также во время другой двигательной активности (при ходьбе). Приступ тригеминальной боли сопровождался непроизвольным подергиванием мышц мимической мускулатуры на стороне поражения.

Динамика показателей боли через 10 дней после начала лечения ламотрином приведена в таблице 1.

Таблица 1

Динамика показателей боли у больных с невралгией тройничного нерва ишемического генеза до и после лечения

Показатель	До лечения	После лечения
Визуально-аналоговая шкала (ВАШ), см	9,5 ± 0,1	4,4 ± 0,1
Шкала вербальных оценок (ШВО), баллы	3,8 ± 0,1	1,7 ± 0,1

Выявлено достоверное снижение боли у всех пациентов, получавших ламотрин. Отмечается снижение интенсивности болевого синдрома на 5,1 балла по данным ВАШ и на 2,1 балла по данным ШВО. Полностью прошла боль у 5 из 20 больных.

Быстрое снижение болевого синдрома способствовало положительной динамике двигательных и чувствительных проявлений.

При проведении магнитно-резонансной томографии головного мозга патологических образований полушарной и стволовой и мозжечковой локализации выявлено не было, что соответствовало визуальным показаниям при проведении рентгеновской компьютерной томографии.

Следует отметить наличие у всех обследованных пациентов признаков выраженного асимметричного расширения желудочковой системы, сильвиевых щелей и субарахноидальных пространств. Это связано с полушарными асимметриями в кровоснабжении головного мозга — интенсивное снижение скоростных характеристик мозгового кровообращения на стороне поражения (более выраженное расширение желудочков и субарахноидальных пространств). При этом происходит реагирование неповрежденного полушария (невралгия правого тройничного нерва, а расширение желудочковой системы и субарахноидальных пространств — слева).

После применения ламотрина отмечается значительное увеличение скорости проведения импульса по сенсорным (в 1,5 раза) и моторным (в 1,2 раза) волокнам, амплитуда произвольного сокращения мышц увеличилась в 1,4 раза. Это свидетельствует о существенном объективном улучшении функций нервной проводимости по пораженному нервному волокну, что связано со стойким обезболивающим действием ламотрина.

Исследование концентрации серотонина и гистамина в цельной крови (табл. 2) пациентов свидетельствует, что отмечается повышение их концентраций до проводимой терапии. Это связано с компенсаторно-приспособительными механизмами, возникающими в процессе гипоксически-ишемического повреждения вещества головного мозга при хронических нарушениях мозгового кровообращения, которое можно расценивать как асептическое воспаление.

Таблиця 2

Содержания гистамина и серотонина в цельной крови больных с невралгиями тройничного нерва ишемического генеза

Показатель	Концентрация до лечения	Концентрация после лечения	Средне нормальные значения
Серотонин, нмоль/мл	$0,57 \pm 0,01; p < 0,001$	$0,45 \pm 0,01; p < 0,001$	$0,31 \pm 0,01$
Гистамин, нмоль/мл	$0,91 \pm 0,02; p < 0,001$	$0,51 \pm 0,02; p < 0,01$	$0,39 \pm 0,02$

После проведенного лечения уровни содержания данных показателей приближались к их нормальным значениям, что обусловлено не только выраженным анальгезирующим эффектом, а, вероятно, способностью ламотрина влиять на обмен нейромедиаторов.

Все пациенты, получавшие ламотрин, отмечали хорошую переносимость препарата, его выраженный обезболивающий эффект, не указывали на появления сонливости, аллергических кожных реакций, раздражения желудочно-кишечного тракта и других его побочных действий.

При этом, все больные отмечали, что анальгезирующий эффект данного лекарственного препарата наступал через 60 минут после его приема внутрь.

Клинический пример.

Больная К., жительница Лозовского района Харьковской области обратилась в поликлинику ЦРБ с жалобами на интенсивные головные боли, головокружение, снижение зрения, опущение век обеих глаз, нарушение сна, слабость, снижение работоспособности, нарушения памяти и рассеянность.

Головные боли, как правило, носили диффузный изнуряющий характер, усиливающиеся в ночное время, с иррадиацией в область правого глаза и верхней челюсти.

В результате клинического обследования с привлечением врачей терапевта, хирурга, эндокринолога и травматолога был установлен диагноз: дисциркуляторная энцефалопатия с вертебрально-базилярной недостаточностью. Остеохондроз шейного отдела позвоночника.

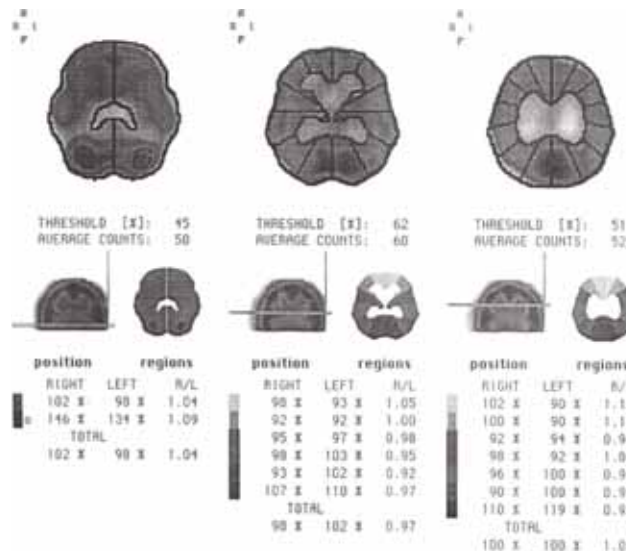
Применение диклофенака, габапентина, пентоксифиллина, пирацетама, дибазола, сернокислой магнезии не дало желаемых результатов.

Больная направлена на консультацию в поликлиническое отделение Областной клинической больницы г. Харькова, где в результате тщательного клинико-инструментального обследования установлен диагноз: Дисциркуляторная гипертоническая энцефалопатия неблагоприятный тип прогрессивное течение с ПНМК. Состояние после транзиторной ишемической атаки в вертебрально-базилярном бассейне с ликворной гипертензией, вестибулярным синдромом, миастеническим синдромом, невралгией правого тройничного нерва.

При этом при проведении ЭЭГ-исследования регистрировалась генерализованная пароксизмальная активность и единичными пик-волнами.

УЗДПГ интракраниальных сосудов регистрировалось снижение линейной скорости кровотока по вертебробазилярному бассейну.

Больная направлена в НИИ нейрохирургии им. Роданова в радиоизотопную лабораторию для проведения однофотонной эмиссионной компьютерной томографии. Результаты, проводимого исследования представлены на рисунке (диффузное незначительное снижение кровообращения в обоих полушариях головного мозга, со снижением объемного кровотока в вертебрально-базилярном бассейне).



В лечении были использованы **ламотрин**, цитиколин, цитофлавин, семакс, флогензим, актовегин, нуклео-ЦМФ, траумель, ангио-инъекты.

После проводимой терапии (на 10 день лечения), больная отмечала значительное улучшение общего состояния здоровья, снижение интенсивности болевого синдрома, исчезновение головокружений, изнуряющих головных болей с иррадиацией в область правой орбиты и верхней челюсти, шаткости при ходьбе, улучшение зрения, памяти, а также сна. Объективно уменьшились признаки миастенического, вестибулярного синдромов. На ЭЭГ — уменьшились явления генерализованной пароксизмальной активности, исчезли пик-волны. При проведении УЗДПГ — нормализовались скоростные характеристики мозговой гемодинамики в вертебробазилярном бассейне. Контрольная магнитно-резонансная томография головного мозга не выявила существенной динамики с предыдущими результатами.

Выводы

Лекарственный препарат ламотрин можно использовать в лечении невралгий тройничного нерва ишемического генеза. Следует отметить достаточное влияние препарата на двигательные и чувствительные нарушения.

Данный лекарственный препарат оказывает выраженный анальгезирующий эффект, способствуя уменьшению выраженности болевого синдрома. Он хорошо переносится больными, не вызывает существенных побочных эффектов.

Полученные в ходе исследования данные позволяют рекомендовать ламотрин для широкого использования в комплексной рациональной терапии больных с невралгиями тройничного и других черепно-мозговых нервов.

Авторський вклад.

Автор запланував, розробив дизайн, збирав матеріал, аналізував і інтерпретував дані, спостерігав за ходом дослідження і збирав джерела фінансування.

Заявлення про конфлікт інтересів.

Конфлікт інтересів відсутній.

Благодарність.

Автор подякує фірму «Фарма старт» за підтримку. Ми дякуємо всіх пацієнтів, які великодушним чином погодилися взяти участь у цьому дослідженні.

Список літератури

1. Бехтерев В. М. Проводящие пути спинного и головного мозга. — С.-Петербург: Изд-е Риккера, 1896. — 386 с.
2. Гусев Е. И., Скворцова В. И. Ишемия головного мозга. — М.: Медицина, 2001. — 251 с.

3. Дубенко Е. Г. Нервные болезни. — Киев: Здоровье, 2001. — 696 с.

4. Карлов В. А., Карапетян И. С. О классификации и терминологии прозопалгии // Стоматология. — 1990. — № 1. — С. 90—92.

5. Карлов В. А. Неврология. — М.: Медицинское информационное агентство, 2002. — 639 с.

6. Компендиум. Лекарственные препараты. — Киев: Морион, 2005. — 1920 с.

7. Турбина Л. Г. К вопросу о классификации лицевых болей // Российский стоматологический журнал. — 2002, № 3. — С. 44—45.

8. Шеремет Е. А. и др. Лицевые боли / Шеремет Е. А., Кушнер Г. М., Безруков С. Г., Яблонская Н. И. — Симферополь: КГМУ, 2005. — 64 с.

9. Фильчиков А. А., Залесский В. Н. Прижизненная неинвазивная визуализация апоптоза: состояние и перспективы исследований // Медицинская визуализация. — 2003. — № 33. — С. 126—132.

Надійшла до редакції 14.12.2007 р.

Р. В. Капустін

Ефективність застосування препарату Ламотрін у хворих з невралгіями трійчастого нерву

*Харківський національний медичний університет;
Обласна клінічна лікарня (м. Харків)*

У дослідженні доведено дані про ефективність препарату ламотрін у хворих з невралгіями трійчастого нерву ішемічного генезу. Показано, що цей лікарський засіб добре зніжує больовий синдром, оказує задовільний вплив на загальний стан хворих, нормалізує нейромедіаторний гомеостаз.

R. V. Kapustin

Efficiency of use of preparation Lamotrin at patients with the neuralgia of the trigeminal nerve

Kharkiv National medical university, Regional clinical hospital

In research the data on efficiency a preparation lamotrin at patients with neuralgias of a trigeminal nerve ischemic genesis are resulted. It is shown, that given the medical product well stops a painful syndrome, renders positive influence on the common condition of patients, normalizes neuromediator a homeostasis.

УДК 616.1-009.86:577.1

І. І. Кричун, канд. мед. наук, доцент каф. нервових хвороб, психіатрії та медичної психології
Буковинський державний медичний університет (м. Чернівці)

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН ПЛАЗМОВОГО ВМІСТУ ТАХІКІНІНІВ У ХВОРИХ НА ВЕГЕТО-СУДИННУ ДИСТОНІЮ

З моменту відкриття регуляторних нейропептидів зростає кількість наукових повідомлень щодо їхнього впливу на органи і системи, які підтримують основні гомеостатичні параметри [2, 7, 14]. Аналіз літератури свідчить про інтеграцію різних аспектів дії тахікінінів — як на рівні нейромедіаторних ефектів, так і ендокринних впливів [5, 6, 11]. Молекулярні аспекти біології регуляторних пептидів є досить складними. Одним з основних механізмів є взаємодія пептидів з білками-рецепторами на поверхні плазматичної мембрани. Деякі з пептидів після взаємодії з рецепторами змінюють внутрішньоклітинну концентрацію Ca^{2+} через систему кальмодуліну, інші — стимулюють генну експресію, отже, їх вплив реалізується на рівні ядерного апарату клітин [8, 9]. Кінцевою фазою регуляторного впливу є інтерналізація: нейропептиди проходять крізь клітинні мембрани за допомогою механізму, подібного до ендоцитозу, проникають усередину клітини, де з'єднуються з лізосомами і піддаються деградації. Цей процес є загальним для усіх пептидних регуляторів. Крім того, таким чином регулюється кількість експресованих рецепторів на поверхні клітини, оскільки рецептор інтерналізується разом із пептидом [13, 24].

Принципово важливою особливістю функції регуляторних нейропептидів є здатність ініціювати після взаємодії з рецептором цілу низку процесів на всіх рівнях метаболічної ієрархії клітини — від мембрани до геному, різної тривалості — від секунд і хвилин до

декількох годин [16]. Подібні явища характерні і для нейромедіаторів звичайного типу, але нейропептиди мають важливу особливість — тривалий термін існування за більш подовженої дії на рецептори [22].

Незважаючи на досить велику увагу дослідників до вивчення ролі нейромедіаторів у патогенезі різноманітних захворювань, їх значення в механізмах розвитку вегето-судинної дистонії залишається нез'ясованим. Тому метою нашого дослідження було вивчення змін вмісту в плазмі крові бомбезину, субстанції Р і вазоактивного інтестинального поліпептиду при різних типах вегето-судинної дистонії.

Нами обстежено 48 хворих на вегето-судинну дистонію (чоловіків — 17, жінок — 31) віком від 14 до 30 років (у середньому 22,8). Серед них у 18 пацієнтів діагностовано гіпертонічний тип, у 12 — гіпотонічний та у 18 — змішаний тип захворювання.

Пацієнти були поділені на три групи. Першу групу склали хворі на гіпертонічний тип вегето-судинної дистонії (середній вік — 22 роки, чоловіків — 11, жінок — 7), другу — пацієнти з гіпотонічним типом (середній вік — 26,2 року, чоловіків — 1, жінок — 11) і третю — зі змішаним типом захворювання (середній вік — 24,5 року, чоловіків — 5, жінок — 13).

Обстеження хворих включало: клінічне соматичне та неврологічне обстеження з детальним дослідженням вегетативного тону, вегетативної реактивності та вегетативного забезпечення діяльності в поєднанні

з комплексом параклінічних інструментальних методів дослідження (екстра- та інтракраніальна доплерографія, яку проводили на апараті «Сономед-330» за стандартними методиками з використанням тестів на виявлення судинної реактивності та гемодинамічного резерву судин головного мозку; ЕКГ, ЕхоЕГ, ЕЕГ, дослідження очного дна та інші).

Для контролю використовували результати визначення вмісту в крові тахікінінів у 15 практично здорових осіб відповідного віку. Кров з ліктьової вени збирали вранці, натщесерце. Екстракцію тахікінінів проводили ацетонітрилом на мікроколонках

Amprep™ C₂ ("Amersham", Велика Британія). У роботі використовували набори реактивів для радіоімунного визначення субстанції Р, бомбезину і вазоактивного інтестинального поліпептиду ("Inc. Star", США) з реєстрацією імпульсів на установці «Гама-12» (Росія).

Статистичну обробку отриманих результатів виконували за програмою «BioStat» з визначенням *t*-критерію Стьюдента.

Як свідчать результати дослідження (таблиця), у практично здорових осіб у плазмі крові переважала концентрація вазоактивного інтестинального поліпептиду.

Таблиця 1

Зміни вмісту у плазмі крові тахікінінів у хворих на вегето-судинну дистонію ($\bar{x} \pm Sx$)

Групи досліджуваних	Субстанція Р, пг/мл	Бомбезин, пг/мл	Вазоактивний інтестинальний поліпептид, пг/мл
Контроль (практично здорові волонтери), $n = 15$	$48,51 \pm 5,55$	$45,90 \pm 5,05$	$92,83 \pm 8,46$
Хворі на вегето-судинну дистонію за гіпертонічним типом, $n = 18$ (1 група)	$28,18 \pm 4,16$ $p < 0,01$	$71,72 \pm 6,36$ $p < 0,01$	$86,10 \pm 5,85$ $p > 0,5$
Хворі на вегето-судинну дистонію за гіпотонічним типом, $n = 12$ (2 група)	$89,16 \pm 10,30$ $p < 0,01$ $p_{1-2} < 0,001$	$24,53 \pm 3,05$ $p < 0,01$ $p_{1-2} < 0,001$	$72,79 \pm 4,60$ $p > 0,06$ $p_{1-2} > 0,1$
Хворі на вегето-судинну дистонію за змішаним типом, $n = 18$ (3 група)	$46,64 \pm 3,11$ $p > 0,7$ $p_{1-3} < 0,01$ $p_{2-3} < 0,001$	$50,45 \pm 3,64$ $p > 0,4$ $p_{1-3} < 0,01$ $p_{2-3} < 0,001$	$146,90 \pm 8,65$ $p < 0,01$ $p_{1-3} < 0,001$ $p_{2-3} < 0,001$

Примітки: *p* — ступінь достовірності різниць показників відносно контролю; p_{1-2} , p_{1-3} , p_{2-3} — ступінь достовірності різниць показників у відповідних групах хворих; *n* — число спостережень

При вегето-судинній дистонії за гіпертонічним типом вміст у крові субстанції Р виявлявся на 41,9 % меншим за контроль, плазматична концентрація бомбезину, навпаки, була на 56,3 % більшою за контрольні показники, а рівень у плазмі крові вазоактивного інтестинального поліпептиду не відрізнявся від такого у практично здорових осіб. Для хворих на вегето-судинну дистонію за гіпотонічним типом характерним було підвищення концентрації в крові субстанції Р на 83,8 % при зниженні плазматичного вмісту бомбезину на 46,6 % і сталому рівні вазоактивного інтестинального поліпептиду. У разі вегето-судинної дистонії за змішаним типом плазматична концентрація субстанції Р і бомбезину не відрізнялись від контрольних показників, тоді як вміст у плазмі крові вазоактивного інтестинального поліпептиду на 58,2 % перевищував такий у практично здорових осіб контрольної групи.

Порівняльний аналіз показав (рис. 1), що у хворих на вегето-судинну дистонію за гіпотонічним типом рівень у крові субстанції Р був у 3,2 разу більшим, а плазматична концентрація бомбезину — у 2,9 разу меншою, ніж у пацієнтів з вегето-судинною дистонією за гіпертонічним типом. Вміст у крові вазоактивного інтестинального поліпептиду в зазначених групах хворих був практично однаковим.

У хворих на вегето-судинну дистонію за змішаним типом концентрація в плазмі крові субстанції Р на 65,5 % перевищувала таку у пацієнтів з гіпертонічним типом захворювання і водночас була на 47,7 % меншою, ніж при гіпотонічному типі вегето-судинної дистонії. Крім того, змішаний тип вегето-судинної дистонії характеризувався більш низьким (на 29,7 %), ніж при гіпертоніч-

ному типі, рівнем у крові бомбезину, який водночас був у 2,1 разу більшим, ніж у пацієнтів з гіпотонічним типом захворювання. Щодо рівня у плазмі крові вазоактивного інтестинального поліпептиду, варто зазначити, що даний показник при змішаному типі вегето-судинної дистонії був максимальним і перевищував такий у хворих з гіпертонічним і гіпотонічним типами вегето-судинної дистонії відповідно в 1,7 і 2,0 рази.

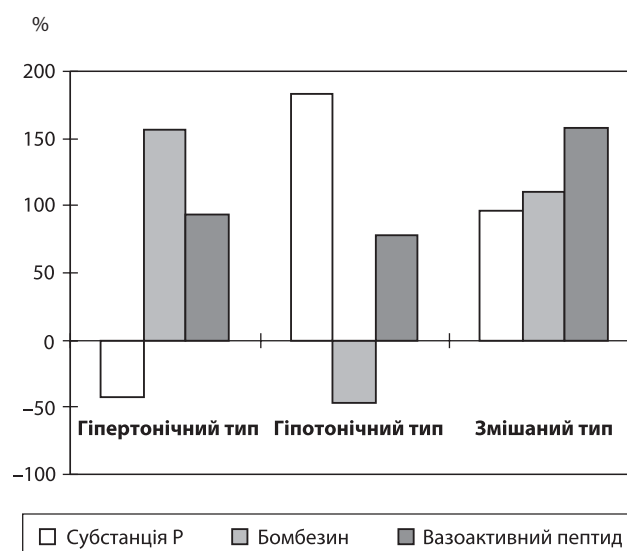


Рис. 1. Порівняльний аналіз змін вмісту в крові тахікінінів у хворих з різними типами вегето-судинної дистонії (у % від контролю)

Отже, при гіпертонічному типі вегето-судинної дистонії на судини явно переважає бомбезинергічний вплив, при гіпотонічному — дія субстанції Р, при змішаному — вазоактивного інтестинального поліпептиду.

Бомбезин був спочатку виділений із шкіри жаби *Rana Bombeza*, а потім знайдений у багатьох відділах центральної нервової системи, кишечника та легень [4, 10]. Одним з біологічних ефектів бомбезину є центральна регуляція активності судинної ренін-ангіотензинової системи, яка здійснюється на рівні синтезу, вивільнення і активації ендотеліальної реніноподібної субстанції [1]. У разі зниження артеріального тиску зменшується гальмівний вплив барорецепторів високого тиску і збільшується стимулююча дія барорецепторів низького тиску та із дуги аорти на ядро солітарного тракту надходить інтегрований сигнал, котрий ініціює викид у кров бомбезину і блокує секрецію субстанції Р [16]. Надалі відбувається активація ренін-ангіотензинової системи, ангіотензин II приводить ємність судинного русла у відповідність до об'єму циркулюючої крові через вазоконстрикторну дію [21] і пряму стимуляцію реабсорбції іонів натрію і води в проксимальних канальцях [3]. У протилежному випадку, тобто в разі підвищення артеріального тиску, зростає гальмівний вплив з відповідних рецепторів дуги аорти, котрий зменшує утворення і знижує вивільнення в кров бомбезину. Водночас різко підвищується надходження в систему кровообігу субстанції Р, яка пригнічує ангіотензинперетворювальний фермент [2], знижуючи тим самим утворення ангіотензину II і підвищуючи генерацію кінінів, що спричиняє додатковий ефект вазодилатації [15]. Варто зазначити, що субстанція Р також була знайдена в багатьох відділах центральної нервової системи: гіпоталамусі, задніх рогах спинного мозку, нейронах спинальних гангліїв, волокнах трійчастого нерву, периферійних шкірних нервових закінченнях, у різних відділах травного тракту та ентерохромафінній тканині наднирників [17]. Внутрішньовенне введення субстанції Р у людини спричиняє значну гіперемію шкіри, гіпотензію і тахікардію [16] внаслідок дилатації судин великого кола кровообігу [23].

Таким чином, не виключено, що дисбаланс у системі стабілізації артеріального тиску «бомбезин — субстанція Р» здатний призвести до розвитку вегето-судинної дистонії за гіпер- або гіпотонічним типом (рис. 2).

Щодо вазоактивного інтестинального поліпептиду, рівень якого зростає при змішаному типі вегето-судинної дистонії, то його участь у патогенезі розладів судинного тонуусу може бути пов'язана з прямою дією на рівні гладком'язових клітин або опосередкованим впливом на ендотелій судин резистивного типу. Встановлено, що активація специфічних рецепторів вазоактивного інтестинального поліпептиду приводить до стимуляції аденілатциклазного каскаду синтезу цАМФ [23]. У кишечнику вазоактивний інтестинальний поліпептид стимулює транспорт іонів хлору, і таким чином регулює секрецію води [19]. Внутрішньовенне введення вазоактивного інтестинального поліпептиду впливає на системний кровообіг — пептид спричиняє вазодилатацію у великому колі кровообігу, гіпотензію і тахікардію [22]. На легеневі судини вазоактивний інтестинальний поліпептид діє так само, як і на судинний тонус великого кола кровообігу, спричиняючи вазодилатацію незалежно від ендотелію, тобто він впливає безпосередньо на гладком'язові клітини. Авторадіографія виявила високу щільність рецепторів вазоактивного інтестинального поліпептиду у гладкій мускулатурі судин за їх відсутності на ендотеліальних клітинах.

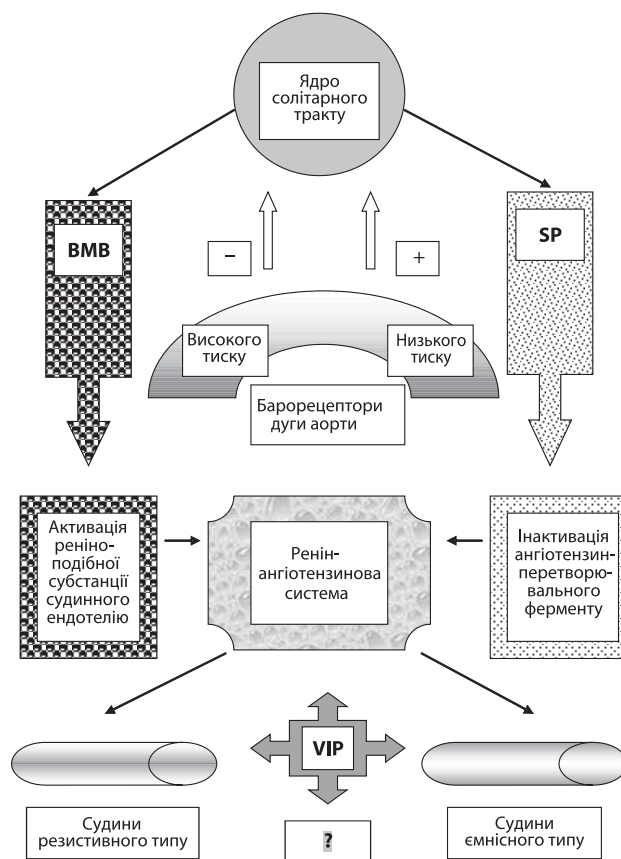


Рис. 2. Ймовірні шляхи участі тахікінінів у патогенезі вегето-судинної дистонії (пояснення у тексті)

Примітки: BMB — бомбезин; SP — субстанція Р; VIP — вазоактивний інтестинальний поліпептид

Деякі автори вважають, що біологічна роль вазоактивного інтестинального поліпептиду полягає в регуляції кровотоку в легеновому кровоносному руслі [18]. Вазоактивний інтестинальний поліпептид розширює також і бронхіальні судини [20]. Окрім того, він виявляє слабку холінолітичну дію, а також має властивості неадренергічного нейромедіатора: забезпечує тривалу релаксацію гладкої мускулатури, яка не знімається адрено- та нейроблокаторами. Варто зазначити, що вазоактивний інтестинальний поліпептид міститься (поряд з ацетилхоліном) у деяких холінергічних нервах, що включає іннервацію ендокринних залоз [12]. Отже, питання участі тахікінінів у патогенезі різних типів вегето-судинної дистонії потребує подальшого вивчення.

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

1. При вегето-судинній дистонії за гіпертонічним типом вміст у крові субстанції Р є на 42 % меншим за контроль, плазмова концентрація бомбезину перевищує контрольні показники в 1,6 разу, рівень у плазмі крові вазоактивного інтестинального поліпептиду відповідає такому у практично здорових осіб.

2. Для хворих на вегето-судинну дистонію за гіпотонічним типом характерним є підвищення концентрації в крові субстанції Р на 83,8 % і зниження плазматичного вмісту бомбезину на 46,6 %. Рівень у плазмі крові вазоактивного інтестинального поліпептиду не відрізняється від контролю.

3. У хворих на вегето-судинну дистонію за змішаним типом плазмові концентрації субстанції Р і бомбезину відповідають таким у практично здорових осіб, тоді як плазмовий вміст вазоактивного інтестинального поліпептиду на 58 % перевищує контрольні показники.

Список літератури

1. Гормоны и почки / Под. ред. П. А. Филлипс, С. И. Джонсон; Пер. с англ. — М.: Наука, 2000. — 98 с.
2. Кухарчук О. Л. Патогенетична роль та методи корекції інтегративних порушень гормонально-месенджерних систем регуляції гомеостазу натрію при патології нирок: Автореф. дис... д-ра мед. наук: 14.03.05 / Одеський мед. ін-т. — Одеса, 1996. — 37 с.
3. Наточин Ю. В. Архитектура физиологических функций: тот же фундамент, новые грани // Российский физиологический журнал им. И. П. Сеченова. — 2002. — Т. 88, № 2. — С. 129—143.
4. Barnes P. J. Neuropeptides in the respiratory tract. Part I // Am. Rev. Resp. Dis. — 1991. — Vol. 144. — P. 1187—1198.
5. Blum A. J., Metwali G., Cook R. C. et al. Substance P modulates antigen-induced IFN- γ production in murine schistosomiasis mansoni // J. Immunol. — 1993. — Vol. 151. — P. 225—233.
6. Goetzl E. J., Sreedharan S. P., Kaltreider H. B. Neuroregulation of pulmonary immunity: The roles of substance P and vasoactive intestinal peptide / In: Neuropeptides in Respiratory Medicine. — Eds.: M. A. Kaliner, P. J. Barnes, G. H. H. Kunkel, J. N. Baraniuk. — New York: Marcel Dekker, 1994. — P. 607—616.
7. Gomariz R. P., Delgado M., Naranjo J. R. et al. VIP gene expression in rat thymus and spleen // Brain Behav. Immun. — 1993. — Vol. 7. — P. 271—278.
8. Ichikawa S. S., Sreedharan E. J., Goetzl A. Immunochemical localization of type I VIP receptor and NK-1-type substance P receptor in rat lung // Am. J. Physiol. — 1995. — Vol. 268 (Lung Cell. Mol. Physiol. 12). — P. L584—L588.
9. Ishihara T. R., Shicemoto T. R., Mori K. et al. Functional expression and tissue distribution of a novel receptor for vasoactive intestinal polypeptide // Neuron. — 1992. — Vol. 8. — P. 811—819.
10. Johnson D. A., Wobken J. D., Landrum B. G. Changes in bombesin, calcitonin and serotonin immunoreactive pulmonary neuroendocrine cells in cystic fibrosis and after prolonged mechanical ventilation // Amer. Rev. Respir. Disease. — 1988. — Vol. 137, № 1. — P. 123—131.
11. Kaltreider H. B., Ishikawa S., Byrd P. K. et al. Upregulation of neuropeptides and neuropeptide receptors in a murine model of immune inflammation in lung parenchyma // Am. J. Resp. Cell. Mol. Biol. — 1997. — Vol. 16. — P. 133—144.
12. Luts A., Uddman R., Alm P. et al. Peptide-containing nerve fibers in human airways: Distribution and coexistence pattern // Int. Arch. Allergy Immunol. — 1993. — Vol. 101. — P. 52—60.
13. Lutz E. M., Sheward W. J., West K. M. et al. The VIP2 receptor: Molecular characterization of a cDNA encoding a novel receptor for vasoactive intestinal peptide // FEBS Lett. — 1993. — Vol. 334. — P. 3—8.
14. Mapp C. E., Mito D., Saetta M. et al. The distribution of neurokinin-1 and neurokinin-2 receptors in human central airways // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. — 2000. — Vol. 161. — P. 207—215.
15. Mosimann B. L., White M. V., Hohman R. J. et al. Substance P, calcitonin gene-related peptide, and vasoactive intestinal peptide increase in nasal secretions after allergen challenge in atopic patients // J. Allergy Clin. Immunol. — 1993. — Vol. 92. — P. 95—104.
16. Nakanishi S. Mammalian tachykinin receptors // Ann. Rev. Neurosci. — 1991. — Vol. 14. — P. 123—136.
17. Neiber K., Baumgarten C. R., Rathack R. et al. Substance P and beta-endorphin-like immunoreactivity in lavage fluid of subjects with and without allergic asthma // J. Allergy Clin. Immunol. — 1992. — Vol. 90. — P. 646—654.
18. Obara H., Kusunoki M., Mori M., et al. The effects of various peptides on the isolated pulmonary artery // Peptides. — 1989. — Vol. 10, № 1. — P. 241—243.
19. Ohkubo N. S., Miura H., Serizawa H. J. et al. In vivo effect of chronic administration of vasoactive intestinal peptide on gut-

associated lymphoid tissues in rats // Regul. Peptides. — 1994. — Vol. 50. — P. 127—135.

20. Okabe S., Kintura K., Okada S. et al. Bronchodilatory effect of inhaled vasoactive intestinal peptide analogue on constricted airways // Amer. Rev. Respir. Disease. — 1989. — Vol. 139, № 4, Pt. 2. — P. 142.

21. Perazella M. A., Setaro J. F. Renin-angiotensin-aldosterone system: fundamental aspects and clinical implications in renal and cardiovascular disorders // J. Nucl. Cardiol. — 2003. — Vol. 10. — P. 184—196.

22. Piedmonte G. Tachykinin peptides, receptors and peptidases in airway disease // Exp. Lung Res. — 1995. — Vol. 21. — P. 809—834.

23. Scholle S., Zwacka G., Glaser S. et al. Substance P, mean apnoea duration and the sudden infant death syndrome // Biomed. Biochem. Acta. — 1990. — Vol. 49, № 4. — P. 249—255.

24. Sreedharan S. P., Huang J. — X., Cheung M. C., Goetzl E. J. Structure, expression and chromosomal localization of the type I human vasoactive intestinal peptide receptor gene // Proc. Natl. Acad. Sci. USA. — 1995. — Vol. 92. — P. 2939—2943.

Надійшла до редакції 19.12.2007 р.

I. I. Кричун

Характеристика змін плазмового вмісту тахікінінів у хворих на вегето-судинну дистонію

Буковинський державний медичний університет
(м. Чернівці)

Встановлено, що при вегето-судинній дистонії за гіпертонічним типом вміст у крові субстанції Р є на 42 % меншим за контроль, плазмова концентрація бомбезину перевищує контрольні показники в 1,6 разу, рівень у плазмі крові вазоактивного інтестинального поліпептиду відповідає такому у практично здорових осіб. Для хворих на вегето-судинну дистонію за гіпотонічним типом характерним є підвищення концентрації в крові субстанції Р на 83,8 % і зниження плазмового вмісту бомбезину на 46,6 %. Рівень у плазмі крові вазоактивного інтестинального поліпептиду не відрізняється від контролю. У хворих на вегето-судинну дистонію за змішаним типом плазмові концентрації субстанції Р і бомбезину відповідають таким у практично здорових осіб, тоді як плазмовий вміст вазоактивного інтестинального поліпептиду на 58 % перевищує контрольні показники.

I. I. Krychun

Characteristic of changes of the plasma tachykinins content in patients suffering from vegeto-vascular dystonia

Bukovinian State Medical University
(Chernivtsi)

At has been established that in case of vegeto-vascular dystonia after the hypertensive type the blood content of substance P is lower by 42 % than the control one, the plasma concentration of bombesin exceeds the control parameters 1.6 times, the level of the blood plasma vasoactive intestinal polypeptide correspond to that of apparently healthy persons. An elevation of the blood substance P concentration by 83.8 % and a decrease of the plasma bombesin concentration by 46.6 % are characteristic of patients with vegeto-vascular dystonia after the hypotonic type. The blood plasma vasoactive intestinal polypeptide level does not differ from the control one. the plasma concentration of substance P and bombesin in patients with vegeto-vascular dystonia of a mixed type correspond to those of apparently healthy persons, whereas the plasma content exceeds the control indices by 58 %.

И. А. ЛапинаГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»
(г. Харьков)**КЛИНИКО-ДОПЛЕРОГРАФИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ С ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОБУСЛОВЛЕННЫМИ
АТЕРОТРОМБОЗОМ**

Сердечно-сосудистые заболевания являются пандемией современной медицины. Это основная причина смертности населения Земного шара [1].

В структуре сердечно-сосудистых заболеваний цереброваскулярная патология занимает ведущее место. Сосудистые заболевания головного мозга являются одной из ведущих причин смертности и инвалидизации населения земного шара. Так, смертность от сосудистых заболеваний головного мозга в экономически развитых странах мира занимает в структуре общей смертности 3 место [2—3].

В патогенезе цереброваскулярных заболеваний атеросклероз играет ведущую роль [4—5].

Распространенность атеросклероза в настоящее время настолько велика, что можно говорить об эпидемии данного заболевания, которая охватила цивилизованные страны [6].

В настоящее время атеросклероз рассматривается как генерализованное прогрессирующее заболевание, поражающее различные сосудистые бассейны [7]. Ранние структурные изменения в стенке артерий крупного и среднего калибров, возникающие в молодом возрасте, эволюционируют от дисфункции эндотелия к фиброатероматозным, геморрагическим и тромботическим бляшкам, которые чаще развиваются после 40 лет [6]. Исходом развития атеросклероза является атеротромбоз [5, 7, 8].

Патофизиологическое определение атеротромбоза определяется как формирование тромба, богатого тромбоцитами, в сосудах пораженных атеросклерозом [3, 5, 7]. Именно атеротромбоз, лежащий в основе подавляющего большинства острых поражений коронарных, мозговых и периферических артерий, считается ведущей причиной смерти и инвалидизации населения в мире [6—8].

Как известно, атеротромбоз — это генерализованный процесс, при котором имеет место поражение нескольких сосудистых бассейнов.

Клинически атеротромбоз проявляется острыми коронарными синдромами (нестабильная стенокардия, острый инфаркт миокарда), острыми нарушениями мозгового кровообращения (транзиторные ишемические атаки — ТИА, острый ишемический инсульт) и острой ишемией конечностей [9]. Как правило, у каждого больного, страдающего атеротромбозом, имеет место поражение нескольких сосудистых бассейнов.

За последние годы проведено много исследований о взаимосвязи атеротромбоза и кардиоваскулярной патологии. Меньшее количество работ посвящено клиническим особенностям, механизмам развития цереброваскулярных заболеваний при атеротромбозе. Мало изученными являются клинические особенности цереброваскулярных заболеваний у больных с атеротромбозом, особенности церебральной гемодинамики, состояние стенки сонных артерий, особенно внутрен-

ней сонной артерии (ВСА), у больных с атеротромбозом. Изучение этих вопросов будет способствовать разработке новых подходов в лечении и профилактике таких больных.

В связи с вышеизложенным, цель данной работы явилась изучение особенностей клинико-неврологических проявлений цереброваскулярных заболеваний (ишемического инсульта и транзиторных ишемических атак) у больных с атеротромбозом, состояния их церебральной гемодинамики для разработки критериев диагностики, профилактики и лечения таких больных.

Задачи работы:

1. Изучить особенности клинического течения атеротромботического ишемического инсульта.

2. Изучить особенности клинического течения атеротромботических транзиторных ишемических атак.

3. Изучить состояние церебральной гемодинамики, с прицельным изучением состояния стенки сонных артерий.

При решении поставленных целей и задач работы были использованы следующие методы исследования: клинико-неврологический; компьютерная томография (КТ) головного мозга; ультразвуковое дуплексное сканирование (УЗДС) магистральных артерий шеи; статистические.

Нами было обследовано 94 больных (52 мужчины и 42 женщины) в возрасте от 55 до 77 лет с церебральными проявлениями атеротромбоза.

У 75 пациентов (37 мужчин и 38 женщин) в анамнезе был ишемический атеротромботический мозговой инсульт (МИ) давностью до 1 года. У 72,0 % этих больных развитию МИ предшествовали ТИА. У 42,7 % пациентов была одна ТИА, у 20,0 % больных — две, у 9,3 % больных — три и более ТИА. Как правило, ТИА были в том же бассейне, где в последующем развивался МИ. У 25 (33,3 %) больных МИ предшествовал инфаркт миокарда. 32 пациента, которые перенесли МИ, страдали перемежающейся хромотой. У 59 (78,7 %) больных МИ был в каротидном бассейне, у 16 (21,3 %) больных — в вертебробазилярном бассейне (ВББ). Локализация очага МИ была подтверждена данными КТ и МРТ.

У 19 человек (15 мужчин, 4 женщины) диагностировали транзиторные ишемические атаки, которые наблюдались у пациентов в течение года. У 9 больных они были в системе каротидного бассейна, у 10 — в ВББ. 7 больных, которые перенесли ТИА, страдали заболеваниями периферических сосудов нижних конечностей.

Тщательное клинико-инструментальное обследование пациентов включало консультацию кардиолога, данные ЭКГ, что позволяло исключить заболевания сердца, которые могли стать источником кардиоэмболии у обследованных пациентов.

Анализ КТ-исследований показал, что у всех обследованных нами больных размер инфаркта мозга был более 1,5 см (средний размер 2,4 см).

Нами были установлены особенности клинического течения МИ у обследованных пациентов. Характерным было развитие катастрофы в ночное и утреннее время; постепенное (до суток) прогрессирующее формирование неврологических нарушений; наличие предыдущих ТИА у 54 пациентов (72,0 %) в том же бассейне; отсутствие кардиального источника эмболии; наличие других сердечно-сосудистых событий (перенесенных инфарктов, поражение периферических сосудов нижних конечностей), размер инфарктов мозга более 1,5 см.

В группе больных, перенесших ишемический инсульт, неврологический дефицит зависел от локализации очага поражения и его размеров, а также от давности перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения. Ведущими в клинической симптоматологии у больных с полушарными инсультами были двигательные нарушения в контралатеральных конечностях различной степени выраженности, афатические нарушения, у больных с левополушарными инсультами, а у больных, перенесших ишемический инсульт в ВББ, — координационные нарушения. Выраженность клинических симптомов коррелировала со степенью тяжести заболевания в остром периоде, а также активностью нейрореабилитационных мероприятий.

Также были установлены особенности клинического течения ТИА у обследованных пациентов. Характерным было внезапное начало; максимальная выраженность неврологической симптоматики (в т. ч. жалоб) в начале эпизода, наличие очаговой неврологической симптоматики, которая регрессировала в период до 24 часов; отсутствие доказательств инфаркта мозга; отсутствие кардиального источника эмболии; наличие других сердечно-сосудистых событий (перенесенные инфаркты, поражения периферических сосудов).

При анализе временных параметров очаговый неврологический дефицит продолжительностью от нескольких минут до 1—2 часов был отмечен у 14 пациентов (73,7 %), до 3 часов — у 3 больных (15,8 %), и только у 2 пациентов (10,5 %) клинические проявления сохранялись на протяжении более длительного времени.

Достоверным для постановки диагноза ТИА было отсутствие очаговых изменений вещества головного мозга.

Так же как и у больных с МИ, у обследованных нами больных с ТИА отсутствовал источник кардиоэмболии, что было подтверждено данными инструментальных методов обследования и консультацией кардиолога.

При анализе неврологических расстройств у больных, перенесших ТИА, было выявлено, что вне острого периода в неврологическом статусе превалировала рассеянная симптоматика, умеренно выраженные общемозговые расстройства и отсутствовал очаговый неврологический дефицит. Вместе с тем, в период ТИА неврологическая симптоматология определялась вазотопическими особенностями патологического процесса с превалированием очагового неврологического дефицита над общемозговым. Так для больных с полушарными ТИА в остром периоде заболевания были характерны двигательные нарушения на контралатеральной стороне, для левополушарных ТИА также

были характерны афатические нарушения, а у больных с ТИА в ВББ — координационные нарушения.

По данным ультразвукового дуплексного сканирования магистральных артерий шеи у всех обследованных нами больных отмечались изменения со стороны стенки магистральных артерий головы и шеи в виде утолщения комплекса интима-медиа более чем на 1,1 мм, потери дифференциации сосудистой стенки на слои. У 91 больного (96,8 %) были обнаружены атеросклеротические бляшки в сонных артериях. Степень стеноза сонных артерий в 51,0 % составляла 20—30 % диаметра сосуда, в 21,2 % — 30—40 %, в 24,5 % — 40—50 %.

У больных с атеротромботическим МИ стенозирующие поражения встречались чаще и степень их выраженности была более высокой, чем у больных с ТИА.

У 46 больных (48,9 %), преимущественно с МИ, наблюдались стенозирующие поражения (в результате перекрытия просвета сосудов атеросклеротической бляшкой) более чем в одном сосудистом бассейне.

Анализ структуры атеросклеротических бляшек показал наличие в большинстве случаев гетерогенных бляшек повышенной экзогенности с неровной, изъязвленной поверхностью и участками кальцификации.

Таким образом, проведенное исследование позволило установить особенности клинического течения мозгового инсульта и транзиторной ишемической атаки, обусловленных атеротромбозом.

Характерными особенностями атеротромботического МИ явились: развитие в ночное и утреннее время; постепенное (до суток) прогрессирующее формирование неврологических нарушений; наличие предыдущих ТИА (в 72,0 %) в том же бассейне; отсутствие кардиального источника эмболии; наличие других сердечно-сосудистых событий (перенесенные инфаркты, поражение периферических сосудов), размер инфарктов мозга более 1,5 см.

Характерными особенностями атеротромботических ТИА было внезапное начало; максимальная выраженность неврологической симптоматики (в т. ч. жалоб) в начале эпизода; наличие очаговой неврологической симптоматики, длительностью до 24 часов; отсутствие доказательств инфаркта мозга; отсутствие кардиального источника эмболии; наличие других сердечно-сосудистых событий (перенесенные инфаркты, поражение периферических сосудов).

Для ишемического инсульта и транзиторной ишемической атаки, обусловленных атеротромбозом, характерно наличие атеросклеротического поражения центральных (экстра- и интракраниальных) артерий: наличие утолщения комплекса интима-медиа более чем на 1,1 мм; наличие атеросклеротических бляшек, преимущественно гетерогенной структуры, повышенной экзогенности с неровной, изъязвленной поверхностью и участками кальцификации.

Проведенное исследование показало, что лечебно-профилактические мероприятия должны быть направлены на улучшение мозгового кровообращения, что в свою очередь даст возможность уменьшить риск развития повторных мозговых инсультов и других сердечно-сосудистых заболеваний у больных с церебральными проявлениями атеротромбоза.

Список литературы

1. Early Supported Discharge of Patients with Acute Stroke. A Randomised Controlled Trial / E. Bautz-Holter, U. Sveen, T. Bruun Wyller, J. Rygh // *Cerebrovascular Disease Official Journal of the European Stroke Council*. — 9th European Stroke Conference, Vienna, Austria, May 24—27, 2000. Abstracts. — P. 61.
2. Functional prognosis after stroke / S. Giaquinto, S. Buzzelli, L. Di Francesco et al. // *Cerebrovascular Disease Official Journal of the European Stroke Council* 8th European Stroke Conference, Venice, Italy, April 7—10, 1999. Abstracts. — P. 27.
3. Мищенко Т. С., Песоцкая Е. В. Патогенетические механизмы атеротромботического инсульта // *Український вісник психоневрол.* — 2007. — Т. 15, вип. 2 (51). — С. 21—23.
4. Волошин П. В., Мищенко Т. С. Профилактика мозгового инсульта. // *Здоров'я України*, № 5, 2002. — С. 12—15.
5. Мищенко Т. С. Атеротромбоз: проблема остается, пути решения совершенствуются // *Здоров'я України*. — 2006, № 1—2. — С. 5.
6. Боброва В. И., Астахов М. В. Атеросклеротические поражения сонных артерий у больных с инфарктом мозга и сопутствующим сахарным диабетом // *Український вісник психоневрол.* — 2002. — Т. 10, вип. 1(30). — С. 14—15.
7. Запровальная О. Е., Гулько И. Н. Атеросклероз и атеротромбоз: новое в патогенезе, клинике, лечении // *Здоров'я України*. — 2002. — № 2. — С. 16.
8. Кузнецов С. М. Этиопатогенез инсульта // *Доктор*. — 2003. — № 3. — С. 13—15.
9. Виничук С. М., Черненко Т. М. Ишемический инсульт: Эволюция взглядов на стратегию лечения. — К.: Комполис, 2003. — 120 с.
10. Podgorska A. M. The Influence of Leukoaraiosis on the Prognosis in Stroke // 9th European Stroke Conference, Vienna, Austria, May 24—27, 2000. — Abstracts. — P. 86.
11. Инфаркт миокарда и ишемический инсульт: причина общая — атеротромбоз: Материалы конференции // *Здоров'я України*. — 2005. — № 5. — С. 9.
12. Lorenz M. W., von Kegler S., Steinmetz H. et al. Carotid intima-media thickening indicates a higher vascular risk across a wide age range: prospective data from the Carotid Atherosclerosis Progression Study (CAPS) // *Stroke*. — 2006, Jan; 37 (1): 87—92.
13. Adams R. J., Chimowitz M. I., Alpert J. S. et al. Coronary risk evaluation in patients with transient ischemic attack and ischemic stroke: a scientific statement for healthcare professionals from the Stroke Council and the Council on Clinical Cardiology of the American Heart Association / American Stroke Association // *Stroke*. — 2003. — Vol. 34. — P. 2310—2322.
14. Fisher M. Results of Management of AtheroThrombosis with Clopidogrel in High-risk patients trial: implications for the Neurologists // *Arch. Neurol.* — 2006. — Vol. 63. — P. 20—24.
15. Fuster V., Moreno P. R., Fayad Z. A. et al. Atherothrombosis and high-risk plaque. I. Evolving concepts // *J. Am. Coll. Cardiol.* — 2005. — Vol. 46. — P. 937—954.
16. Giles M. F., Rothwell P. M. Prediction and prevention of stroke after transient ischemic attack in the short and long term // *Expert Rev. Neurotherapeutics*. — 2006. — Vol. 6. — P. 381—395.
17. Мищенко Т. С., Здесенко И. В., Линская А. В. Состояние стенок сонных артерий по данным ультразвукового исследования у лиц с цереброваскулярными нарушениями обусловленными атеротромбозом // *Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання ультразвукової та функціональної діагностики в ангіології»*. — 2007. — С. 34—35.

Надійшла до редакції 26.11.2007 р.

I. О. Лапшина

Клініко-доплерографічні зіставлення у хворих на цереброваскулярні захворювання, що обумовлені атеротромбозом

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України»
(м. Харків)

Мета роботи полягає у вивченні особливостей клінічного перебігу цереброваскулярних захворювань, що обумовлені атеротромбозом, а також стану церебральної гемодинаміки у обстежених пацієнтів. В роботі проведено обстеження 94 хворих з церебральними проявами атеротромбозу: 75 пацієнтів перенесли мозковий інсульт, 19 — транзиторну ішемічну атаку. Застосовували наступні методи дослідження: клініко-неврологічний, комп'ютерна томографія головного мозку, ультразвукове дуплексне сканування магістральних артерій шиї, статистичний. Результати проведених досліджень дозволили визначити основні клініко-неврологічні прояви церебральних порушень у обстежених хворих. Спостерігалось порушення церебральної гемодинаміки за рахунок стенозуючих процесів, нестабільних атеросклеротичних бляшок, які і є причиною атеротромбоемболії. Проведене дослідження стало основою для розроблення лікувально-профілактичних заходів, направлених на поліпшення мозкового кровообігу, що дасть можливість зменшити ризик розвитку повторних мозкових інсультів та інших серцево-судинних захворювань у хворих з церебральними проявами атеротромбозу.

I. A. Lapshina

Clinical-ultrasound dopplerography comparison's in patients with cerebrovascular diseases conditioned by atherothrombosis

"Institute of Neurology, Psychiatry, and Narcology
of the AMS of Ukraine" SI
(Kharkiv)

The aim of the research was to study peculiarities of clinical course of cerebrovascular diseases, conditioned by atherothrombosis, and a condition of cerebral hemodynamics in these patients. It was examined 94 patients with cerebral manifestation of atherothrombosis: 75 patients had stroke, 19 — TIA. Methods of research: clinical-neurological, CT, ultrasound (ultrasonic full-duplex scanning of main arteries of neck), statistical methods. The results of the carried out researches allowed us to define the main clinical-neurological manifestations of cerebral disorders in the patients examined. It was found out the disorder of cerebral hemodynamics due to stenosing processes, unstable atherosclerotic plaques caused atherothromboemboly. This research is the base for the development of treatment and preventive measures to meliorate cerebral blood circulation. It might be able to decrease the risk of development of a recurrent stroke and other cardiovascular diseases in patients with cerebral manifestation of atherothrombosis.

І. Л. Левченко, канд. мед. наук, ст. наук. співробітник відділу нейроінфекцій та розсіяного склерозу
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

ІМУНОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ НЕЙРОІНФЕКЦІЇ

Захворювання ЦНС інфекційної природи займають друге місце серед причин первинної інвалідизації населення, поступаючись лише судинній патології головного мозку, але, на відміну від останньої, нейроінфекції (НІ) вражають найбільш соціально активну категорію людей — молодь [1]. На сучасному етапі НІ все частіше приймають хронічний перебіг, що значною мірою обумовлено спотворенням імунної відповіді організму на інфекційні агенти. У процесі еволюції мікроорганізми виробили складну тактику захисту, що дозволяє їм упродовжуватися в організм хазяїна, розмножуватися в ньому, персистувати тривалий час, та знаходити нові осередки мешкання для своїх нащадків, і все це ухиляючись від надзору імунної системи. Зокрема існують такі базові механізми впливу на імунітет, як блокування або підсилення апоптозу [2], спотворення експресії на мембранах клітин антигенів мікроорганізмів при їх встроюванні в геном клітини, пригнічення реакцій Т-опосередкованого кілінгу внаслідок браку продуктів антигенів головного комплексу гістосумісності (ГКГ) [3], зараження самих імунокомпетентних клітин (зокрема Т-лімфоцитів) [4] з блокуванням їх функції тощо [4—7]. У нервовій системі інфекційні агенти можуть спричиняти розвиток запальної демієлінізації та аутоімунного процесу, атеросклерозу, антифосфоліпідного синдрому та асоційованого з ним тромбозу, васкулітів [8, 9]. Таким чином, тривала персистенція інфекційних агентів призводить до спотворення імунної відповіді з розвитком вторинної імунної недостатності, пригніченням реакцій клітинного імунітету та зниженням неспецифічного захисту організму, розвитком аутоімунної патології, але патогенетичні механізми імунних порушень при хронічних нейроінфекціях залишаються не до кінця вивченими.

Тому метою роботи було дослідження загальних адаптаційних реакцій зі сторони імунної системи у відповідь на впровадження та тривалу персистенцію інфекційних агентів. На виконання цієї мети було вивчено показники базового рівню імунітету у хворих на хронічні нейроінфекції, що включало визначення клітинного і гуморального імунітету та аналіз стану реакції зі сторони імунної системи при хронічному перебігу нейроінфекцій. Досліджувались: загальна кількість лейкоцитів і лімфоцитів, Т-лімфоцити (CD3), Т-хелпери (CD4), Т-супресори (CD8), імунорегуляторний індекс (співвідношення CD4 к CD8), В-лімфоцити (CD19), імуноглобуліни класів А, М, G (IgA, IgM, IgG), циркулюючі імунні комплекси (ЦІК), лімфотоксичні аутоантигени, гетерофільні гемолізани, натуральні кілери (НК), фагоцитарна та комплементарна активність [10].

Робота виконана в рамках НДР «Вивчити механізми формування загострень хронічних нейроінфекцій» (шифр АМН. ХН.1.06; № держреєстрації 0106U002000).

Імунний статус було вивчено у 74 хворих на хронічні нейроінфекції (56 жінок та 18 чоловіків), середнім віком $33,67 \pm 11,08$ року. Нозологічна структура хронічних НІ в обстежених пацієнтів проявлялася

такими формами: демієлінізуючі енцефаліти (лейкоенцефаліти) — 8 (10,81 %) хворих, розсіяні енцефаломієліти — 14 (18,92 %), енцефаліти вірусної або іншої етіології — 16 (21,62 %), енцефало-мієлополірадикуло-неврити — 6 (8,11 %), арахноїдити або арахноенцефаліти — 15 (20,27 %), герпетичні гангліоніти — 2 (2,70 %) та стійки наслідки перенесеної нейроінфекції — 13 (17,57 %) хворих. Етіологія нейроінфекцій встановлювалась за допомогою полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР) ліквору або крові та бактеріологічними методами дослідження, активність процесу підтверджувалася високим титром антитіл класу IgM або IgG з низьким індексом авідності. В обстежених пацієнтів переважали інфекції змішаної етіології (у 55,41 % випадків), частіше — мікст-герпетичної етіології або поєднання вірусів родини герпесу з бактеріальними інфекціями. Так, у 7 (9,46 %) хворих виявлено інфекцію, обумовлену вірусом простого герпесу, у 5 (6,76 %) — Варіцелла-Зостер вірусом, у 12 (16,22 %) — вірусом Епштейна — Барр, у 11 (14,86 %) — цитомегаловірусом, у 5 (6,76 %) — вірусом герпесу людини 6-го типу. Також у 4 (5,41 %) пацієнтів виявлено нейроборреліоз, у 38 (51,35 %) — бактеріальні інфекції носоглотки або урогенітального тракту. У 42 (56,76 %) обстежених хворих тривалість нейроінфекційного процесу склала більше 10 років, у 18 (24,32 %) — 5—10 років, у 14 (18,92 %) — до 5 років. Усього проведено 113 імунологічних досліджень. Результати дослідження були оброблені методами математичної статистики, але завдяки великій індивідуальній варіабельності даних отримані результати виявилися статистично недовірними.

Відмінними рисами імунного статусу у хворих на хронічні нейроінфекції виявилися: відносний лімфоцитоз, зниження рівня Т-лімфоцитів (CD3, CD4, CD8), натуральних кілерів, послаблення фагоцитозу, підвищення вмісту В-лімфоцитів (CD19), активація системи комплемента на тлі вираженого зростання рівня лімфотоксичних аутоантитіл (див. таблицю, рисунок).

Під час аналізу імунограм хворих на хронічні нейроінфекції звертало на себе увагу зниження вмісту натуральних кілерів та усіх субпопуляцій Т-лімфоцитів (CD3, CD4 та CD8) на тлі відносного лімфоцитозу (див. табл., рис.). Відомо, що ранні імунні реакції у відповідь на впровадження інфекції включають активацію макрофагальної ланки та підсилений синтез інтерферонів для запобігання проникненню мікроорганізмів у неушкоджені сусідні клітини. Якщо інфекція проникла всередину клітини, на її поверхні експресуються специфічні антигени, які розпізнаються натуральними кілерами. Для знищення внутрішньоклітинних інфекцій CD8-кілерами вони мають бути представлені антиген-презентуючими клітинами (АПК) за допомогою Т-хелперів. Обидві типи кілерів при взаємодії із зараженою клітиною вмикають програму апоптозу для них, що веде до загибелі мікроорганізму та зараженої клітини, не пошкоджуючи сусідні клітини [4—7].

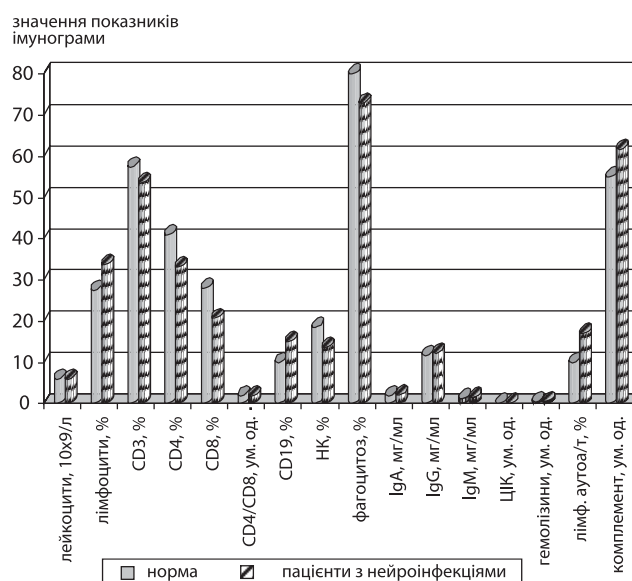
Імунологічні показники у хворих на хронічні нейроінфекції ($M \pm m$)

Імунний показник	Нормальні значення	Обстежені хворі ($n=113$)
Кількість лейкоцитів, $10^9/\text{л}$	$6,00 \pm 0,62$	$5,99 \pm 2,13$
Кількість лімфоцитів, %	$27,50 \pm 3,85$	$33,70 \pm 8,77$
Т-лімфоцити (CD3), %	$57,50 \pm 4,25$	$53,58 \pm 12,45$
CD4, %	$41,00 \pm 6,28$	$33,24 \pm 10,23$
CD8, %	$28,00 \pm 1,98$	$20,72 \pm 6,95$
CD4/CD8, ум. од.	$2,00 \pm 0,19$	$1,79 \pm 0,96$
В-лімфоцити (CD19), %	$10,00 \pm 1,82$	$15,06 \pm 5,66$
Натуральні кілери, %	$18,50 \pm 4,50$	$13,67 \pm 4,44$
Фагоцитоз, %	$80,00 \pm 6,05$	$72,95 \pm 11,23$
IgA, мг/мл	$1,90 \pm 0,22$	$2,06 \pm 0,69$
IgG, мг/мл	$11,70 \pm 1,20$	$12,34 \pm 2,55$
IgM, мг/мл	$1,25 \pm 0,13$	$1,56 \pm 0,61$
ЦІК, ум. од.	не > 0,06	$0,058 \pm 0,057$
Гетерофільні гемолізینی, ум. од.	$0,50 \pm 0,10$	$0,61 \pm 0,41$
Лімфоцитотоксичні аутоантитіла, %	до 10	$17,11 \pm 5,96$
Комплемент, ум. од.	$55,00 \pm 10,0$	$61,77 \pm 12,82$

Примітка: n — кількість обстежень, M — середнє значення показника, m — його середньоквадратичне відхилення

Таким чином, виявлений дефіцит клітинних факторів імунітету в обстежених пацієнтів свідчив про недостатню функцію клінінгу, що може сприяти персистенції мікроорганізмів всередині інфікованих клітин.

Відомо, що для ефективної елімінації інфекційних агентів має значення регуляторна роль цитокінів, які можуть «переключати» Т-клітинну відповідь з Т1-хелперної на Т2-хелперну. Т1-хелперна відповідь в решті решт призводить до активації Т-клітин кілерів та реалізації ними реакцій клітинного імунітету, в той час як



Імуннологічні показники у хворих на хронічні нейроінфекції

Т2-хелпери активують макрофаги та тканинві базофіли (тучні клітини), що викликають переважно алергічні реакції. При тривалому персистуванні інфекції Т1-хелперний імунітет стає нездатним контролювати інфекцію, та відбувається «переключення» імунітету на менш оптимальний Т2-хелперний [4—7]. У обстежених хворих спостерігалась активація гуморальної ланки імунітету у вигляді збільшення вмісту В-лімфоцитів та імуноглобулінів усіх класів (див. табл., рис.).

Поліклональна активація В-клітин виявилася характерною для пацієнтів з цитомегаловірусною або Епштейн — Барр вірусною інфекцією. До того ж у пацієнтів з нейроінфекціями виявлено зниження фагоцитозу (див. табл., рис.), що відображало недостатність Т-хелперної функції 1-го типу, яка активує макрофаги та стимулює фагоцитоз при внутрішньоклітинних інфекціях. Таким чином, у обстежених хворих виявлено дисбаланс двох форм імунної відповіді з пригніченням Т1-хелперної, яка найбільш важлива для елімінації вірусів та інших облігатних внутрішньоклітинних інфекцій, та активацією неоптимальної Т2-хелперної функції. У обстежених хворих з нейроінфекціями виявлено суттєве підвищення лімфоцитотоксичних аутоантитіл, активацію системи комплемента, збільшення гетерофільних гемолізінів (див. табл., рис.), що відображало хронічний перебіг інфекції з розвитком аутоімунного компоненту запалення.

Таким чином, на основі вивчення імунного статусу у пацієнтів з хронічними нейроінфекціями можна зробити такі висновки:

1. Хронічні нейроінфекції в період загострення характеризуються суттєвим імунним дисбалансом, який стосується переважно клітинної ланки імунітету, що здійснює захист від облігатних внутрішньоклітинних інфекцій.

2. Відмінними рисами імунного статусу у цих хворих є відносний лімфоцитоз, зниження рівня Т-лімфоцитів (CD3, CD4, CD8), натуральних кілерів, послаблення фагоцитозу, підвищення вмісту В-лімфоцитів (CD19), активація системи комплемента на тлі вираженого зростання рівня лімфоцитотоксичних аутоантитіл.

3. Тривало персистуюча герпетична інфекція (зокрема цитомегаловірусна та спричинена вірусом Епштейна — Барр) може викликати поліклональну активацію В-лімфоцитів, що реалізується у подальшому розвитком алергічної та аутоімунної патології.

4. Перехід до хронічного перебігу НІ може бути обумовлений недостатністю факторів клітинного імунітету, а відхилення від оптимального балансу обох форм імунного захисту здатне призводити до розвитку затяжних, рецидивуючих або хронічних форм нейроінфекцій.

Перспективними напрямками майбутніх досліджень є проведення клініко-імунологічних зіставлень при різних нозологічних формах нейроінфекцій в залежності від етіології інфекційного процесу; дослідження специфічних факторів імунітету (інтерферонів, цитокінів, маркерів апоптозу тощо) та їх ролі в модуляції імунної відповіді за хронічних НІ; вивчення особливостей нейроімуноендокринної регуляції при впровадженні та тривалій персистенції інфекційних агентів. Це дасть змогу поглибити уявлення про патогенез хронічних НІ та розробити диференційовану терапевтичну тактику, спрямовану на корекцію імунологічних порушень.

Список літератури

1. Ярош О. О. Деякі актуальні проблеми нейроінфекцій // Інфекційні хвороби. — № 1, 2003. — С. 5—8.
2. Вьяльцева Ю. В. Роль апоптозу при інфекційних хворобах // Там само. — № 1. — 2007. — С. 57—61.
3. Njenga M. K., Pavelko K. D., Baisch J. et al. Theiler's virus persistence and demyelination in major histocompatibility complex class II-deficient mice // J. Virol. — 1996. — Vol.70. — P. 1729—1737.
4. Нестерова И. В., Балмасова И. П., Козлов В. А. и др. Синдром хронической усталости и иммунной дисфункции у лиц с рецидивировавшими вирусными инфекциями: клинико-иммунологические черты и особенности серотонической регуляции // Цитокины и воспаление. — 2006. — Т. 5, № 2. — С. 3—14.
5. Железникова Г. Ф., Иванова В. В. Иммунопатогенез осложненного, затяжного или хронического течения инфекций у детей и подходы к иммунокоррекции // Детские инфекции. — 2003. — № 3. — С. 58—61.

6. Харламова Ф. С., Егорова Н. Ю., Гусева Л. Н., Гусева Н. А., Новосад Е. В., Чернова Е. В. Учайкин В. Ф. Вирусы семейства герпеса и иммунитет // Там же. — 2006. — № 3. — С. 3—9.
7. Иванова В. В., Железникова Г. Ф., Шилова И. В. Иммунопатогенез инфекционной болезни у детей // Там же. — 2005. — № 1. — С. 6—11.
8. Дракина С. А., Недзведь Г. К., Матусевич Л. И., Щербина Н. Ю., Трезкова О. А. Состояние гематоэнцефалического барьера при герпесвирусных поражениях нервной системы // Нейроиммунология, 2005. — Т. III. — № 2. — С. 52—53.
9. Ельчанинов А. П., Головкин В. И. Возможные механизмы реактивации Herpesviridae у больных с воспалительной демиелинизацией головного мозга // Там же. — С. 53.
10. Адаптационный синдром и иммунитет / Т. И. Коляда, Ю. Л. Волянский, Н. В. Васильев, В. И. Мальцев. — Харьков: Основа, 1995. — 368 с.

Надійшла до редакції 19.12.2007 р.

И. Л. Левченко

Иммунологические особенности у больных с хроническими нейроинфекциями

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»
(г. Харьков)

Иммунологические нарушения играют ведущую роль в патогенезе хронического течения нейроинфекций. С целью исследования адаптационных реакций со стороны иммунной системы на внедрение и длительную персистенцию инфекционных агентов проведен анализ 113 обзорных иммунограмм 74 больных с хроническими нейроинфекциями. Иммунный статус у этих пациентов характеризовался относительным лимфоцитозом, снижением уровня Т-лимфоцитов (CD3, CD4, CD8), натуральных киллеров, ослаблением фагоцитоза, повышением содержания В-лимфоцитов (CD19), активацией системы комплемента на фоне выраженного повышения уровня лимфоцитотоксических аутоантител. Сделан вывод о том, что недостаточность факторов клеточного иммунитета и отклонение от оптимального баланса обеих форм иммунной защиты может приводить к развитию затяжных, рецидивирующих или хронических форм нейроинфекций.

I. L. Levchenko

Immunological peculiarities in patients with chronic neuroinfections

State Establishment "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine"
(Kharkiv)

Immunologic infringements have a leading role in the pathogenesis of chronic course of neuroinfections. In order to estimate the immune reactions due to invasion and long-persistence of infectious agents the analysis of 113 immunological tests of 74 patients with chronic neuroinfections was conducted. Immune status at these patients was characterized by relative increasing of lymphocytes, decreasing of T-lymphocytes (CD3, CD4, CD8) and natural killers levels, phagocytes weakness, increasing of B-lymphocytes (CD19) level, complement system activation on the background of significant increasing of lymphocytotoxic auto antibodies level. There was made a conclusion that the insufficiency of cellular immunity factors and deviation from optimal balance of both forms of immune defense could result in the development of protracted, relapsing and chronic forms of neuroinfections.

Г. Х. Божко, В. В. Соколик, В. С. Чурсина, Т. Г. Перцева
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»
(г. Харьков)

ИЗМЕНЕНИЯ КОЛИЧЕСТВА И СОСТАВА ЛИПОПРОТЕИНОВ ПРИ ВВЕДЕНИИ ГЕПАРИНА ЗДОРОВЫМ ЛИЦАМ И БОЛЬНЫМ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ ВТОРОГО ТИПА

Актуальность исследования метаболических эффектов гепарина постоянно поддерживается благодаря выполнению им важных регуляторных функций и широкому применению в клинической и лабораторной практике в качестве антикоагулянта [2]. Одна из его функций, не имеющая отношения к противосвертывающей системе крови, заключается во влиянии на обмен липопротеинов (ЛП). Гепарин принимает участие в механизмах прямого транспорта холестерина (ХС) и триглицеридов (ТГ) в результате освобождения в кровотоке мембраносвязанных с эндотелием капилляров липолитических ферментов — внепеченочной липопротеинлипазы и печеночной триглицеридлипазы. Показано ингибирующее влияние гепарина на активность лецитин-холестерин-ацилтрансферазы натошак и в постпрандиальном состоянии, что свидетельствует о возможном участии этого гликозаминогликана в механизмах обратного транспорта ЛП [6]. Благодаря выраженным анионным свойствам, молекулы гепарина способны вступать в прямое взаимодействие с положительно заряженными структурами ЛП [4].

Самое распространенное метаболическое заболевание — инсулинонезависимый сахарный диабет (СД-2) характеризуется нарушением структуры и функции ЛП. Один из механизмов подобных изменений может заключаться в избыточной секреции внутриклеточного резервного гепарина, приводящей к общему истощению системы этого гликозаминогликана [7]. Инсулинорезистентное состояние сопровождается диабетической липемией, что выражается преимущественным накоплением в сыворотке крови больных триглицеридбогатых фракций ЛП [9]. Вместе с тем отдельные авторы могли наблюдать гипополипидемический эффект гепаринов. Например, применение фраксипарина у больных СД-2 в течение 6 месяцев приводило к значительному снижению уровня ТГ и ЛП низкой плотности [11]. У здоровых лиц секреция гепарина вызывается пищевым стимулом, в то время как у больных СД-2 его освобождение из внутриклеточных резервов происходит натошак [6].

При СД-2 механизмы инсулинорезистентности могут поддерживаться благодаря контринсулярным эффектам апоВ-ЛП, поскольку в составе аминокислотных последовательностей инсулина и апоВ-100 обнаружен общий эпитоп. Поэтому наблюдается конкуренция этих полипептидов за взаимодействие с инсулиновым рецептором [5].

Названные предпосылки послужили обоснованием для выполнения настоящей работы, цель которой заключалась в исследовании изменений количества и состава липопротеинов при введении гепарина больным СД-2.

Исследовали сыворотку крови 20 больных мужского и женского пола возрастом $54,8 \pm 2,8$ года, страдающих СД-2, на 2—3 день поступления в клинику до начала лечения. Во всех случаях было получено информирован-

ное согласие на участие в исследовании. Клинические признаки патологических проявлений подтверждались результатами лабораторных исследований — глюкозы в капиллярной крови, натошак, нарушения толерантности к глюкозе, иммунореактивного инсулина и гликозилированного гемоглобина. Контрольную группу составили 13 здоровых доноров мужского и женского пола возрастом $55,4 \pm 4,0$ года.

Сыворотку получали центрифугированием крови, взятой натошак после голодания не менее 12 часов, до и через 15 минут после внутривенного введения стерильного раствора гепарина (ВАТ Белмедпрепараты) в дозе 50 ЕД на 1 кг массы тела.

В работе определяли апоВ-содержащие ЛП — хиломикроны (ХМ), очень низкой плотности (ЛОНП), промежуточной плотности (ЛПП) и низкой плотности (ЛНП), а также апоА-содержащие частицы — липопротеины высокой плотности (ЛВП_{2в}, ЛВП_{2а} и ЛВП₃).

ЛП исследовали методом градиентного гель-электрофореза [1].

АпоВ-содержащие ЛП осаждали в отдельной пробе сыворотки крови (0,6 мл), добавляя 0,4 мл фосфорновольфрамовой кислоты, содержащей Mg^{2+} . Использовали набор реактивов «Холестерин ЛВП» (Ольвек диагностикум). Осадок после центрифугирования растворяли в 0,6 мл трис-НСІ буфера, рН 6,9. ХС, ТГ и фосфолипиды (ФЛ) в составе апоА- и апоВ-содержащих ЛП определяли энзиматическими методами, используя наборы фирм «Реагент», CORMEY, SENTIEL Diagnostes, соответственно. Белок определяли биуретовым методом, применяя набор реактивов PROTEIN TOTAL Liquicolor (HUMAN).

Полученные результаты обрабатывали статистически. Достоверность различий между группами оценивали, используя t-критерий Фишера-Стьюдента. Различие считали статистически значимым, если вероятность его случайного происхождения не превышала 5 % ($p < 0,05$).

Данные, представленные в таблице, свидетельствуют, что в сыворотке крови больных СД-2 наблюдалось увеличение суммы апоВ-содержащих ЛП. В той или иной степени возрастал уровень каждой из исследованных фракций. Этот результат вполне согласуется с ранее полученными данными [8].

На рис. 1 представлены результаты определения состава апоА- и апоВ-ЛП. Видно, что у больных СД-2, по сравнению со здоровыми лицами, концентрация белковых компонентов ЛП статистически значимо не изменялась ($p < 0,1$). На основании этих данных можно предположить, что количество частиц того и другого класса ЛП при СД-2 остается постоянным [3]. Между тем состав липидных компонентов в ЛП обоих классов претерпевал значительные изменения. Вдвое увеличивалась концентрация ТГ (см. рис. 1). Содержание ФЛ, напротив, уменьшалось и составляло менее 60 % по сравнению с контролем. Степень изменения величины

Изменение количества липопротеинов в сыворотке крови здоровых и больных лиц при действии гепарина ($M \pm m$) (в квадратных миллиметрах)

Фракции липопротеинов	Здоровые лица			Больные		
	до введения гепарина	после введения гепарина	Уровень значимости p	до введения гепарина	после введения гепарина	Уровень значимости p
ХМ	$27 \pm 1,5$	$15 \pm 0,8$	$< 0,01$	$32 \pm 1,4$	$13 \pm 0,9$	$< 0,01$
ЛОНП	108 ± 9	65 ± 6	$< 0,02$	139 ± 11	90 ± 8	$< 0,02$
ЛПП	68 ± 5	66 ± 5	$> 0,9$	78 ± 5	57 ± 4	$< 0,05$
ЛНП	351 ± 18	392 ± 21	$> 0,4$	494 ± 27	736 ± 43	$< 0,05$
Σ апоВ	554 ± 34	538 ± 34	$> 0,9$	743 ± 46	896 ± 58	$< 0,05$
ЛВП2в	179 ± 8	153 ± 7	$> 0,2$	188 ± 9	92 ± 8	$> 0,02$
ЛВП2а	234 ± 13	306 ± 19	$< 0,05$	268 ± 14	219 ± 11	$< 0,05$
ЛВП3	221 ± 13	219 ± 13	$> 0,9$	220 ± 11	248 ± 12	$> 0,2$
Σ апоА	634 ± 22	678 ± 24	$> 0,8$	676 ± 24	559 ± 21	$> 0,2$
Σ общая	1188 ± 96	1216 ± 87	$> 0,8$	$1419 \pm$	1455 ± 92	$> 0,9$

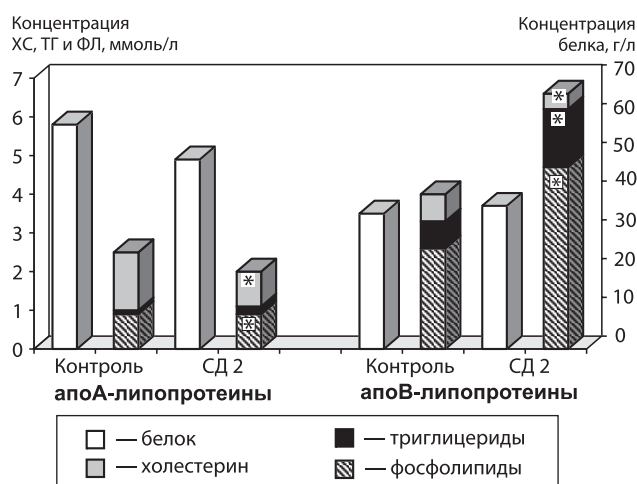


Рис. 1. Изменение состава липопротеинов у больных сахарным диабетом 2 типа по сравнению с контролем:

* — Изменение статистически значимо по сравнению с контролем ($p < 0,05$)

этих компонентов была близкой в апоА- и в апоВ-содержащих фракциях ЛП. В отличие от этого концентрация ХС в апоА-ЛП у больных СД-2 не изменялась, в то время как в апоВ-содержащих частицах увеличивалась на 80 %. Изменение соотношения между ХС и ФЛ в сторону его увеличения, как известно, является неблагоприятным фактором относительно развития атерогенеза, поскольку при этом снижается способность ЛВП к захвату свободного ХС с мембран периферических клеток. Таким образом, полученные данные об абсолютном и относительно количества ХС уменьшении ФЛ в составе ЛВП является дополнительным свидетельством снижения при СД-2 ХС-акцепторной функции ЛВП.

Известно, что одной из ярких особенностей изменения обмена ЛП при СД-2 является присутствие модифицированных по составу мелких плотных частиц ЛНП «фенотипа В» [10]. Их высокая подвижность при гель-электрофорезе обычно объясняется уменьшением размеров по сравнению с нормальными частицами. Вместе с тем, принимая во внимание полученные результаты, которые свидетельствуют о существенном

обогащении ЛНП у больных СД-2 холестерином, а также данные о том, что это приводит к увеличению положительного заряда частиц ЛНП [4], нельзя исключить при трактовке данных о подвижности в электрическом поле роль поверхностного потенциала частицы ЛП.

Полученные результаты (см. табл., рис. 2) показывают, что после введения гепарина здоровым и больным

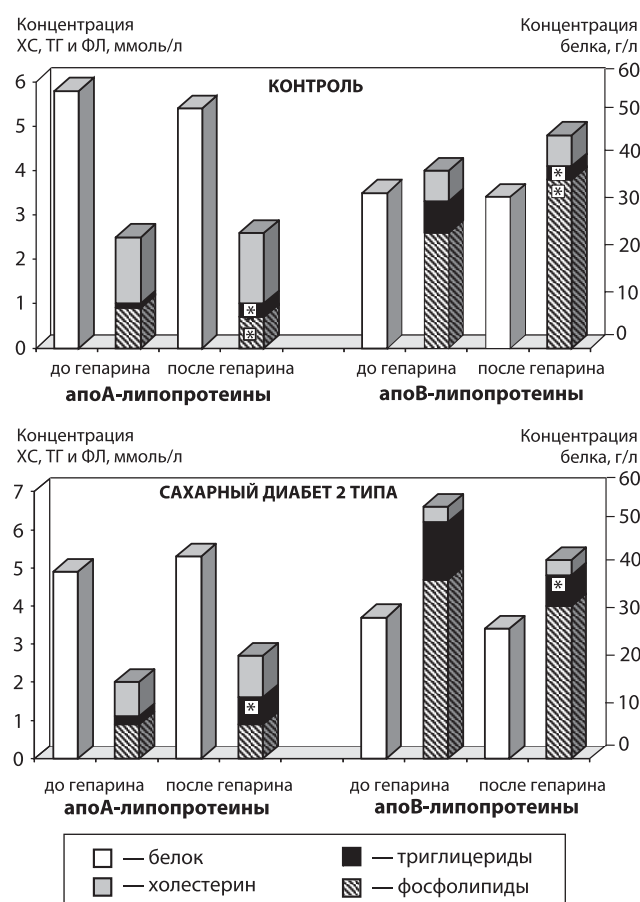


Рис. 2. Изменение состава липопротеинов у больных и здоровых лиц после действия гепарина:

* — Изменение параметра после введения гепарина статистически значимо ($p < 0,05$)

лицам происходили значительные изменения количества и состава исследованных фракций ЛП. Существенная общая особенность изменений состава (см. рис. 2) у больных и здоровых заключалась в том, что наблюдалось перераспределение транспортируемых компонентов — ХС и ТГ. В составе частиц апоВ- и апоА-классов количество структурных компонентов (белков и ФЛ) не изменялось.

Введение гепарина сопровождалось одинаковым эффектом на содержание в сыворотке крови в обеих исследованных группах триглицеридбогатых фракций ЛП. В том и другом случаях, несмотря на отличие начальной концентрации, наблюдалось понижение уровня ХМ и ЛОНП примерно в равной степени у здоровых и больных лиц. Этот эффект вполне можно отнести за счет повышения липопротеинлипазной активности сыворотки крови, которая выражается в гидролизе ТГ, т. к. известно, что ее функция на фоне гепарина может повышаться в десятки раз [4].

В последующих процессах превращения ЛП при действии гепарина у больных и здоровых лиц наблюдались выраженные отличия. В сыворотке крови здоровых добровольцев не изменялось по сравнению с исходной величиной содержание ЛПП — промежуточной фракции на пути формирования в кровотоке частиц ЛНП. Концентрация ЛНП после введения гепарина также статистически значимо ($p > 0,1$) не изменялась. Вместо этого наблюдалось повышение уровня одной из субпопуляций апоА-ЛП — ЛВП_{2а} (см. табл.). У больных СД-2 усиление липолиза ТГ-богатых ЛП при действии гепарина приводило к уменьшению содержания ЛПП, что сопровождалось соответствующим возрастанием уровня ЛНП. Вместо увеличения, как у здоровых, введение гепарина больным приводило к уменьшению содержания белково-липидных комплексов подкласса ЛВП₂ (2а + 2в).

На основании полученных данных можно судить о том, что у больных СД-2 нарушаются процессы обмена ЛП, связанные с последовательным каталитическим действием внепеченочной липопротеинлипазы и печеночной триглицеридлипазы, возможно, обусловленные изменением конформации частиц, что в свою очередь отражается изменением доли ТГ, локализованных в наружном слое ЛП. В итоге, в результате катаболизма ХМ и ЛОНП, при СД-2 усиливается синтез ЛНП в ущерб формированию в кровотоке апоА-содержащих ЛП.

Данные о количественных превращениях ЛП при действии гепарина согласуются с результатами определения доли ТГ и ХС в составе апоВ- и апоА-содержащих фракций. Результаты исследования свидетельствуют, что у здоровых лиц эффект гепарина выражается в увеличении количества ХС в составе апоВ-ЛП и уменьшении в составе апоА-ЛП. Количество ТГ, напротив, резко возрастало в составе апоА-ЛП и уменьшалось в апоВ-содержащих фракциях. Больные СД-2 характеризовались отсутствием изменений доли ХС как в апоА-, так и в апоВ-ЛП. Количество ТГ у больных изменялось практически так же, как у здоровых: возрастало в апоА- и уменьшалось в составе ЛП апоВ-класса.

Полученные результаты могут трактоваться как подтверждение представления об участии в процессах липолитической деградации ХМ и ЛОНП липидпереносящих белков [4]. Эти молекулы первично переносят в токе крови эфиры ХС с ЛВП на ХМ и ЛОНП в обмен на ТГ. Так и получается в настоящей работе. Количество

ТГ у больных и здоровых наполовину уменьшается в апоВ-ЛП и вдвое возрастает в составе апоА-ЛП.

Результаты проведенных исследований позволяют сделать следующие выводы.

1. У здоровых и больных лиц введение гепарина приводило к уменьшению содержания в сыворотке крови ТГ-богатых фракций ЛП (ХМ и ЛОНП). Между тем у здоровых не изменялось количество ЛПП и ЛНП, в то время как у больных содержание ЛПП уменьшалось, а ЛНП — увеличивалось. У здоровых вместо этого повышался уровень ЛВП_{2в}. У больных, напротив, содержание частиц подкласса ЛВП₂ уменьшалось.

2. Больные СД-2 характеризовались увеличением в 2 раза по сравнению со здоровыми лицами уровня ТГ в составе общих апоВ- и апоА-содержащих фракций ЛП. Количество ФЛ, напротив, уменьшалось. Концентрация ХС у больных увеличивалась только в составе апоА-ЛП. Количество белковых компонентов не изменялось.

3. Введение гепарина здоровым лицам сопровождалось увеличением количества ХС в составе апоВ-ЛП и уменьшением в составе апоА-ЛП. Концентрация ТГ изменялась в противоположном направлении, возрастая в составе апоА- и снижаясь в апоВ-содержащих фракциях. Количество белков и ФЛ не изменялось в составе ЛП ни здоровых, ни больных СД-2 лиц. У больных, помимо этого, не изменялось количество ХС, а изменения ТГ в качественном и количественном отношении подобны тем, которые наблюдались у здоровых.

Список литературы

- Божко Г. Х., Кулабухов В. М. Перераспределение липопротеинов сыворотки крови кроликов, вызванное однократным введением холестерина // Биохимия. — 1993. — Т. 58, № 10. — С. 1594—1603.
- Галевская Л. В., Соловцова И. Л., Рюмина Е. В. // Вопросы мед. химии. — 2001. — Т. 47, № 1. — С. 91—96.
- Добрджинидзе Л. М., Грацианский Н. А. Особенности диабетической дислипидемии и пути ее коррекции: эффект статинов // Пробл. эндокринологии. — 2001. — Т. 47, № 5. — С. 35—40.
- Климов А. Н., Никульчева Н. Г. Обмен липопротеинов и его нарушения. — СПб., 1999. — 512 с.
- Панин Л. Е., Потеряева О. Н., Воронова О. С. и др. Фрагмент аполипопротеина В с инсулиноподобной иммунореактивностью // Пробл. эндокринологии. — 2002. — Т. 48, № 1. — С. 6—9.
- Соколик В. В., Божко Г. Х. Роль гепарина в формировании пищевой липемии // Украинский биохим. журнал. — 2005. — Т. 77, № 4. — С. 99—105.
- Соколик В. В., Перцева Т. Г., Божко Г. Х. Усиление липолиза и истощение гепарина при развитии дислипидемии в условиях инсулинорезистентности // Проблемы эндокринологии. — 2005. — Т. 51, № 5. — С. 18—22.
- Guerin M., Le Goff W., Lassel T. S. et al. Atherogenic role of elevated CE transfer from HDL to VLDL (1) and dense LDL in type 2 diabetes: impact of the degree of triglyceridemia // Arterioscler. Thromb. Vasc. Biol. — 2001. — Vol. 21. — P. 282—288.
- Соколов Е. И., Перова Н. В. Диабетическая дислипидемия в патогенезе ишемической болезни сердца // Кардиология. — 2003. — № 5. — С. 16—20.
- Tchernoff A., Lamarche B., Prud'homme D. et al. The dense LDL phenotype: associations with plasma lipoprotein level, visceral obesity and hyperinsulinemia in men // Diabetes Care. — 1996. — Vol. 19. — P. 629—637.
- Yang C., Wu T., Huang C. Sequence, structure, receptor binding domains are internal repeats of human apolipoprotein B-100 // Amer. J. Nephrol. — 1998. — Vol. 18, № 5. — P. 384—390.

Надійшла до редакції 20.12.2007 р.

Г. Х. Божко, В. В. Соколик В. С. Чурсіна, Т. Г. Перцева

Зміни вмісту і складу ліпопротеїнів при введенні гепарину здоровим особам і хворим на цукровий діабет другого типу*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)*

Методом гел-електрофорезу і аналітичними методами досліджували зміни вмісту і складу ліпопротеїнів (ЛП) під впливом екзогенного гепарину у хворих на інсулінонезалежний цукровий діабет (ЦД-2). Отримані результати свідчать, що після введення гепарину здоровим і хворим особам відбувалися значні зміни кількості і складу досліджених фракцій ЛП. При цьому у хворих і здорових у складі часток апоВ- і апоА-класів спостерігався перерозподіл компонентів, що транспортуються (холестерину і тригліцеридів). Кількість структурних компонентів (білків і фосфоліпідів) не змінювалась. У здорових осіб концентрація тригліцеридів збільшувалась у складі апоА-вмісних фракцій ЛП і зменшувалась у складі апоВ-ЛП. Протилежний напрямок змін тригліцеридів у складі досліджених фракцій ЛП може бути непрямим підтвердженням уявлення про участь білків, що переносять ліпіди в процесах ліполітичної деградації ЛП. На підставі отриманих у роботі даних можна судити про те, що у хворих на ЦД-2 порушуються процеси обміну ЛП, пов'язані з послідовною каталітичною дією позапечінкової і печінкової ліпопротеїніпаз, внаслідок чого за ЦД-2 посилюється синтез ліпопротеїнів низької щільності на шкоду формуванню в кровообігу апоА-вмісних ЛП.

G. Kh. Bozhko, V. V. Sokolik, V. S. Chursina, T. G. Pertseva

Changes of lipoprotein amount and composition under the heparin intake in healthy persons and patients with diabetes mellitus of type II*"Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" SI (Kharkiv)*

With the method of gel-electrophoresis and analytic methods changes of lipoprotein (LP) amount and composition under action of an exogenous heparin were investigated in patient with diabetes mellitus of type II (DM II). The results obtained demonstrated that there were significant changes in amount and composition of examined LP fractions after the heparin intake in healthy persons and the patients. A redistribution of transported components (cholesterol and triglycerides) in the composition of apoA- and apoB-classes were observed both in the patients and healthy persons. The amount of structural components (proteins and phospholipids) was unchanged. Both in the patients and healthy persons a concentration of the triglycerides was increased in apoA-containing LP fractions and was decreased in apoB-LP. An opposite direction of triglycerides changes in the examined LP fraction might be a non-direct support for the idea about participation of lipid-transporting proteins in processes of a LP lipolytic degradation. On the base of data obtained we may indicate, that in patients with DM II the processes of LP metabolism, connected with a catalytic action of out-liver and liver lipoproteinlipases, are injured resulting to in DM II a LPVLD synthesis is enhanced to the prejudice of formation of apoA-containing LP in the blood flow.

УДК 616.895.4-08-053.9:616.1/4

В. Н. Зелений¹, *врач-терапевт, начмед*, **Г. И. Каурова¹**, *врач психиатр*, **В. И. Лавский¹**, *врач невролог*, **А. С. Федорченко²**, *канд. мед. наук, зав. терапевтическим отделением*, **М. Е. Санина²**, *врач психоневролог*, **В. И. Янголь³**, *врач невролог, зав. неврологическим отделением*

¹ Черниговский гериатрический пансионат; ² Узловая больница ст. Чернигов;³ Городская больница № 3 (г. Чернигов)**ЛЕЧЕНИЕ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У СОМАТИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА**

Легче душе бороться с
Тяжким страданием,
Нежели с продолжительной грустью.
Жан-Жак Руссо

На сегодня данные многочисленных работ свидетельствуют о значительной распространенности и недостаточном выявлении психических расстройств у соматических больных (Roy — Byrne, 2002; Toftetal, 2005). Наиболее частыми психическими нарушениями в общей медицинской практике являются тревожные и депрессивные расстройства [17].

На протяжении всего XX столетия практически во всех развитых странах мира наблюдался экстенсивный рост тревожно-депрессивных расстройств. (Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю., 2003).

Частота депрессий в общей популяции составляет около 8 %, а тревожных расстройств — 6 %. В контингентах же соматических больных эти показатели выше в 2—3 раза и достигают 20—30 % для депрессий и 12—15 % для тревожных расстройств (Finketal, 2005).

Указанные группы нарушений нередко сочетаются друг с другом (до 45 % тревожных расстройств сочетается с депрессиями) (Sartorius, 1996).

По данным официальной статистики Минздрава России, тревожными расстройствами той или иной выраженности страдает 30 % населения Российской

Федерации [цит. по 6]. В Украине также имеет место значительное увеличение заболеваемости тревожно-депрессивными расстройствами. По данным МЗ Украины в 2001 г. их распространенность составляла 284,5 на 100 тыс. населения, а заболеваемость — 78,1 на 100 тыс. [4].

Согласно официальным данным МЗ Украины, количество депрессивных больных составляет 0,5—2,5 % от общей популяции. По данным международного эпидемиологического исследования, на сегодняшний день около 20 % населения Украины могут соответствовать критериям диагноза аффективного расстройства [18].

Таким образом, тревожные расстройства — достаточно распространенное явление и, по данным зарубежных авторов, они встречаются у 95 % населения [цит. по 12]. Предполагается, что каждый третий пациент, обращающийся за медпомощью к терапевту, имеет повышенный уровень тревожности [7]. Обращаемость за медицинской помощью и стоимость лечения больных с депрессиями и тревожными расстройствами в общей медицинской сети примерно в 2—3 раза выше, чем у других категорий населения (Bernae et al., 2000; Hansen et al., 2002). При этом в целом от 20 до 60 % больных соматических лечебных

учреждений нуждаются в психиатрической помощи (В. С. Ястребов, 1991; А. Е. Бобров, 1996).

Вследствие того, что население планеты неуклонно стареет, доля психических расстройств наиболее высока у пациентов старше 65 лет, и самыми распространенными психическими расстройствами в пожилом и старческом возрасте являются депрессии и деменции (до 15 %); депрессия с соматоневрологической патологией 11—59 %; депрессия при деменции 10—50 % [13]. К сожалению, по прогнозам ВОЗ, число психических заболеваний будет увеличиваться и к 2020 году их доля среди всех заболеваний может достичь почти 50 %, что гораздо выше прогнозируемого числа сердечно-сосудистых заболеваний.

Особое внимание в такой ситуации должно уделяться депрессиям, которые часто сопутствуют соматическим заболеваниям.

Ученые считают, что риск развития депрессии или тревожных расстройств в течение жизни составляет в среднем 15—20 %. При этом они оказывают существенное негативное влияние на общее состояние соматических больных, их комплаентность и удовлетворенность оказываемой медицинской помощью [18].

Распространенность тревожно-депрессивных расстройств значительно увеличивается с возрастом и составляет 25—30 % у лиц старше 65 лет. При этом у лиц пожилого возраста, имеющих несколько соматических заболеваний, их распространенность в несколько раз выше по сравнению с теми, кто не имеет сопутствующих заболеваний [12].

В соответствии с современными представлениями к психосоматическим расстройствам относят патологические состояния, возникающие при взаимодействии соматических и психических патогенных факторов и проявляющиеся соматизацией психических нарушений, психическими расстройствами, отражающими реакцию на соматическое заболевание, а также развитием соматической патологии под влиянием психогенных факторов [11].

Наиболее частой психической патологией у пациентов пожилого возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями является депрессия — 32,1 % и часто она сочетается с другими психопатологическими нарушениями: тревожными, астеническими и др. [2]. По данным Н. Латчман, наиболее часто депрессии встречаются у пациентов с кардиоваскулярной патологией (27 %), респираторной патологией (21,1 %) и цереброваскулярной патологией (16,4 %).

Любое заболевание является своеобразным стрессом и сопровождается чувством тревоги. Появление тревоги является нормальной реакцией организма человека на неблагоприятные жизненные факторы. Но если тревога становится патологическим состоянием, то она возникает либо без видимой причины, либо при возникновении ее в качестве реакции на какое-то событие, она по своей длительности и выраженности намного превосходит реальную значительность события и приводит к снижению качества жизни больного. Тревога — это состояние безнадежности напряженного беспокойного ожидания будущего. Тревога не имеет явного объекта и осознания как эмоциональное состояние без конкретного содержания [12].

По мнению ведущих нейрофизиологов, причиной тревожных расстройств является дисфункция нейромедиаторных систем (ГАМК-ергической, серотонинергической, катехоламинергической). Длительно существующая и нелеченная тревога приводит к апа-

тии, ангедонии. Вследствие этого возникает депрессия. У 70 % пациентов тревожное расстройство сопровождается симптомами депрессии, и наоборот. Таким образом формируется порочный круг: тревога вызывает депрессию, а развивающаяся депрессия усугубляет проявления тревоги [6].

Ухудшение психического состояния больного заметно снижает толерантность к стрессу, приводит к ухудшению соматического состояния и качества жизни. Смертность при тревожно-депрессивных расстройствах почти приравнивается с таковой при сердечно-сосудистых заболеваниях (Маслов С. Н., 1995). В сравнении с общей популяцией, смертность при тревожно-депрессивных расстройствах в 1,5 раза выше.

Известно, что данные состояния увеличивают смертность за счет сердечно-сосудистых заболеваний (Wuslin J. R et al., 1999). Их коморбидность повышает риск смерти при нестабильной стенокардии в 3 раза в первый год и в 4 раза — в первые 3 месяца после инфаркта миокарда (Jesperance F. et al., 2000). Риск развития инсульта у пациентов с депрессивными расстройствами в 2—3 раза выше, чем у людей без депрессии с теми же сосудистыми факторами риска [15].

Таким образом, в настоящее время тревожно-депрессивные расстройства приобрели общемедицинское значение, особенно у людей пожилого возраста, в связи с тем, что они часто сочетаются с хроническими соматическими заболеваниями (стенокардией, последствиями инфаркта миокарда и инсульта, хроническими obstructивными заболеваниями легких и т. д.) и при этом отягощают течение соматической патологии, ухудшают прогноз лечения и реабилитации больных с подобными сочетанными патологическими состояниями [14].

Поэтому лечение тревожно-депрессивных расстройств у данной категории больных имеет первостепенное значение и свои особенности.

Основными требованиями, которые мы предъявляли к препаратам при лечении тревожно-депрессивных расстройств у людей пожилого возраста, являлись их эффективность, безопасность, отсутствие или минимальная степень выраженности побочных эффектов, влияющих на сопутствующую патологию, повседневную активность и когнитивные функции и формирование зависимости.

Терапия тревожно-депрессивных состояний у пожилых людей — сложная и проблемная задача.

Одной из ее проблем является побочное действие антидепрессантов (Малин Л. И., Медведев В. М., 2002), отмечается в 15—30 % случаев [4].

Все вышесказанное заставило нас обратить внимание на поиск адекватных средств терапии среди других фармакологических групп. Наше внимание было остановлено на нейрорептиках.

Нейрорептики — одна их наиболее популярных и широко применяемых групп психотропных средств, сфера применения которых далеко перешагнула границы психиатрической практики и собственно психофармакологии и охватывает чрезвычайно широкий нозологический спектр. Это связано с исключительным многообразием механизмов действия и клинико-фармакологических эффектов нейрорептиков, позволяющих реализовать стратегию комплексного регуляторного воздействия на нейромедиаторный дисбаланс в ЦНС [3].

Среди нейрорептиков предпочтительным для лечения тревожно-депрессивных расстройств является тиоридазин. Главной особенностью тиоридазина сле-

дует назвать исключительную широту клинико-фармакологических эффектов ([11]:

— кроме нейролептического, оказывает антидепрессивное действие;

— антипсихотическое действие сочетается с успокаивающим и легким психостимулирующим эффектом;

— не вызывает заторможенности, эмоциональной индифферентности, вялости;

— отмечается большая селективность тиоридазина к аффективным и тревожным расстройствам;

— при применении небольших доз сильнее проявляются антидепрессивное и стимулирующее действие, при повышении доз нарастает седативный эффект;

— в малых дозах можно применять для лечения психосоматических расстройств, не опасаясь развития привыкания у пациента;

— отличается низкой способностью вызывать экстрапирамидные побочные действия, не действует каталептически, имеет слабый гипотензивный эффект.

Таким образом, в известной степени тиоридазин может рассматриваться как препарат со своеобразными сочетанными свойствами нейролептика, антидепрессанта и транквилизатора [3].

В своей работе мы использовали тиоридазин компании Хикма Фармасьютикалз под торговым названием **Ридазин** (официальный дистрибьютор в Украине — компания **Мегаком**). **Ридазин** быстро и полностью всасывается в желудочно-кишечном тракте, легко проникает через гематоэнцефалический барьер. Биотрансформируется до активных метаболитов мезоридазина и сульфоридазина. Период полувыведения Ридазина составляет около 12 часов, основной путь выведения — с калом и мочой.

В комплексную терапию тревожно-депрессивных расстройств у пожилых пациентов мы включали также препарат компании Хикма Фармасьютикалз **Нейровитан** (официальный дистрибьютор в Украине — компания **Мегаком**). **Нейровитан** — уникальный сбалансированный лечебно-профилактический комплекс витаминов группы В, в состав которого входят В₁ (окто-тиамин) — 25 мг, В₂ (рибофлавин) — 2,5 мг, В₆ (пиридоксин) — 40 мг, В₁₂ (цианокобаламин) — 250 мкг. Состав Нейровитана сбалансирован, дозировка каждого из входящих в состав препарата витаминов соответствует лечебной дозе, необходимой организму.

Под нашим наблюдением находилось 50 пациентов — 18 (36 %) мужчин и 32 (64 %) женщин в возрасте от 60 до 78 лет.

Все пациенты проходили клиническое обследование: анамнестические данные, объективное обследование, общий анализ крови, мочи, биохимия крови, сахар крови, коагулограмма, рентгенография легких, ЭКГ.

Пациенты проходили анкетирование по шкале Цунга. Особое внимание уделяли сопутствующей патологии, структура которой отображена в таблице 1.

Пациенты предъявляли следующие жалобы: общая подавленность, упадок побуждений, чувство тревоги, страха, беспокойства, расстройства сна, головные боли, плаксивость, ухудшение памяти и общего самочувствия, периодические боли в области сердца, одышку, сердцебиение, кашель, ощущение нехватки воздуха.

Всем пациентам была назначена следующая терапия: Ридазин 10 мг (1 таб.) 1 раз в сутки и Нейровитан 1 таб. 1 раз в сутки. Эффективность лечения оценивали каждые 10 дней. Через 10 дней доза Ридазина повышалась до 20 мг (1 таб. 2 раза в сутки).

Таблица 1

Сопутствующая патология у исследуемых пациентов

Заболевание	Абс. число пациентов	%
Ишемическая болезнь сердца, в т. ч. и перенесенный инфаркт миокарда	32	64
Цереброваскулярные заболевания, в т. ч. и перенесенный инсульт	38	76
Артериальная гипертензия	28	56
Сахарный диабет	6	12
Хронические обструктивные заболевания легких	8	16
Болезни желудочно-кишечного тракта	16	32
Другие болезни	10	20

У пациентов также контролировали каждые 10 дней общий анализ крови, ЭКГ и биохимический анализ крови. Отдельно регистрировалась частота возникновения побочных эффектов и влияние приема препарата на продолжительность и течение соматических заболеваний. Уже через 10 дней больные отмечали улучшение состояния, а через 20 дней — 52 % пациентов позитивно оценивали свое состояние. Предварительный положительный эффект проводимого лечения способствовал тому, что больные с удовольствием принимали назначенное лечение и выполняли все рекомендации. За пациентами наблюдали на протяжении 2 месяцев. Шести пациентам доза Ридазина была увеличена до 50 мг в сутки (25 мг 2 раза) из-за слабого терапевтического эффекта. В результате исследования положительный результат лечения был получен у 42 (84 %) больных.

Среди побочных эффектов, которые наблюдались при исследовании, были: тошнота у 2 (8 %) пациентов, сухость во рту у 3 (12 %) пациентов, головокружение у 5 (20 %) пациентов, они не требовали отмены препарата и через 10 дней прошли самостоятельно.

Влияние Ридазина на сердечно-сосудистую систему отслеживали по параметрам ЧСС, АД и ЭКГ.

Значительных колебаний показателей ЧСС и АД не отмечалось, нарушений ритма сердца не было. Как следует из показателей ЭКГ (табл. 2), значительного влияния на данные показатели **Ридазин** в терапевтических дозах не оказывал.

Таблица 2

Показатели ЭКГ у исследуемых пациентов (в секундах)

Основные показатели	до лечения	после лечения
интервал PQ	0,17 ± 0,03	0,19 ± 0,02
интервал QT	0,4 ± 0,02	0,5 ± 0,02
комплекс QRS	0,07 ± 0,01	0,07 ± 0,01

Изменений показателей крови в общем анализе во время исследования у пациентов не отмечалось. Поскольку Ридазин метаболизируется в основном в печени и почках, особое внимание уделялось этим биохимическим показателям крови (табл. 3).

Нарушений биохимических показателей крови в процессе лечения Ридазином у исследуемых пациентов не отмечалось. Показатели углеводного обмена также не выходили за рамки нормы.

Таблиця 3

Динамика биохимических показателей крови

Показатели	До лечения	После лечения
Билирубин общий, мкмоль/л	12,5 ± 2,2	12,8 ± 2,3
АлТ, ммоль/л · ч	0,65 ± 0,05	0,67 ± 0,6
Аст, ммоль/л · ч	0,75 ± 0,06	0,18 ± 0,7
Мочевина, ммоль/л	0,35 ± 0,01	0,34 ± 0,01
Креатинин, ммоль/л	86,6 ± 3,5	86,2 ± 3,62

Обострений сопутствующей патологии во время лечения Ридазин у пациентов не отмечалось.

Пациенты принимали Ридазин на фоне лечения сопутствующих заболеваний.

Таким образом, по результатам исследования можно сделать следующие выводы.

1. Высокая эффективность, приемлемое соотношение эффективность / безопасность, хорошая переносимость и низкая частота развития побочных эффектов, а также отсутствие привыкания и зависимости позволяет рекомендовать Ридазин в лечении различных психопатических расстройств у пожилых пациентов.

2. Ридазин в среднетерапевтических дозах у пожилых пациентов не оказывает негативного влияния на сердечно-сосудистую систему.

3. Комплексная терапия Ридазин и Нейровитаном не оказывает токсического действия на печень и почки и хорошо переносится пациентами.

4. Включение в схему лечения тревожно-депрессивных расстройств универсального витаминного комплекса Нейровитан у пожилых пациентов имеет позитивное действие, способствует быстрейшему улучшению состояния пациентов.

5. Клинически значимого взаимодействия с другими соматотропными препаратами не отмечено, что говорит о низком взаимодействии Ридазина с другими препаратами.

Список литературы

1. Невротичні, соматоформні розлади та стрес / За ред. Л. М. Юр'євої: Навч. посібник. — Дніпропетровськ, 2005. — 96 с.
2. Юзвизина О. В. Клінічні рекомендації для лікарів загальної практики щодо лікування супутніх депресії, тривожних станів і серцево-судинних захворювань: Навч.-метод. посібник. — Хмельницький, 2007. — 28 с.
3. Бурчинский С. Г. Возможности фармакотерапевтической коррекции тревожных и психосоматических расстройств при неврозах // Здоров'я України. — № 23/1. — 2006. — С. 58—59.
4. Ігнатів М. Ю., Маркова М. В., Бабич В. В. Щодо терапії тривожно-депресивних розладів неспихотичного регістру, коморбідних із серцево-судинними захворюваннями // Мистецтво лікування. — № 6 (042). — 2007. — С. 30—32.
5. Подкорытов В. С., Сурикова О. И. Пароксетин в терапии тревожных и депрессивных расстройств у соматических больных // Medicus Amicus. — № 1. — 2006. — С. 8.
6. Филатова Е. Г. Тревога в общесоматической и неврологической практике // Здоров'я України. — № 23—24. — 2006. — С. 21.
7. Мищенко Н. Тревожные расстройства: прерогатива терапевтов или психиатров? // Там же. — № 13—14. — 2006. — С. 56—57.
8. Чутко Л. С., Фролова Н. Л. Психовегетативные расстройства в клинической практике. — СПб.: Наука, 2005. — 173 с.
9. Коваленко І. В. Психосоматичні розлади: діагностика та лікування. — Вінниця, 2005. — 28 с.
10. Швець Н. І., Мельник І. Л., Бенца Т. М. Соматизовані та соматогенні депресії в практиці лікаря-інтерна // Мистецтво лікування. — № 6 (032). — 2006. — С. 67—71.
11. Корж А. Н. Современные подходы к лечению психосоматических расстройств в общей практике семейной медицины // Здоров'я України. — № 1 (158). — 2007. — С. 48—49.
12. Семикина Е. Е., Морозова О. О. Тревожные и невротические расстройства в практике врача-интерна // Новости медицины и фармации. — № 14 (220). — 2007. — С. 3—4.

13. Долженко М. Н. Депрессивные и тревожные расстройства при сердечно-сосудистой патологии: взгляд кардиолога // Практична ангіологія. — № 1 (02)2006. — С. 17—24.

14. Кутько И. И., Фролов В. М., Рачкаускас Г. С. Новые подходы к лечению депрессивных расстройств // Новости медицины и фармации. — № 19 (227). — 2007. — С. 20—21.

15. Андрос М. Каннер. Депрессия при неврологических расстройствах. — Копенгаген: Институт Лунберг, 2005. — 112 с.

16. Компендиум Лекарственные препараты. — Киев: Морион, 2006. — Т. 2. — С. 286—287.

17. Бобров А. Е. Могут ли врачи общего профиля применять антидепрессанты // Здоров'я України. — № 17 (150). — 2006. — С. 35—36.

18. Маларов С. А. Депрессивные расстройства в общесоматической практике: как и о чем информировать врача // НейроNews психоневрология и нейропсихиатрия. — № 2 (03) 2007. — С. 4—6.

19. Степанов Ю. М., Конопов І. М., Залевський В. І. Психосоматичні стани у хворих гастроентерологічного профілю та їх медикаментозна корекція (методичні рекомендації). — Дніпропетровськ, 2003. — 28 с.

20. Сурмило М. М. Діагностика і лікування соматоформних (невротичних) розладів у гастроентерологічних хворих (методичні рекомендації). — К., 2005. — 16 с.

21. Чабан О. С. Хаустова О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування). — К., 2004. — 69 с.

22. Марк Воронов. Психосоматика: Практическое руководство. — Киев, 2002. — 252 с.

23. Палий И. Г. и др. Тревожность и депрессия у пациентов с патологией желудочно-кишечного тракта: актуальность проблемы и возможные пути ее реализации / И. Г. Палий, С. В. Заика, И. Г. Гезниченко, Н. М. Севак // Здоров'я України. — № 19 (176). — 2007. — С. 72—73.

24. Бурчинский С. Г. Фармакотерапевтические возможности нейротропиков при психосоматической патологии // Новости медицины и фармации. — № 14 (196). — 2006. — С. 6—7.

Надійшла до редакції 26.12.2007 р.

**В. Н. Зелений, Г. И. Каурова, В. І. Лавський,
А. С. Федорченко, М. Е. Саніна, В. І. Янголь**

Лікування тривожно-депресивних розладів у пацієнтів похилого віку

Чернігівський пансіонат геріатрії,

*Вузлова лікарня ст. Чернігів, Міська лікарня № 3
(м. Чернігів)*

Подано результати лікування пацієнтів похилого віку з тривожно-депресивними розладами, яким було призначено препарати Ридазин і Нейровітан. Було досліджено 50 пацієнтів чоловічої та жіночої статі (36 % чоловіків), що скаржилися на загальну пригніченість, зниження мотивації, почуття тривоги, стурбованості, головний біль, диспное, серцебиття, кашель, утруднення дихання. Терапія Ридазином (Hikma Pharmaceuticals) у дозі 10 мг раз на день та Нейровітаном (Hikma Pharmaceuticals) у дозі 1 таблетка раз на день була призначена усім пацієнтам. Ефективність оцінювалася кожні 10 днів. Після 10 днів дозу Ридазину було підвищено до 20 мг. У результаті позитивний ефект відмічено у 84 % пацієнтів. Комплексна терапія за допомогою Ридазину та Нейровітану не мала токсичного впливу на нирки та печінку і препарати добре переносилися.

**V. N. Zelyoniy, G. I. Kaurova, V. I. Lavskiy,
A. S. Fedorchenko, M. E. Sanina, V. I. Yangol'**

The treatment of anxious-depressive abnormality of elderly aged medically ill

*Chernihiv geriatric boarding-house, Chernihiv Railways Hospital,
Chernihiv City Hospital № 3*

The results of treatment of elderly aged patients with anxious-depressive abnormalities are given and «Ridazin» and «Neurovitan» preparations influence score is calculated. 50 patients male and female were studied (36 % males), who complained of a general despondency, motivation decline, anxious feeling, apprehension, headaches, dyspnea, palpitation, cough, shortness of breath. The therapy of the «Ridazin» (Hikma Pharmaceuticals) 10mg once a day and «Neurovitan» (Hikma Pharmaceuticals) 1 tablet once a day was prescribed to all patients. The efficacy was counted every 10 days. After 10 days the Ridazin dose was raised to 20 mg. As a result 84 % of the patients showed the positive effect. Complex therapy of «Ridazin» and «Neurovitan» does not reflect the toxic effect on kidneys and liver and is of good tolerance.

Марута Н. А., д-р мед. наук, проф., зав. отд. неврозов и пограничных состояний, **Явдак И. А.**
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»
(г. Харьков)

ПРИМЕНЕНИЕ СОЛИАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАЧАЛОМ ИЛИ ОБОСТРЕНИЕМ ШИЗОФРЕНИИ

Шизофрения является хроническим эндогенным заболеванием, которое характеризуется прогрессирующей, дебютом в молодом возрасте, длительным течением и приводит к развитию стойкой утраты трудоспособности, снижению социального функционирования и показателей качества жизни. Именно это определяет медико-социальное значение изучения шизофрении и вопросов ее терапии [2—4, 6—8].

Как известно, с середины 50 годов XX столетия появился ряд препаратов, предназначенных для лечения шизофрении, а с 90-х годов XX столетия фармакологические исследования привели к появлению ряда современных эффективных препаратов. Современный этап развития психиатрии характеризуется широким использованием антипсихотиков [1—5, 9]. Их применение направлено на купирование психомоторного возбуждения, позитивной и негативной симптоматики, восстановление когнитивных функций и качества жизни пациентов с различными формами эндогенных и экзогенных психических заболеваний.

В целом, прием любого препарата, особенно антипсихотика, включает возможный риск развития побочных эффектов. Поэтому сопоставление риска и преимуществ, возникающего при приеме нейролептика, является необходимым условием при проведении терапевтических мероприятий в каждом конкретном случае [1—3, 5, 9].

Применение современного поколения антипсихотиков значительно реже связано с такими экстрапирамидными симптомами, как острая дистония, тремор, мышечная ригидность, акатизия и аффективные нарушения, а также с низким уровнем развития злокачественного нейролептического синдрома и поздней дискинезии. Рисперидон и оланзапин наиболее часто применяются как антипсихотики при первом эпизоде заболевания. Современные стандарты терапии рекомендуют начинать лечение с атипичных антипсихотиков, оставляя традиционные нейролептики (например, галоперидол) для резистентных больных или больных с частичным эффектом лечения [2]. Создание препаратов нового поколения способствует значительному уменьшению числа госпитализаций больных шизофренией, сокращению сроков стационарного лечения, возможности проведения амбулаторного лечения данных пациентов, лучшему восстановлению социального функционирования данных больных. Вместе с тем, разработка новых и оптимизация уже имеющихся терапевтических программ сохраняет свою актуальность.

Среди нейролептиков, при использовании которых преимущества многократно превосходят риск применения, следует отметить Солиан (амисульприд), обладающий оригинальным и высокоселективным профилем взаимодействия. Перспективность применения Солиана в терапии психозов определяются с одной стороны, его высокой антипсихотической активностью, а с другой — отсутствием побочных эффектов.

Солиан (амисульприд) селективно, с высоким родством связывается с субтипами D2/D3-дофаминергических рецепторов, в то же время, не обладает сродством к субтипам D1, D4 и D5. В отличие от классических и атипичных нейролептиков, не имеет сродства к рецепторам серотонина, гистамина H1, L-адренергическим и холинергическим рецепторам; не связывается с сигма-участками опиатных рецепторов. Такой атипичный фармакологический профиль может служить объяснением антипсихотического эффекта амисульприда при высоких дозах, наступающего вследствие блокады постсинаптических дофаминовых рецепторов, и его эффективности в отношении негативных симптомов при низких дозах в результате блокады пресинаптических дофаминовых рецепторов.

Целью проведенного исследования было собрать дополнительные клинические данные по эффективности и безопасности применения Солиана (амисульприда), у пациентов с шизофренией (острое начало или обострение и дальнейшее наблюдение) в условиях обычной медицинской практики.

Задачи исследования включали: изучение терапевтической эффективности Солиана у пациентов, страдающих шизофренией (острое начало или обострение); изучение переносимости Солиана в лечении больных шизофренией; изучение возможных побочных эффектов Солиана в лечении больных шизофренией.

Исследование выполнялось в соответствии с требованиями, предъявляемыми Государственным Фармакологическим центром МЗ Украины к клиническим испытаниям. Открытый дизайн исследования позволил пациентам получать лечение активным препаратом в условиях, максимально приближенных к условиям обычной медицинской практики.

Объектом исследования явились 56 пациентов обоего пола в возрасте старше 18 лет, с различной длительностью заболевания, давших письменное согласие на участие в исследовании. Всем пациентам был поставлен диагноз шизофрении в соответствии с критериями МКБ-10 (48 больных — F 20.0, 8 больных — F 20.3)

Отбор больных проводился согласно критериям включения и исключения. Согласно условиям отбора, в исследование включались пациенты с острым началом или обострением шизофрении.

Для обследования пациентов использовались общеклинический метод (объективное обследование: регистрация субъективных жалоб; объективная оценка психического статуса пациента, а также регистрация массы тела, роста, ЧСС и АД); шкала PANSS (продуктивных и негативных расстройств при шизофрении), которая включает шкалы позитивных симптомов (P) (P1 — бред, P2 — концептуальная дезорганизация, P3 — галлюцинаторное поведение, P4 — возбуждение, P5 — мания величия, P6 — подозрительность, P7 — враждебность), негативных симптомов (N) (N1 — уплощение аффекта, N2 — эмоциональная отстраненность, N3 — недостаточный раппорт, N4 — пассивно-апатический социальный

уход, N5 — трудности в абстрактном мышлении, N6 — недостаток спонтанности и плавности беседы, N7 — стереотипность мышления), общей психопатологии (G) (G1 — озабоченность соматическими ощущениями, G2 — тревога, G3 — чувство вины, G4 — напряжение, G5 — манерность и поза, G6 — депрессия, G7 — двигательная заторможенность, G8 — некооперативность, G9 — мысли с необычным содержанием, G10 — дезориентация, G11 — трудности концентрации внимания, G12 — снижение рассудительности и осознания болезни, G13 — волевые нарушения, G14 — недостаточный контроль импульсивности, G15 — отрешенность от реальности, G16 — активный социальный уход); шкала CGI (для общей клинической оценки): 1) *тяжесть заболевания* (0 — невозможно определить; 1 — норма, не болен совсем; 2 — пограничное состояние; 3 — легко болен; 4 — среднетяжело болен; 5 — выражено болен; 6 — тяжело болен; 7 — крайне тяжело болен); 2) *общее улучшение* (1 — невозможно определить; 1 — очень сильно улучшилось; 2 — значительно улучшилось; 3 — минимально улучшилось; 4 — без изменений; 5 — минимально ухудшилось; 6 — значительно ухудшилось; 7 — очень сильно ухудшилось); 3) *индекс эффективности* (оценивался только эффект препарата по следующим позициям: выраженный терапевтический эффект — значительное улучшение, полное или почти полное исчезновение всех симптомов; умеренный терапевтический эффект — явное улучшение, частичная ремиссия симптомов; минимальный терапевтический эффект — незначительное улучшение, не изменяющее состояние здоровья пациента; состояние не изменилось или ухудшилось; невозможно определить); 4) *побочные эффекты* (отсутствуют; значительно не влияют на активность пациента; значительно влияют на активность пациента; перевешивают терапевтический эффект).

На визите 1 у пациента оценивалась только тяжесть заболевания и назначалось лечение. На второй визит пациенты приходили через 1 месяц, на визит 3 — через 3 месяца после включения их в исследование, на этих визитах оценивались шкала PANSS, все позиции шкалы CGI (тяжесть заболевания, общее улучшение), индекс эффективности и побочные эффекты.

Общая характеристика пациентов представлена в таблице 1. Основную массу обследованных составляли лица среднего возраста, преимущественно мужчины с диагнозом «Шизофрения, параноидная форма». Наличие сопутствующей патологии встречалось у $14,3 \pm 4,7$ % обследованных.

Таблица 1

Общая характеристика обследованных больных

Оцениваемые показатели	Количество
Количество больных (всего)	56
Возраст, годы	$32,3 \pm 6,2$
Пол:	
— мужской	32 чел. ($57,1 \pm 6,7$ %)
— женский	24 чел. ($42,9 \pm 6,7$ %)
Масса тела, кг	$73,5 \pm 12,4$
Шизофрения, форма:	
— параноидная	48 чел. ($85,7 \pm 4,7$ %)
— недифференцированная	8 чел. ($14,3 \pm 4,7$ %)
Характер заболевания:	
— острое	15 чел. ($26,8 \pm 5,9$ %)
— обострение	41 чел. ($73,2 \pm 5,9$ %)
Наличие сопутствующей патологии	8 чел. ($14,3 \pm 4,7$ %)

Распределение больных по полу и возрасту представлено на рисунке 1.

Среди обследованных преобладали мужчины (57,1 %). Наиболее часто среди пациентов встречались лица от 21 до 40 лет (69,7 %), значительно реже встречались пациенты возрастной категории до 20 лет (12,5 %) и старше 50 лет (3,5 %), больные старше 60 лет в исследование не вошли (см. рис. 1).

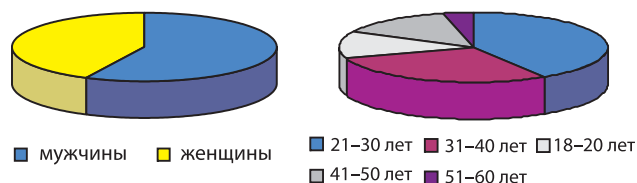


Рис. 1. Распределение больных шизофренией по полу и возрасту

По данным анамнеза длительность болезни была различной — среди обследованных преобладали лица с рецидивом имеющегося заболевания (73,2 %). В 26,8 % случаев включенным в исследование пациентам диагнозу шизофрении был установлен впервые.

Длительность болезни лишь у 26,8 % обследованных составляла до 1 года, 33,9 % наблюдались у психиатров от 1 до 3 лет, 14,3 % — от 3 до 5 лет, и 25,0 % обследованных — более 5 лет (рис. 2).

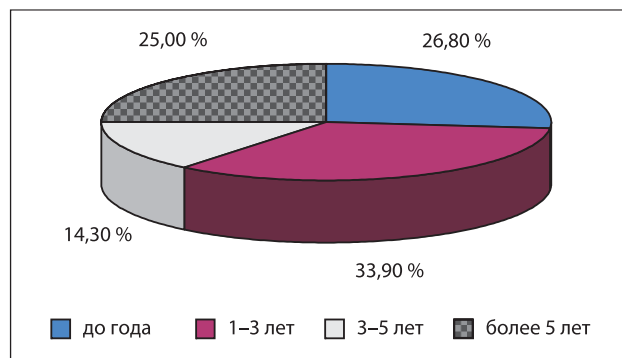


Рис. 2. Длительность наблюдения обследованных пациентов по поводу шизофрении

Лишь у 14,3 % обследованных были выявлены сопутствующие заболевания со стороны желудочно-кишечного тракта, органов дыхания, ЦНС (в виде вегетодистонических проявлений). Сопутствующую терапию никто из обследованных пациентов не принимал.

Болезненные симптомы у больных параноидной формой шизофрении до лечения проявлялись в виде нарастания напряженности, настойчивости, недовольности, эмоциональной отчужденности, снижения уровня социальной активности. У 85,7 % пациентов отмечались нарушения сна, у 42,9 % — кратковременные, остро возникающие состояния тревоги и беспричинного страха.

В большинстве наблюдений (73,2 %) пациенты были беспокойными и тревожными, поведение их могло резко и неожиданно изменяться, 26,8 % обследованных были аутичными, удалялись от общения, проводили много времени одни, погруженные в свои мысли.

Высказывания больных зачастую были расплывчатыми и туманными, что мешало уловить их смысл. Некоторым пациентам было трудно использовать абстрактные понятия, другие начинали увлекаться смутными псевдонаучными или мистическими идеями. У всех обследованных были выявлены те или иные нарушения настроения в виде тревоги, раздражительности, подавленности, притупления аффекта, пониженной активности, апатии, отсутствия побуждений, что приводило к их социальной отгороженности.

Бредовые идеи формировались постепенно, на первых этапах носили преимущественно фрагментарный и политематический характер и с течением времени приобретали относительно стойкий характер. Чаще всего это был бред отношения и воздействия (35,7 %), преследования (26,8 %), реже — бред мессианства (16,1 %), телесных изменений (14,3 %), ревности (8,9 %). 42,8 % больных были убеждены в том, что мысли либо внедряются в их мозг извне, либо изымаются оттуда какой-то внешней силой, либо «транслируются» другим людям. Бредовые идеи носили вычурный, нелепый характер, в ряде наблюдений сопровождался галлюцинаторными «голосами», высказывания которых по содержанию были связаны с идеями преследования или величия.

Адекватная самооценка у обследованных в большинстве наблюдений отсутствовала. Больные, как правило, не признавали, что их переживания являются следствием заболевания, уклонялись от прямого ответа.

Для всех пациентов с недифференцированной формой шизофрении до лечения было характерным снижение уровня активности, общения, коммуникативных навыков, отмечалась социальная отгороженность. У 81,3 % из них преобладали эмоциональная холодность, оскудение и неадекватность аффекта, сниженный фон настроения. У больных отмечались нарушения мышления в виде стереотипности или паралогичности мышления, склонности к резонерству, соскальзыванию, разноплановости, 26,8 % из них отмечали навязчивые мысли, их «наплывы». Больные казались отчужденными, заторможенными, поглощенными своими мыслями, выглядели растерянными.

Показатели по шкале PANSS до начала лечения составили 94,2 балла в среднем по группе.

До участия в исследовании большинство (83,9 %) пациентов принимали антипсихотическую терапию:

галоперидол (50,0 %), азалептин (42,9 %), рисполепт (8,9 %), трифтазин (14,3 %), 19,6 % обследованных принимали амитриптилин.

Во всех наблюдениях перед началом лечения Солианом (амисульпридом) производилась полная отмена других антипсихотиков, терапия Солианом начиналась по мере их отмены. Пациенты получали Солиан перорально в 2 приема, суточная доза составляла 400—800 мг в день, в отдельных случаях — 1200 мг/день. Дозы подбирались в соответствии с индивидуальными клиническими особенностями пациентов. При включении в исследование большинству пациентов (83,9 %) Солиан был назначен в дозе 400 мг в сутки, у 16,1 % пациентов начальная доза составляла 200 мг в сутки. Поддерживающее лечение устанавливалось индивидуально с минимально эффективными дозами. В процессе лечения Солианом (амисульпридом) пациентам не назначались какие-либо другие психотропные (в т. ч. и антипсихотические) средства.

Через месяц лечения 57,1 % больным была рекомендована прежняя доза Солиана (400 мг в сутки), 42,9 % пациентам доза была увеличена (16,1 % — с 200 мг до 400 мг в сутки, 23,2 % — с 400 до 600 мг в сутки, 3,6 % — с 400 до 1200 мг в сутки).

По мере стабилизации болезненной симптоматики через 3 месяца проведенного лечения 66,1 % пациентам была рекомендована поддерживающая доза 400 мг в сутки, 21,4 % больным доза была снижена до 200 мг в сутки, а 8,9 % больным рекомендуемая доза приема Солиана сохранялась 600 мг в сутки.

В процессе лечения у 96,4 % пациентов отмечалась положительная динамика в состоянии. Прежде всего, снималось состояние напряженности и тревоги, пациенты становились спокойнее, улучшалось качество сна. Уже через месяц лечения отмечалось выраженное улучшение эмоционального состояния пациентов, снижение явлений апатико-абулической симптоматики: пациенты становились активнее, общительнее, проявляли больший интерес к окружающему.

Полностью закончили исследование в соответствии с протоколом 54 обследованных, 2 пациента выбыли из исследования через 2 месяца лечения из-за недостаточной его эффективности.

Обобщенная динамика степени выраженности продуктивных и негативных расстройств при шизофрении по данным шкалы PANSS под влиянием терапии Солианом (амисульпридом) представлена на рисунке 3.

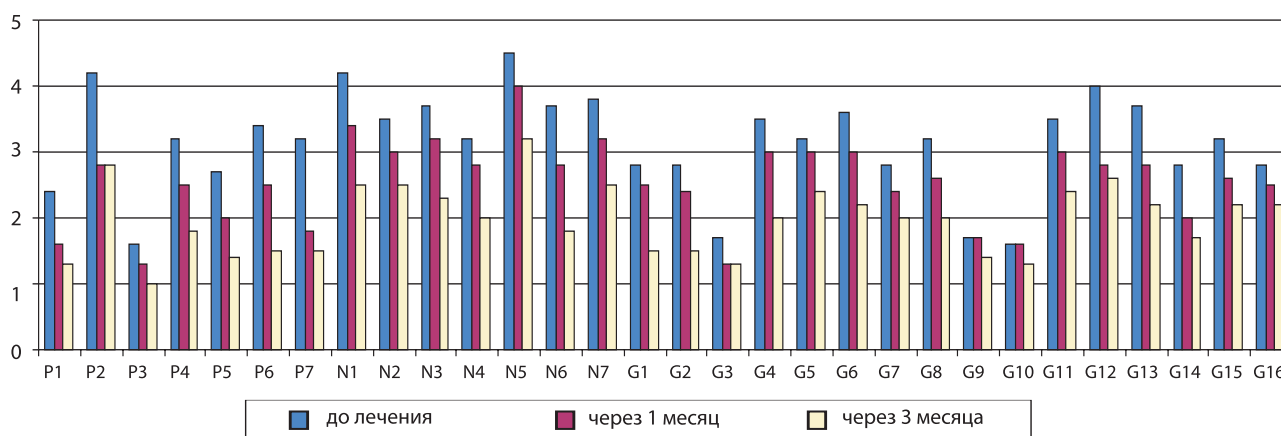


Рис. 3. Динамика показателей шкалы PANSS у больных шизофренией в процессе лечения Солианом

Положительная динамика отмечалась у больных уже после месяца проводимой терапии по всем позитивным и негативным шкалам и по большинству шкал общей психопатологии. Через месяц лечения средний балл по шкале PANSS составил 76,1 балл. Динамика снижения показателей PANSS практически по всем шкалам продолжилась и средний показатель шкалы PANSS после 3 месяцев лечения Солианом составил 59,0 баллов.

Динамика показателей по шкалам позитивных, негативных и общепатологических расстройств представлена на рисунках 4—6.

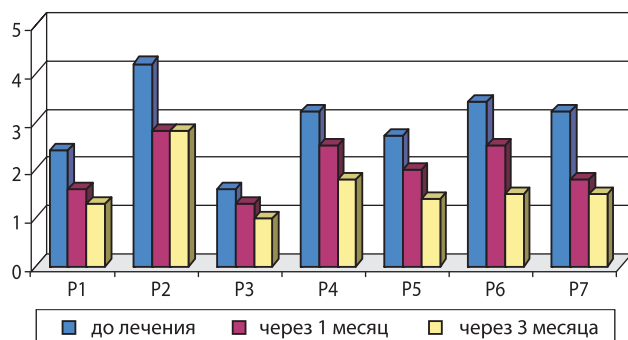


Рис. 4. Динамика позитивных расстройств у больных шизофренией в процессе лечения Солианом

До начала лечения средний суммарный балл по позитивным шкалам PANSS (P) составил 20,7 баллов. Достоверное снижение показателей позитивных расстройств по всем шкалам имело место уже через месяц лечения (средний показатель — 14,5 баллов).

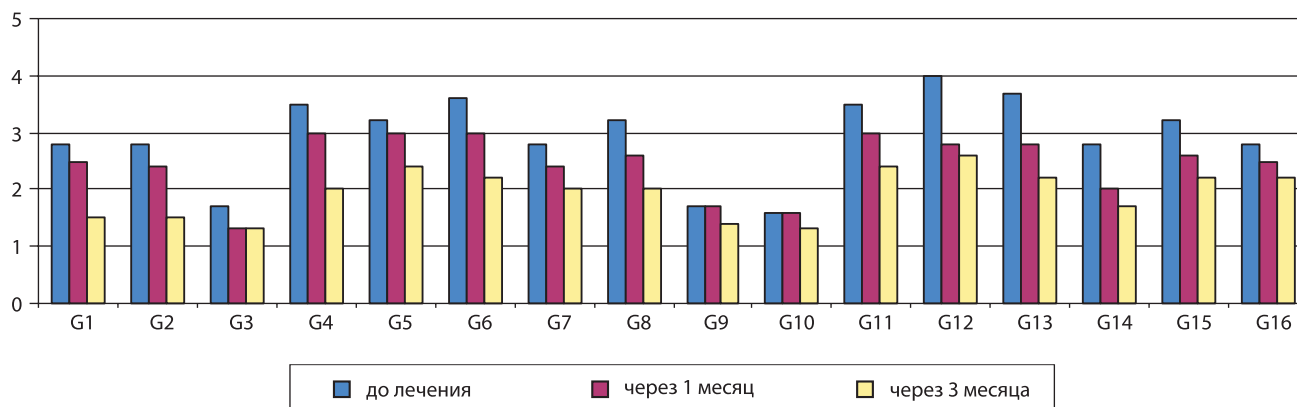


Рис. 6. Динамика общепатологических нарушений у больных шизофренией в процессе лечения Солианом

Через месяц лечения Солианом по шкалам G9 (мысли с необычным содержанием), G10 (дезориентация); существенной динамики не отмечалось, однако при оценке состояния через 3 месяца лечения позитивные изменения были отмечены по всем шкалам, достоверно больше — по шкалам G1 (озабоченность соматическими ощущениями), G2 (тревога), G4 (напряжение), G6 (депрессия), G8 (некооперативность), G11 (трудности концентрации внимания), G12 (снижение рассудительности и осознания болезни), G13 (волевые

Положительная динамика состояния по позитивным шкалам сохранялась и через 3 месяца лечения, снизившись в среднем по группе до 11,3 баллов (см. рис. 4).

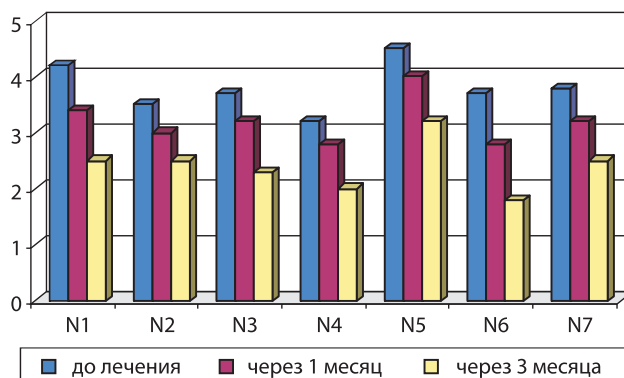


Рис. 5. Динамика негативных расстройств у больных шизофренией в процессе лечения Солианом

Положительная динамика в процессе лечения Солианом отмечалась по всем шкалам, отражающим негативные расстройства (см. рис. 5). Средний показатель PANSS по негативным расстройствам (N) до лечения составил 26,6 баллов, через месяц лечения он снизился до 22,4 баллов и через 3 месяца лечения отмечено достоверное снижение данного показателя (16,8 баллов).

Положительная динамика в процессе терапии Солианом выявлялась также и по шкалам, отражающих общепатологические расстройства (см. рис. 6).

нарушения), G14 (недостаточный контроль импульсивности).

Средний суммарный показатель по шкалам общепатологических нарушений до лечения составил 46,9 баллов, через месяц лечения — 39,2 баллов и через 3 месяца лечения — 30,9 баллов.

Динамика степени выраженности общей клинической оценки шизофрении по данным шкалы CGI под влиянием терапии Солианом (амисульпридом) представлена на рисунке 7.

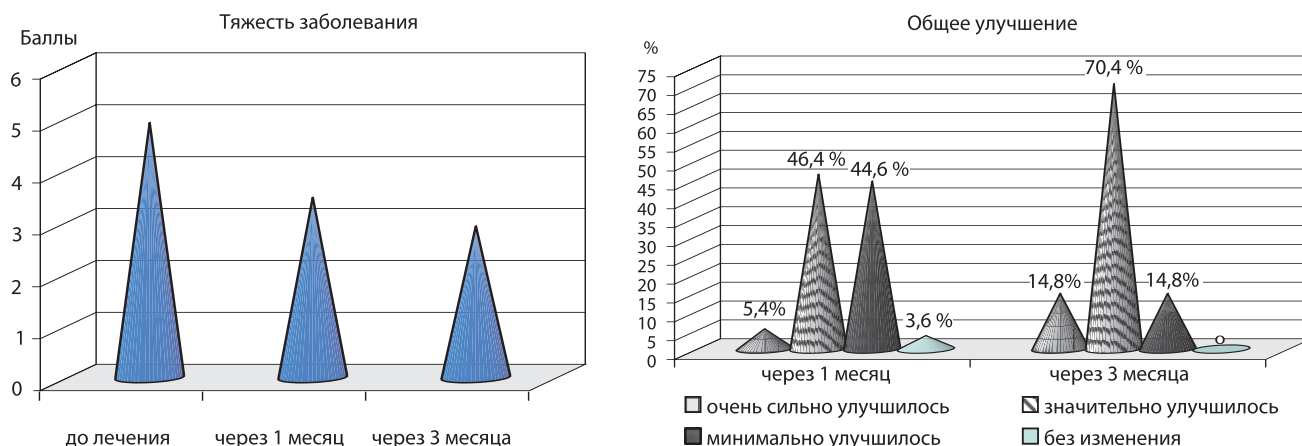


Рис. 7. Динамика степени выраженности общей клинической оценки шизофрении по данным шкалы CGI под влиянием терапии Солианом (амисульпридом)

Как свидетельствуют представленные данные, до начала лечения тяжесть заболевания в целом по группе составила 4,91 балла, что соответствовало диапазону показателей «среднетяжело болен» — «выражено болен»; уже через месяц приема Солиана данный показатель снизился до 3,47 баллов, что соответствовало диапазону между «легко болен» и «среднетяжело болен».

Через 3 месяца проведенного лечения состояние пациентов значительно улучшилось и средний показатель тяжести заболевания составлял 2,92 балла («пограничное состояние» — «легко болен»). Уже через месяц под влиянием терапии Солианом (амисульпридом) отмечалось существенное улучшение состояния больных: динамика в их состоянии оценивалась врачами как «очень сильно улучшилось» у 5,4 % пациентов; «значительно улучшилось» — у 46,4 %, «минимально улучшилось» — у 44,6 %, оценка состояния «без изменений» была лишь у 3,6 % больных.

Через 3 месяца проведенного лечения отмечалась дальнейшая стабилизация состояния больных. Характеристику «очень сильно улучшилось» отметили у 14,8 % больных, «значительно улучшилось» — у 70,4 % больных, «минимально улучшилось» — у 14,8 % больных.

Эффект препарата оценивался по индексу эффективности. Полученные данные представлены в таблице 2.

Согласно данным таблицы 2, индекс терапевтической эффективности у большинства пациентов (24 чел —

42,9 %) через месяц терапии Солианом составлял 05 (умеренный, без побочных эффектов) и 09 (минимальный, без побочных эффектов) (24 чел — 42,9 %), реже встречались индексы эффективности 01 (выраженный, без побочных эффектов), 13 (без изменения, без побочных эффектов), 06 (умеренный, побочные эффекты значительно не влияют на активность пациента) (по 2 чел — 3,6 %), 02 (выраженный, побочные эффекты значительно не влияют на активность пациента) и 10 (минимальный, побочные эффекты значительно не влияют на активность пациента) (по 1 чел — 1,8 %). Данные свидетельствуют о явном улучшении, частичной ремиссии болезненных симптомов либо незначительном улучшении у большинства обследованных и значительном улучшении, полном или почти полном исчезновении всех симптомов у некоторых из пациентов. У 2 больных через месяц терапии Солианом динамики в состоянии не отмечено.

Через 3 месяца лечения индекс эффективности значительно вырос и составил у большинства больных 01 (выраженный, без побочных эффектов) — 18 чел (32,1 %), у 14 пациентов (25,0 %) индекс эффективности составил 05 (умеренный, без побочных эффектов), у 8 (14,8 %) зарегистрирован выраженный терапевтический эффект, побочные эффекты значительно не влияющие на активность пациента (02); у 6 (8,9 %) — умеренный, побочные эффекты значительно не влияющие

Сводная таблица индекса эффективности через 1 месяц лечения Солианом (по данным шкалы CGI)

Таблица 2

Индекс эффективности		Побочные эффекты:							
		отсутствуют		значительно не влияют на активность пациента		значительно влияют на активность пациента		перевешивают терапевтический эффект	
		через 1 мес.	через 3 мес.	через 1 мес.	через 3 мес.	через 1 мес.	через 3 мес.	через 1 мес.	через 3 мес.
Терапевтический эффект:	Выраженный — значительное улучшение, полное или почти полное исчезновение всех симптомов	01 (2 чел.)	01 (18 чел.)	02 (1 чел.)	02 (8 чел.)	03 (—)	03 (—)	04 (—)	04 (—)
	Умеренный — явное улучшение, частичная ремиссия симптомов	05 (24 чел.)	05 (14 чел.)	06 (2 чел.)	06 (6 чел.)	07 (—)	07 (—)	08 (—)	08 (—)
	Минимальный — незначительное улучшение, не изменяющее состояние здоровья пациента	09 (24 чел.)	09 (8 чел.)	10 (1 чел.)	10 (—)	11 (—)	11 (—)	12 (—)	12 (—)
	Состояние не изменилось или ухудшилось	13 (2 чел.)	13 (—)	14 (—)	14 (—)	15 (—)	15 (—)	16 (—)	16 (—)

на активність пацієнта (06). Минимальний терапевтичний ефект, без побічних ефектів (09) зареєстрований лише у 8 пацієнтів (14,8 %)

Таким образом, данные индекса эффективности через 3 месяца лечения Солианом свидетельствуют о выраженном терапевтическом эффекте с полным или почти полным исчезновением всех симптомов у большинства больных.

В результате проведенного исследования установлено, что фармакотерапевтическая эффективность препарата Солиан оценивается как «выраженная» у 26 пациентов (46,4 %), «умеренная» у 20 пациентов (35,7 %). «Минимальная» эффективность зарегистрирована у 8 (14,8 %) пациентов. У 2 больных (3,6 %) состояние не изменилось, что расценивалось как «отсутствие эффективности»

Таким образом, в результате лечения у 54 (96,4 %) больных шизофрений отмечалась положительная динамика выраженности клинических проявлений, что свидетельствует о высокой эффективности препарата Солиан (амисульприд).

Анализ результатов оценки переносимости препарата Солиан (амисульприд) при лечении больных шизофренией не выявил каких-либо побочных явлений и осложнений при его применении в течение 3 месяцев по 400—1200 мг в сутки.

Таким образом, данные проведенного исследования позволяют сделать следующие выводы:

— препарат *Солиан (амисульприд)*, таблетки по 200 мг производства «Санофи-Синтелabo» (Франция), при назначении по 3—4 таблетки (600—800 мг) в сутки является эффективным средством при лечении острых и хронических шизофренических нарушений, сопровождающихся как позитивными, так и негативными симптомами;

— терапевтические эффекты препарата Солиан (амисульприд) включают редукцию негативной и позитивной симптоматики, восстановление эмоционального состояния больных, показателей активности и социального функционирования;

— препарат Солиан (амисульприд) хорошо переносится пациентами, побочные эффекты отсутствуют (75,0 %), либо значительно не влияют на качество жизни пациента (25,0 %);

— применение Солиана (амисульприда) 1—2 раза в день делает его прием удобным и не нарушает социального функционирования пациента.

Список литературы

1. Дороднова А. С. Оценка эффективности помощи больным в клинике первого психотического эпизода по сравнению с традиционными подходами. В кн.: материалы XIV съезда психиатров России. — Москва, 2005. — С. 51.
2. Джорж Арана, Джеральд Розенбаум. Фармакотерапия психических расстройств. — Москва: Бином, 2006. — 415 с.
3. Марута Н. А., Бачериков А. Н. Особенности манифеста различных форм шизофрении (диагностика и принципы терапии) // Международный медицинский журнал. — 2002. — Т. 8, № 1—2. — С. 46—52.
4. Марута Н. О., Бачериков А. М. Перший епізод шизофренії (закономірності формування, діагностика, терапія) // Український вісник психоневрології. — 2002. — Т. 10, вип. 1 (30). — С. 128—132.
5. Марута Н. А. Первый эпизод шизофрении (диагностика и терапия) // Там само. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (50), додаток. — С. 206—207.
6. Масштаб неврологических и психиатрических проблем в последнем десятилетии XX века и тенденции их будущего развития в свете статистико-эпидемиологических данных ВОЗ // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. — 1999. — Т. 99, № 9. — С. 46—47.
7. Орловская Д. Д., Жариков Н. М., Тиганов А. С. Психиатрия в XXI веке // Там же. — 2002. — Т. 102, № 6. — С. 9—14.
8. Gaebel W., Riesbeck M. Results of the German Research Network of schizophrenia (GRNS): prodrome — based treatment in first episode schizophrenia. In abstract book of 15th AEP Congress. — Madrid, 2007. — P. 76.
9. Emsley R. Strategies of acute drug treatment in first-episode schizophrenia / In book of abstracts of international congress of WPA "Treatment in psychiatry: an update". — Florence, Italy, 2004. — P. 58.

Надійшла до редакції 7.12.2007 р.

Н. О. Марута, І. О. Явдак

Застосування Соліана при лікуванні пацієнтів з гострим початком або загостренням шизофренії

ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України»
(м. Харків)

З метою зібрати додаткові клінічні дані стосовно ефективності і безпеки застосування Соліана (амисульприду) обстежено 56 пацієнтів з шизофренією (відповідно до критеріїв МКБ-10 48 хворих — F 20.0, 8 хворих — F 20.3).

Для обстеження використовувалися загальноклінічний метод, шкала PANSS, шкала CGI.

В результаті проведеного дослідження встановлено, що препарат Соліан (амисульприд), при призначенні по 3—4 пігулки (600—800 мг) на добу є ефективним засобом при лікуванні гострих і хронічних шизофреничних порушень, які супроводжуються позитивними та негативними симптомами. Препарат Соліан (амисульприд) добре переноситься пацієнтами, побічні ефекти відсутні (75,0 %), або значно не впливають на якість життя пацієнта.

N. A. Maruta, I. A. Yavdak

Usage of Solian in therapy of patients with an acute onset or exacerbation of schizophrenia

"Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" SI (Kharkiv)

In order to collect additional clinical data on efficacy and safety of Solian (amisulpride) 56 patient with schizophrenia (in accordance with ICD-10 48 patients — F 20.0, 8 patients — F 20.3) were examined.

In the examination the general clinical method, PANSS and CGI scales were used.

It was found out that Solian (amisulpride) in dose of 3—4 tablets (600—800 mg) per day is an effective medication to treat acute and chronic schizophrenic disorders accompanied both positive and negative symptoms. Solian (amisulpride) is well tolerable, adverse events either are absent (75.0 %) or have no a significant influence on patients quality of life (25.0 %).

П. Т. Петрюк, А. П. ПетрюкГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»
(г. Харьков), Харьковская областная клиническая психиатрическая
больница № 3 (Сабурова дача), г. Харьков**К УТОЧНЕНИЮ КЛИНИКИ РЕДКОЙ ФОРМЫ СМЕШАННОГО
(ПАРАНОИДНО-ЭПИЛЕПТОИДНОГО) РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ***«Нет людей больших и маленьких, нет — полных или худых.
Есть люди пропорциональные и диспропорциональные.
В этом всё дело!»

Альберт Дюрер

Каждый человек представляет собой личность с уникальным и долговременным сочетанием внутреннего опыта и действий, направленных на окружающий мир. Как правило, мы реагируем на происходящее в присущей лишь нам предсказуемой и последовательной манере. Эта последовательность, часто называется чертами личности (*personality traits*), может являться результатом унаследованных характеристик, усвоенных реакций или комбинаций и тех и других. Однако, что очень важно, наша личность отличается и гибкостью. Мы учимся на собственном опыте. Взаимодействуя со своим окружением, мы апробируем различные ответы и смотрим, какие из них оказываются более эффективными. Именно этой гибкостью часто не обладают люди, страдающие расстройством личности (*психопатией*) [1—4].

Под личностью понимают уникальное и долговременное сочетание внутреннего опыта и действий, направленных на окружающий мир, которое обуславливают последовательность реакций в самых разных ситуациях.

Расстройство личности (РЛ) — это очень жесткий паттерн (картина) внутреннего опыта и направленных на окружающий мир действий, который отличается от ожиданий общества и приводит к дисфункции. Этот паттерн распространяется на большую часть взаимодействий человека, сохраняется в течение многих лет и отличается от опыта и поведения, как уже отмечалось, обычно ожидаемых от людей. Жесткие черты характера людей с РЛ часто становятся причиной неприятных переживаний, которые могут вызвать психологическую боль и социальные или профессиональные трудности. Как правило, РЛ становятся заметными в подростковом периоде или в ранние годы взрослой жизни, хотя некоторые начинаются еще в детстве [1].

РЛ могут вносить разлад во многие аспекты жизни человека и причинять страдания окружающим его людям. РЛ относятся к наиболее трудноизлечимым психическим расстройствам. Многие из тех, кто ими страдает, даже не подозревают о своих личностных проблемах и не способны понять, что причинами трудностей является их жесткий стиль мышления и поведения [1—7].

Более четкое определение РЛ дает Т. Б. Дмитриева, которая утверждает, что психопатия — это вариант аномальной конструкции, генетически обусловленной и проявившейся в результате средовых влияний через

асинхронию нейроонтогенеза в виде измененной реактивности в отношении внешних и внутренних воздействий, которая обнаруживается на всех уровнях организма — от поведенческого и характерологического до физиологического и морфологического. Такое определение предполагает аномальность психопатической личности не только в психиатрическом, но и в соматобиологическом аспекте. Последнее может обусловить атипичное течение у больных РЛ соматических заболеваний и отклонения в их реакции на лекарственные препараты [8].

Поскольку генетически РЛ — это аномалия конституции, то клинически (феноменологически) выявляемая психиатрами картина психической патологии — это лишь видимая, но, вероятно, не самая большая часть имеющихся у индивида с РЛ нарушений. Такой подход, справедливо подчеркивает Т. Б. Дмитриева, требует, с одной стороны, переосмысления уже имеющихся данных, а с другой, — проведения комплексных полисистемных исследований, в которых большое место должен занять анализ динамики РЛ в свете таких универсальных биологических механизмов приспособления любого организма к окружающей среде, как адаптация и компенсация [8].

Важность РЛ для медицины и психиатрии обусловлена следующими тремя причинами:

1. Внешние проявления внутренних конфликтов часто ведут к столкновению с другими людьми, из-за чего такие пациенты попадают под врачебное наблюдение. Однако отношения у больного с врачом часто не складываются, т. к. больной не способен подойти к ним с должной ответственностью. В итоге врач перестает доверять больному и, в конце концов, отказывается от него.

2. Пациенты с тяжелыми РЛ имеют довольно высокий риск злоупотребления алкоголем и психоактивными веществами, аутодеструктивного поведения, сексуальных девиаций, а также конфликтов с окружающими.

3. Эти лица склонны к декомпенсациям в условиях стресса. Как осложнения у них могут возникать психические нарушения, связанные или не связанные с типом РЛ. Например, в условиях эмоционального стресса у истерической личности могут возникнуть конверсионные и диссоциативные симптомы, а может развиваться депрессия с суицидальным поведением [1, 2, 5, 7—12].

Согласно современным данным, РЛ может страдать до 15 % всех взрослых людей. У мужчин РЛ встречаются чаще, чем у женщин. При этом у взрослых это соотношение составляет 2 : 1, а у подростков — 3 : 1, что связывается с учащением диагностики РЛ в период работы призывных комиссий военных комиссариатов. В генезе РЛ имеют, как уже подчеркивалось, значение

* Основные фрагменты данной работы были подготовлены давно, однако она не подавалась к публикации в связи с тем, что продолжалось лонгитудинальное изучение лиц, включенных в группу обследованных, страдающих упомянутой редкой формой смешанного расстройства личности.

врожденные и приобретенные, биологические и социальные причины [1, 5, 9].

Вопрос диагностики РЛ непосредственно связан с проблемой их систематики, которая остается спорной до настоящего времени, поскольку не существует общепринятой классификации бесчисленных типов характера и, соответственно, характерологических вариантов. В истории учения о РЛ предлагались классификации, основанные преимущественно на социально-оценочных критериях (Е. Kraepelin, 1904—1915; А. К. Ленц, 1927), на клинических особенностях личностных расстройств (К. Schneider, 1923; D. Henderson, 1944; Е. А. Попов, 1959; Н. Cleckly, 1959; К. Leonhard, 1961), смешанные систематики, при которых учитывались оба эти способа разделения патологических характеров (П. Б. Ганнушкин, 1933; В. Karpman, 1934). Предпринимались попытки классифицировать психопатические личности в соответствии с принципами учения И. П. Павлова о высшей нервной деятельности (И. Ф. Случевский, 1955; А. А. Портнов, Д. Д. Федотов, 1956; отчасти О. В. Кербиков и Н. И. Фелинская, 1965) [4, 5].

Современные классификации РЛ исходят из представлений об основном расстройстве при патологических расстройствах характера, которыми являются изменения деятельности эмоционально-волевой формы. Эти нарушения при РЛ являются первичными, а все остальные особенности психики у них связаны с нарушениями эмоциональных и волевых проявлений.

Такие «вторичные» особенности психики отмечаются в сфере мышления. Большинству пациентов с РЛ, независимо от особенностей характера, свойственны своеобразные извращения мыслительной деятельности, несмотря на формальную сохранность интеллекта, в виде недостатков прогнозирования своих действий и отсутствия опоры на собственный опыт. У одних пациентов эти изменения проявляются крайней негибкостью умозаключений, односторонностью выводов, у других — поспешностью и легковесностью суждений, легкостью и непродуманностью принимаемых реакций. Для многих характерна аффективная логика, кататимность мышления, особенно заметная в условиях стрессовых ситуаций [4]. Такого рода нарушения дали основания Э. Крепелину (1915) говорить об «относительном слабоумии психопатов», а Н. А. Дубинину (1939) — о парциальном их слабоумии. Нарушения предвидения событий не зависят от глубины характерологических расстройств, но более выражены у истерических и возбужденных личностей, хотя различимы и при иных формах психопатий. Отсутствие способности опираться на собственный, зачастую печальный опыт как ведущее свойство мышления при РЛ подчеркивали исследователи психоаналитического направления (В. Karpman, 1934; М. Schmideberg, 1952; Н. Cleckly, 1959, и другие). Ими был предложен даже термин «*Luck of control*»; — «*утрата контроля*» (над собственной деятельностью) в качестве основной характеристики проявлений РЛ.

Американская классификация DSM-IV (1994) отличает расстройства Оси II (Axis II) — долговременные расстройства, которые обычно начинаются в раннем возрасте и сохраняются в течение взрослой жизни, — от расстройств Оси I (Axis I), более острых расстройств, которые могут начинаться и заканчиваться на определенных отрезках жизненного цикла. РЛ — это расстройство Оси II.

Нередко пациент с РЛ страдает также и острым расстройством (Ось I) — случай, называемый коморбид-

ностью (буквально «соболезненность» — наличие двух или более расстройств у одного человека). Возможно, что РЛ предполагают возникновение у человека расстройств Оси I. К примеру, пациенты с избегающим РЛ, которые боязливо уклоняются от всех контактов, могут быть склонны к социальной фобии. И — опять же, вероятно, что некоторые расстройства Оси I создают предпосылки для того или иного РЛ. Какова бы ни была причина этой связи, исследования показывают, что сопутствующее РЛ затрудняет лечение расстройств Оси I и снижает шансы человека на успешное выздоровление [1, 4].

DSM-IV идентифицирует 10 расстройств личности и разбивает их на 3 кластера расстройств: кластер А (The Odd, Eccentric Disorders) — «странные» РЛ с появлением эксцентричности (шизоидные, параноидальные и шизотипические личности); кластер В (The Dramatic, Impulsive, Emotional Disorders) — «драматические» РЛ с проявлением театральности, эмоциональности, лабильности аффектов (эмоционально-неустойчивые, пограничные, антисоциальные, истерические и нарциссические личности); кластер С (The Anxious, Tearful, “Neurotic”, Personality Disorders) — «тревожные» РЛ с проявлением тревоги и страха (уклоняющиеся, обсессивно-компульсивные и зависимые личности) [1, 4, 13, 14].

Анализируя отдельные типы патологических личностей, можно говорить о структуре РЛ как совокупности всех дисгармоничных свойств личности, сцепленных между собой теми или иными патохарактерологическими и конституционально-генетическими связями. Поэтому Б. В. Шостакович (2005) справедливо подчеркивает, что структура (основной психопатический синдром) РЛ — психопатий бывает простой и сложной [4].

При *простой психопатической структуре* проявления расстройств личности не выходят за пределы облигатных, постоянно присущих черт, когда вторичные — факультативные радикалы остаются латентными, невыраженными. Таким лицам свойственна четкая типологическая определенность, однонаправленность реагирования. Примерами преобладания облигатной симптоматики могут быть собственно возбудимые личности с недержанием аффекта или истерические субъекты с ведущим конфликтом между желаемым и возможным, астенические — с повышенной чувствительностью, уязвимостью в самых разных ситуациях.

При *сложной психопатической структуре* основное, облигатное ядро личности сохраняется, но она «обрастает» дополнительными психопатическими радикалами, происходит своеобразное развитие личности, обогащение ее патологического спектра с появлением разнонаправленных способов реагирования. В качестве примера можно привести истеро-возбудимых, обсессивно-компульсивных и шизоидных личностей [4].

Чистые психопатические типы, «простой психопатический синдром» встречается относительно редко. В рамках каждого типа РЛ наблюдаются смешанные, пограничные варианты, «сложные психопатические синдромы», сложные структуры (т. е. включающие признаки нескольких типов конституциональных аномалий), переходные от одного типа к другому.

Сложные сочетания отдельных проявлений РЛ подчеркивает также Р. Комер. Он, ссылаясь на Zimmerman (1994) и Grove и Tellegen (1991) пишет: «Различные расстройства личности накладываются друг на друга в столь значительной степени, что может оказаться

трудным отличить одно от другого. Фактически клиницисты иногда приходят к выводу, что отдельные люди страдают более чем одним расстройством личности» [1, 4, 5]. В сложностях диагностики он видит недостатки классификации DSM. В доказательство своих сомнений и трудностей в различении психопатических форм Р. Комер приводит интересную таблицу соотношения «главных» и «заметных» особенностей всех десяти РЛ, выделяемых в DSM-IV [1].

Касаясь динамики РЛ, следует подчеркнуть, что традиционно выделяемые формы — реакции, фазы, развития в современных систематиках и, в частности, в МКБ-10 [15] рассматриваются в качестве сборной группы вне раздела «Расстройства личности». Большая часть реакций — шоковые (F 43), диссоциативный ступор (F 44.2), посттравматическое стрессовое расстройство (F 43.1), относятся к самостоятельным болезненным расстройствам. Фазы в соответствии с МКБ-10 почти целиком отнесены к разряду аффективной патологии (аффективные расстройства — F 32, F 33, F 38.1), либо к отдельным рубрикам в пределах невротических расстройств (F 40 — F 48). И, наконец, ряд вариантов патологических развитий с формированием сверхценных симптомокомплексов отнесены к хроническим бредовым расстройствам. При этом вклад РЛ в формирование психопатологических проявлений интерпретируется как фактор, способствующий манифестации тех или иных болезненных симптомокомплексов, модифицирующих проявления психопатологических образований или сказывающийся на их стойкости к терапевтическому воздействию [7].

А. Б. Смулевич, Б. В. Шостакович (2001) отмечают, что основные тенденции динамики психопатий формируются в рамках коморбидных соотношений с психическими расстройствами (невротическими, аффективными, а иногда и проявлениями более тяжелых регистров).

Необходимо подчеркнуть, что структура взаимодействия психических и характерологических расстройств может быть представлена в виде целого спектра вариантов. Клиническое значение таких коморбидных соотношений различно и иногда несет информацию о противоположных по закономерностям динамики РЛ (компенсация-декомпенсация) процессах. В рассматриваемом аспекте авторы предлагают выделять три типа динамики: первый — в форме развития личности, второй — в форме ассоциированных с расстройствами личности квазипсихозов; третий — в форме трансформации характерологических расстройств в психопатологические [7].

Следовательно, приведенные данные свидетельствуют о недостаточном изучении клиники и динамики редкой формы смешанного (параноидно-эпилептоидного) расстройства личности.

Целью нашей работы явилось уточнение клиники редкой формы смешанного (параноидно-эпилептоидного) расстройства личности.

Под наблюдением находилось 18 больных со смешанным (параноидно-эпилептоидным) расстройством личности (7 мужчин и 11 женщин) в возрасте от 19 до 60 лет, находящихся под длительным наблюдением врачей-психиатров в период с 1993 по 2007 годы. Большая часть данного контингента проходила обследование и наблюдение в условиях Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабурова дача). Для уточнения клиники упомянутых расстройств использовались анамнестический,

клинико-психопатологический, патопсихологический и катamnестический методы. По социальному положению обследованные лица распределились следующим образом: студенты — 3, рабочие — 5, учителя — 3, инженеры — 4, врачи — 1, ученые — 2. У всех пациентов имелись признаки нескольких расстройств из F 60-, но без преобладания симптоматики, которая произвела бы более специфическую диагностику. Специфическое РЛ (F 60), не объясняющееся прямым образом обширным повреждением или заболеванием мозга или другими психическими расстройствами, удовлетворяло следующим критериям МКБ-10 [15]: а) заметная дисгармония в личностных позициях и поведении, вовлекающая обычно несколько сфер функционирования, например, аффективность, возбудимость, контроль побуждений, процессы восприятия и мышления, а также стиль отношения к другим людям; б) хронический характер аномального стиля поведения, возникшего давно и не ограничивающегося эпизодами психической болезни; в) аномальный стиль поведения является всеобъемлющим и отчетливо нарушающим адаптацию к широкому диапазону личностных и социальных ситуаций; г) вышеупомянутые проявления всегда возникают в детстве или подростковом возрасте и продолжают свое существование в периоде зрелости; д) расстройство приводит к значительному личностному дистрессу, но это может стать очевидным только на поздних этапах течения времени; е) обычно, но не всегда, расстройство сопровождается существенным ухудшением профессиональной и социальной продуктивности.

У всех обследованных упомянутых лиц нами выявлено 2 основные группы психопатологических расстройств — параноидный (паранойальный) и эпилептоидный радикалы, которые имели место у каждого пациента.

Центральными характерными признаками параноидного радикала являлись подозрительность и сенситивность. Даже составляя только малую часть всей личности, они приносили *недоверчивость*, которая выходила далеко за рамки обычной осмотнительности, и сенситивность, порождающую резкую реакцию отпора, что наносило ущерб социальным отношениям. При этом РЛ подозрительность проявлялась по-разному. В одних случаях пациенты были постоянно насторожены, ожидая со стороны окружающих попыток взять над ними верх, обмануть или подстроить им какую-то неприятность. Зачастую они сомневались в преданности других людей и просто были не в состоянии никому из них довериться. В результате они становились обидчивыми и подозрительными. Некоторые *требовали от подчиненных доносительств* на своих коллег, партнеров по работе вплоть до отчета о домашних телефонных разговорах с ними. Такие лица с трудом заводили, а точнее не заводили друзей и стремились избегать общения в группе. Например, «друзьями» они считали только нужных им для карьеры людей и тех, кто проявлял активность в доносах. Попадая, к примеру, в один вагон поезда со своими коллегами, такие лица избегали обычного общения, совместного ужина или профессионального общения, отдавая предпочтение молчаливому присутствию в соседнем купе вагона. Окружающие обычно считали их скрытными, неискренними и чрезмерно самонадеянными. Создавалось впечатление, а в большинстве случаев так и было, что у них *слабо развито чувство юмора* или что они почти не наделены способностью получать удовольствие.

Такие личностные особенности нередко служили благодатной почвой для ревности.

Это люди особого склада, своенравные, неоткрытые, лишенные, как уже отмечалось, чувства юмора, капризные, раздражительные, с односторонними, но стойкими аффектами, берущими верх над логикой и рассудком. Для них характерна нередко повышенная активность, связанная преимущественно с их личными интересами или интересами близких людей, чрезмерная аккуратность, нетерпимость к несправедливости, в т. ч. и к чужому мнению. Как правило, они ригидны, склонны к «застреванию», фиксации на определенных представлениях и идеях, чему в значительной степени способствует большая эмоциональная напряженность значимых для них переживаний. Их отличают узость кругозора, односторонность и ограниченность интересов. Они чаще не ставят перед собой больших задач, зато малозначимые проблемы могут заслонить для них весь мир. Суждения их незрелы, чересчур прямолинейны, крайне конкретны, примитивны и не всегда последовательны. С. А. Суханов (1912), относивший таких лиц к группе «логопатов», подчеркивает характерную для них с юношеских лет склонность к резонерству и изъяснам мышления в виде обилия односторонних и логически неправильных (паралогических) умозаключений [5].

Лиц с таким радикалом отличают повышенное самомнение, обостренное чувство собственного достоинства, сочетающееся со «сверхчувствительностью» к неудачам, к негативной оценке со стороны окружающих. Особый смысл и значение для параноика приобретает все, что так или иначе связано с его собственной личностью, затрагивает его интересы. К явлениям вне сферы «притяжения» своего «Я» они глубоко безразличны, попросту исключая их из области активного внимания.

Постоянное противопоставление себя окружающим, восприятие мира как явления противоположного и даже враждебного проявляется у параноиков такими чертами, как «сверхбдительность» (постоянный поиск угрозы извне, готовность к ответу на любой тревожный сигнал) и *недоверие к людям*. Зачастую на первом плане — опасения посягательств на их права, их собственность, их супруга, члена семьи или сексуального партнера. Такая недоверчивость к намерениям других легко переходит у этих личностей в подозрительность. Возникают мысли о том, что окружающие относятся к ним несправедливо, без должного уважения, завидуют или даже хотят унижить, оскорбить; под них «подкапываются», ущемляют их интересы и авторитет. Любой пустяк, не имеющий к ним прямого отношения, может трактоваться как проявление недобрых намерений, отрицательного или даже враждебного отношения окружающих (чаще родственников или сослуживцев).

Самым типичным, по П. Б. Ганнушкину [2], свойством параноиков является склонность к образованию сверхценных идей, во власти которых они потом и оказываются. Сверхценные идеи подчиняют себе всю личность, определяют поведение индивидуума; не параноическая личность управляет своими мыслями, а мысли управляют ею.

Основы клинической типологии параноической психопатии заложены в работах О. Bumke (1924), Т. И. Юдина (1926), Е. Kretschmer (1930), Н. Binder (1967). До настоящего времени эта типология не завершена, но представляется правомерным выделить (так же

раздельно, как и в группе шизоидов и психастеников) по крайней мере, двух полярных вариантов параноической психопатии: экспансивного и сенситивного. Такая дифференцировка в известной степени совпадает с предложенным S. Ahhtars (1996) разделением параноической конституции на 2 подтипа: 1) более сильный, активный, вызывающий, гневный, сутяжный; 2) слабый, пассивный, скрытный, обидчивый [5].

В изученной группе лиц встречался только экспансивный вариант параноического радикала. Экспансивные параноические личности — это патологические ревнивцы, сутяги, лица, склонные к конфликтам, правдоискательству и реформаторству. С детских лет они *лживы, мстительны*, часто клеветают и жалуются, замечают недостатки у других, но не признают их у себя. Они всегда довольны собой, неудачи их не смущают. *Убеждены, что только они владеют данной специальностью*, только они понимают все в совершенстве. Они не желают подчиняться, ограничиваться скромной ролью, обычно борются со своими личными врагами, используя для этого все дозволенные и недозволенные средства, а не за общее дело. Посвятив себя научной деятельности, они, *в сущности, не любят науку, занимаются ею только для того, чтобы посрамить своих врагов*. Борьба с противниками и утверждение своей значимости заполняет их жизнь. Они не отличаются высоким интеллектом. Как правило, это стеничные и даже экзальтированные личности с ускоренным темпом психической деятельности и постоянно повышенным фоном настроения. Они энергичны, подвижны, подчас суетливы, не знают, что такое усталость, не испытывают потребности в отдыхе. Нередко у коллег, работающих вместе с такими личностями, развиваются различные психосоматические расстройства.

Характерными признаками для параноидного радикала, по определению ВОЗ, является чрезмерная чувствительность к препятствиям, злопамятность, подозрительность, тенденция к искажению опыта посредством истолковывания нейтральных или дружественных действий как враждебных или презрительных, а также агрессивное и упорное отстаивание своих прав. Может наблюдаться склонность к патологической ревности либо *чрезмерное подчеркивание собственной важности* и отнесение происходящего на свой счет [13], что было также отмечено нами у обследованных больных.

Лица с параноидным радикалом внешне выглядят самодостаточными. Тем не менее, *самодостаточность является лишь фасадом*, скрывающим их слабость. На самом деле они всегда озабочены тем, что другие думают и чувствуют в отношении них. Они характеризуются реактивной избирательной сенситивностью к определенным видам ситуаций; к определенным лицам; к тому, что они считают для себя угрозой; к исходящей извне агрессии, направленной на их интегральность. В результате появляется преувеличенная *тенденция отрицать собственную ответственность за сделанные ими ошибки*, неудачи, просчеты и несоблюдение каких-либо условий. *Ответственность отбрасывается от себя и приписывается другим*. Для людей с параноидной идеацией характерно отрицание неприемлемых с точки зрения этики и принятости в данном обществе желаний, включающих в себя и сексуальные. Социально дискриминирующие желания они приписывают другим, отрицая наличие их у себя. Для таких лиц характерна постоянно присутствующая *враждебность к окружающим*, носящая неуправляемый характер. Враждебность

они также проецируют на других, ссылаясь на ее вторичность, хотя на самом деле она является всегда первичной [11].

Лица с параноидным радикалом не относятся к категории суицидоопасных, чаще они склонны к анти-социальным действиям. Как правило, суицидальные действия предпринимаются ими в тех случаях, когда другие средства «борьбы за идею, справедливость» или «с беспорядками» не давали желаемых результатов. В этих случаях суицид выступал в роли последнего аргумента и метода воздействия на окружающих. У этих лиц преобладали истинные суицидальные попытки. Повторные суицидальные попытки могут приобретать характер попыток манипулятивного типа.

Л. Н. Юрьева [16] выделяет *личностные характеристики, потенцирующие суицидальное поведение* у этой категории лиц: 1) склонность к возникновению сверхценных идей эгоцентрической направленности; 2) повышенная чувствительность к препятствиям и отказам; 3) тенденция быть постоянно недовольным кем-то, категорический отказ прощать нанесенные обиды; 4) подозрительность и общая тенденция к искажению нейтрального или дружественного отношения к себе других, которое принимается за враждебное и презрительное; 5) обостренное осознание своих личных прав и воинствующая, упорная готовность отстаивать их, неадекватная реальной ситуации; 6) периодически возникающие неоправданные подозрения относительно сексуальной верности супруга или сексуального партнера; 7) гипертрофированное самомнение, завышенная самооценка, эгоизм; 8) склонность соотносить личные факты и явления действительности с собственной личностью.

Автор также выделяет *психотравмирующие факторы, оказывающие суицидогенное воздействие*: 1) ситуации, в которых «несуицидальные» средства «борьбы за идею, справедливость» или «с беспорядками» не дают желаемых результатов; 2) ситуации, в которых представления о собственной значимости поколеблены; 3) подозрения относительно сексуальной верности супруга или сексуального партнера «подтверждаются» [16].

В этих случаях возможны не только суицидальные, но и гомоцидные акты. Анализ содержания предсмертных записок показывает, что лица с параноидным радикалом чаще пишут о ненависти к противникам «идеи», обвиняют их в «заговоре», в супружеской неверности, в предательстве.

Сталин и Гитлер — наиболее частые, по мнению Е. В. Черносвитова (2004), примеры параноидности (паранойальности). К сожалению, ученые, описывая паранойальные типы (будь то реальные исторические личности или литературные герои), не могут избежать оценочных суждений. Пример — описание паранойальных (параноических) личностей К. Леонгардом или современным психиатром А. Е. Личко. При этом забывается, что типология личности (как и ее телесное строение) для профессионала-медика должна находиться вне нравственных или каких-либо других оценочных суждений. Какой бы ни был характер — это «не плохо» и «не хорошо». Это — типологически реально. «Плохи» или «хороши», «нравственные» или «безнравственные» бывают только поступки людей. А с этой точки зрения, нет ни одного человеческого характера (типологии), который не имел бы своих злодеев и героев. И никакой тип не находится в этом отношении в преимуществе перед другими. Повторяем, что поступок человека и его

поведение в целом зависят от всех составляющих его психосоматическую структуру.

Если основной чертой эпилептоидного типа была «вязкость», определяющая все его психические качества, то у паранойального типа это — ригидность (в переводе с латинского: прямолинейность, непреклонность, строгость). Ригидность создает такие разновидности паранойального типа, как «борцы за справедливость» (в обыденной жизни они часто превращаются в сутяги и кверулянтов; прекрасный образ сутяги в «Собаке Баскервиль» Конан Дойла), «фанаты веры» (как иезуиты-инквизиторы, Никон и Аввакум), «борцы за идею» (великие революционеры, как Гарибальди и Робеспьер, Ленин и Мао Цзэдун), «ученые-первооткрыватели» (которые руководствуются одним принципом «А все-таки она вертится!» и готовы идти за него на костер), «авторитарные правители» (типа Цезаря, Карла I, Елизаветы, Ивана Грозного, Сталина), «великие ревнивцы» (убивающие из-за ревности своих возлюбленных; Отелло, Евгений Арбенин из «Маскарада» М. Ю. Лермонтова, султан Оросман из «Заиры» Вольтера), «неподкупные судьи» (великолепный образ алькальда из «Саламеи» Кальдерона), «великие скупые» («Скупой рыцарь» Пушкина, «Гобсек» и Гранде из «Евгении Гранде» Бальзака), «донжуаны» всех времен и народов, «великие мистификаторы» (морочащие умы сотни лет, типа Нострадамуса), «великие реформаторы» (типа Мартина Лютера, Жана Кальвина, Алексея Андреевича Аракчеева и Петра Аркадьевича Столыпина).

Ригидность, определяющая, по сути дела, тип паранойальной личности, характеризует образ мышления человека. До всего они доходят своим умом, во всем ищут здравый смысл, «идею» или «концепцию», принимают только формально-логические суждения (где для них главный закон — «исключение третьего»: *«третьего не дано!»*). Поэтому мышление у паранойальных личностей логически строго и последовательно, даже если оно беспредметно, как, например, у резонеров. Они, обладая таким складом мышления, *понимают, как правило, только себя*. Некоррегируемы. Не понимают других людей, мыслящих иначе, чем они. Поэтому крайне нетерпимы к инакомыслящим. Из-за непонимания других людей они обладают характером подозрительным, недоверчивым. С другой стороны (со стороны их чувств и эмоций), они могут быть незащищенными и легко управляемыми людьми, которые ловко обходят их паранойальную систему мышления. С этой же стороны некоторые из них чрезвычайно доступны внушению. Легко *«зомбируются»*, поэтому часто совершают поступки, «вложенные» в них другими людьми, хотя за эти же самые поступки они других людей отправили бы на эшафот или в лагерь. *Ригидность с годами делает этих субъектов нетерпимыми с окружающими, одинокими*. Круг мышления их с возрастом также сужается и, в конце концов, останавливается на одной идее, которая приобретает качества *сверхценной*. А это уже начало психопатологии — бреда. Кстати, для таких личностей не суть важно — реализуются ли в жизни предметы, занимающие их умы, важно, что они их до последнего считают главными. Цель и смысл жизни, и сама жизнь для паранойальных личностей — производные их логических построений [14].

Самыми характерными признаками эмоционально неустойчивого (эпилептоидного) радикала, по определению ВОЗ, является выраженная тенденция к импульсивным действиям без учета последствий,

непредсказуемое и изменчивое настроение. Наблюдается склонность к бурным эмоциональным взрывам и неспособность контролировать поведенческие проявления. Отмечается склонность к задиристому поведению, взрывчатости, конфликтам, особенно при попытке ограничить или сдерживать импульсивные действия. Различают два типа расстройств (радикала): первый — импульсивный, характеризующийся в основном эмоциональной неустойчивостью и недостаточным контролем побуждений, и второй — пограничный, характеризующийся, в дополнение к перечисленным выше проявлениям, нарушениями образа Я, целей, внутренних предпочтений, а также насыщенными и нестабильными межличностными отношениями, тенденцией к саморазрушающему поведению, проявляющейся суицидальными попытками, в том числе демонстративными [13].

Эпилептоидный радикал, по нашим наблюдениям, характеризовался следующими признаками: во-первых, крайней раздражительностью, доходящей нередко до приступов ярости; во-вторых, приступами расстройства настроения (с характером страха, тоски, гнева) и, в-третьих, определенно враждебными, так называемыми дефектами (антисоциальными установками). Эти люди представляются очень активными, односторонними, напряженно деятельными, любителями острых ощущений, очень настойчивыми и даже упрямыми. Та или другая мысль надолго застревала в их сознании, что приводило к формированию сверхценных идей. Их аффективная установка почти всегда имела несколько неприятный, окрашенный *плохо скрываемой злобностью оттенком*, на общем фоне которого от времени до времени иной раз по ничтожному поводу развивались бурные *вспышки неудержимого гнева*, ведущего к опасным нежелательным действиям. Как правило, лица с этим радикалом очень нетерпеливы, *крайне нетерпимы к мнению окружающих и не выносят противоречий*. К этому следует добавить большое себялюбие и эгоизм, чрезвычайную требовательность к подчиненным и нежелание считаться с интересами других людей, кроме своих собственных, что делает частыми поводы для столкновения этих лиц с окружающими их людьми. Даже тогда, когда их нет вовсе, как подчеркивает П. Б. Ганнушкин [2], лицу с эпилептоидным радикалом *ничего не стоит их выдумать*, только для того, чтобы разрядить неудержимо накапливающее у него временами чувство беспредметного раздражения. Они подозрительны, очень обидчивы, мелочно придирчивы. Они всегда *требуют покорности и подчинения себе* и, наоборот, сами не выносят повелительного тона у других, пренебрежительного к себе отношения, замечаний и выговоров. Неуживчивость лиц с эпилептоидным радикалом доходит до того, что многие из них вынуждены всю жизнь проводить в скитаниях, с одной стороны, благодаря их страсти во все вмешиваться, а с другой, — и больше всего, из-за абсолютной неспособности сколько-нибудь продолжительное время сохранять мирные отношения с сослуживцами, с начальством, с соседями.

Очень важно подчеркнуть чрезвычайно характерную для этих лиц склонность к эпизодически развивающимся расстройствам настроения, расстройствам, могущим возникать как спонтанно, как бы без всякой видимой причины, так и реактивно — под влиянием тех или других неприятных переживаний. Следует подчеркнуть то, что отличает подробные расстройства от

депрессивных состояний всякого другого рода — это почти постоянное наличие в них трех основных компонентов: *злобности, тоски и страха*. Подобные расстройства настроения могут быть кратковременными и длительными, на последние падают наиболее бурные и безрассудные вспышки лиц с эпилептоидным радикалом.

Несмотря на свою необузданность, лица с этим радикалом всегда остаются людьми очень узкими, односторонними и *не способными хотя бы на мгновение отрешиться от своих эгоистических интересов*, полностью определяющих их, в общем, всегда очень напряженную деятельность. Их аффективность лишена богатства оттенков и определяется, преимущественно, постоянно имеющейся у них в наличии агрессивностью по отношению к окружающим людям. Чувство симпатии и сострадания, способность «вчувствоваться» в чужие переживания им недоступны. *Такие лица не умеют прощать, получают немалое удовольствие от унижения кого-нибудь в присутствии коллег, нередко бывают деспотичны*. Они, к примеру, всегда равнодушны к своим коллегам, как при жизни, так и в момент ухода последних из жизни. *Отсутствие этих чувств в сочетании с крайним эгоизмом и злобностью делает их морально неполноценными и способными на действия, далеко выходящие не только за рамки приемлемого в нормальных условиях общежития, но и за границы, определяемые уголовным законодательством*. Хочется особо подчеркнуть, что эти лица, имея влиятельных родственников во властных структурах, могут *«много наломать дров и на протяжении продолжительного времени портить кровь своим коллегам»*, *«способны идти по трупам коллег ради своих личных интересов»*.

Небезынтересно знать, что значительная часть обследованных нами лиц с эпилептоидным радикалом отличается своеобразным атлетически-диспластическим и, как нами настоящим исследованием отмечено, также *гиперстеническим телосложением с элементами немалого ожирения и чрезмерной возбудимостью вазомоторов*. Последнее обстоятельство часто наблюдается у изученного контингента лиц во время вспышек гнева, ярости, когда наблюдаются приливы крови к голове, что не противоречит научным воззрениям П. Б. Ганнушкина [2].

Лица с эмоционально неустойчивым (эпилептоидным) радикалом относятся к категории наиболее суицидоопасных. Среди всех лиц с расстройствами личности, совершившими суицид, около 30 % приходится на долю эмоционально неустойчивых.

Повторные суицидальные попытки имеют тенденцию к демонстративно-шантажным формам. Они приобретают характер попыток манипулятивного типа и попыток разряжающего типа. Попытки разряжающего типа по своему механизму развития являются импульсивными. Во время суицидального акта происходит разрядка максимального эмоционального напряжения с одновременным сужением поля сознания и ослаблением контроля над поведением. Поэтому поведенческая реакция человека в виде суицидальной попытки часто выглядит неадекватной ситуации. Каждая последующая попытка «сенситизирует» личность, создает психологическую готовность к повторным суицидальным попыткам, которые осуществляются более рискованными, часто приводящими к летальному исходу, способами [5].

Л. Н. Юрьева [16] выделяет *личностные характеристики, потенцирующие суицидальное поведение* у больных с эпилептоидным радикалом: 1) выраженная тенденция действовать быстро, импульсивно, без учета вероятных последствий; 2) выраженная тенденция к конфликтному поведению, особенно в случаях, когда импульсивные действия встречают отпор или подвергаются критике; 3) склонность к вспышкам гнева или агрессии, завершающимся «поведенческими взрывами», которые индивид не способен контролировать; 4) склонность к собственной переоценке; 5) нестабильное, переменчивое настроение.

Суицидальный риск у этих лиц обусловлен не только личностными, но и эндогенными факторами, такими как «фазы угнетения» с угрюмо-тоскливым настроением, злобно-агрессивными разрядами, конфликтностью, сенестопатическими ощущениями.

Далее автор выделяет *психотравмирующие факторы, оказывающие суицидальное воздействие*: 1) требования дисциплинарного характера; 2) различного рода возражения и запреты; 3) ограничения личной свободы и свободы передвижения; 4) ситуации, в которых представления о собственной значимости поколеблены.

Суицидальный риск у лиц с эпилептоидным радикалом особенно высок на этапе его формирования и в периоды декомпенсации. Анализ содержания предсмертных записок свидетельствует, что лица с эпилептоидным радикалом чаще пишут о ненависти к обидчикам и желании отомстить им, придумывают оскорбления в их адрес [16].

Таким образом, клинко-психопатологическая картина у изученных больных носила характер *сложной психопатической структуры*, где основное, облигатное ядро личности сохранялось (в одних случаях это было эпилептоидное, а в других — параноидное), но оно обростало дополнительными психопатическими радикалами, происходило своеобразное развитие личности с переплетением эпилептоидного и параноидного радикалов, обогащение ее патологического спектра с появлением разнонаправленных способов реагирования, в том числе и характерных для диссоциальных РЛ.

Бесспорно, общение с такими пациентами, страдающими смешанным (параноидно-эпилептоидным) РЛ, в условиях психиатрической клиники происходило на одном уровне и совсем на другом уровне происходит с ними общение, когда они находятся, к примеру, при исполнении своих служебных, к несчастью подчиненных и коллег, обязанностей руководителя.

П. Т. Петрюк, О. П. Петрюк

До уточнення клініки рідкісної форми змішаного (параноїдно-епілептоїдного) розладу особистості

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (Харків), Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3 (Сабурова дача), м. Харків

Висвітлюється проблема розладів особистості в теоретичному та практичному аспектах. Дається сучасна дефініція розладів особистості та характеристика простої і складної психопатологічної структури. Наводяться клінічні дані клініки та динаміки рідкісної форми змішаного (параноїдно-епілептоїдного) розладу особистості на основі дослідження 18 пацієнтів з цією патологією. Підкреслюється наявність певних складностей при роботі зі згаданим контингентом хворих.

Список литературы

1. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патология психики. — 3-е междунар. изд-е. — СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК, Изд. дом Нева; М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. — 608 с. (Серия «Психологическая энциклопедия»).
2. Ганнушкин П. Б. Избранные труды / Под ред. проф. О. В. Кербикова. — Ростов-на-Дону: Феникс, 1998. — 416 с.
3. Гиндикин В. Я., Гурьева В. А. Личностная патология. — М.: Триада-Х, 1999. — 266 с.
4. Шостакович Б. В. Современные подходы к диагностике психопатических расстройств // Российский психиатрический журнал. — 2005. — № 3. — С. 7—14.
5. Смулевич А. Б. Расстройства личности (психопатии): Руководство по психиатрии. В 2-х т. — Т. 2 / Тиганов А. С., Снежневский А. В., Орловская Д. Д. и др.; Под ред. А. С. Тиганова. — М.: Медицина, 1999. — С. 558—606.
6. Смулевич А. В. Нажитые, соматогенно обусловленные, ипохондрические психопатии (к систематике расстройств личности) // Психиатрия и психофармакотерапия. — 2006. — Т. 8. — № 1. — С. 5—8.
7. Смулевич А. Б., Шостакович Б. В. Старые и новые проблемы расстройств личности // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2001. — Т. 1. — № 4. — С. 4—9.
8. Дмитриева Т. Б. Современные общепсихологические подходы к оценке психопатий // Там же. — 1997. — № 5. — С. 4—6.
9. Миколайський М. В., Влох І. Й. Розлади особистості (психопатії). Акцентації. В кн.: Психіатрія / Напрєєнко О. К., Влох І. Й., Голубков О. З. зі співавт. / За ред. проф. О. К. Напрєєнка. — К.: Здоров'я, 2001. — С. 519—536.
10. Телле Р. Психиатрия с элементами психотерапии / Пер. с нем. Г. А. Обухова. — Мн.: Интерпрессервис, 2002. — 496 с.
11. Короленко Ц. П., Дмитриева Н. В. Социодинамическая психиатрия. — М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2000. — 460 с.
12. Савенко Ю. С. Разное понимание главной проблемы психопатологии // Независимый психиатрический журнал. — 2006. — № 1. — С. 32—34.
13. Лексиконы психиатрии Всемирной Организации Здравоохранения: Лексикон психиатрических и относящихся к психическому здоровью терминов (2-е изд.). Лексикон терминов, относящихся к алкоголю и другим психоактивным средствам. Лексикон транскультуральных терминов, относящихся к психическому здоровью / Пер. с англ.; Под общ. ред. В. Б. Позняка. — Киев: Сфера, 2001. — 398 с.
14. Черносивов Е. В. Специальная социальная медицина: Учебное пособие для вузов. — М.: Академический Проект; Фонд «Мир», 2004. — 704 с. («Gaudeamus»).
15. Классификация психических и поведенческих расстройств: клинические описания и указания по диагностике / Пер. под ред. Ю. Л. Нуллера, С. Ю. Циркина. — Киев: Факт, 1999. — 272 с.
16. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология: Монография. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 472 с.

Надійшла до редакції 17.09.2007 р.

P. T. Petryuk, O. P. Petryuk

By clarification of clinic of rare form of the mixed (paranoid-epileptic) disorder of personality

"Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the AMS of Ukraine" SI (Kharkiv), Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Saburova dacha), Kharkiv

The problem of disorders of personality is lighted in theoretical and practical aspects. Modern definition of disorders of personality and description of abnormal psychology its simple and difficult structure is given. These clinical clinics over and dynamics of rare form of the mixed (paranoid-epileptic) disorder of personality are brought on the basis of study 18 patients with this pathology. The presence of certain complexities is underlined at work with the mentioned contingent of patients.

ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ «ПРОФІЛАКТИКА АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ» (Харків, 13—14 березня 2008 р.)

УДК 616.89-008.447:616.85

ОБЩЕБИОЛОГИЧЕСКАЯ АНТИЦИПАЦИЯ ПРИ ОСНОВНЫХ ФОРМАХ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

А. Ф. Артемчук, А. А. Артемчук

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
АМН Украины» (г. Харьков)

Как известно, всё многообразие нормального и аддиктивного поведения человека строится на четырёх врождённых программах: самосохранения, пищевого, полового и инстинкта любопытства (творчества). В числе нарушений самосохранительного поведения можно отметить такие разнообразие по происхождению и клинике состояния, как: суицидальное и криминальное поведение; членовредительство; алкоголизацию, наркотизацию, курение, переедание, анорексию; сверхценные идеи ущерба, воздействия, бред преследования; железнодородный параноид; невроз навязчивых состояний; философию нигилизма, фатализма и др. К пищевым аддикциям можно отнести невротический отказ от пищи; булимию; поедание несъедобных вещей, копрофагию, алкоголизм, токсикоманию, табакокурение; избыточные аппетит и масса тела, вегетарианство и др. Аддикции сексуального характера включают разновидности оральной и анальной сексуальности (в т. ч. никотинизм, алкоголизм); садизм, мазохизм, вуауризм, педофилию, нимфоманию; некрофилию, скотоложество, пироманию; сексуальное религиозное сектанство («хлыстуны», «скопцы», «сатанисты»); философские системы с отказом от сексуальной жизни и др. Аддикции творческого поведения нередко носят характер социально-педагогической запущенности, «трудоголизма», шопинга, алкогольной, наркотической, игровой и др. зависимости, духовного и этического нигилизма, галлюцинаторного, бредового и другого синдромотворчества и т. д.

Все эти нарушенные поведенческие программы нередко носят характер болезненного влечения и могут быть условно разделены на химические и нехимические; пищевые, сексуальные, «творческие» и самосохранительные; бытовые и производственные; индивидуально-личностные и социальные; пограничные и клинические; сложные и простые; религиозно-философские, игровые и др.

В числе наиболее общих характеристик для всех этих аддикций можно специально отметить:

— их неоправданно большую значимость в жизни больного человека;

— широкий клинический диапазон проявления: от упрямства и «позы», демонстративного поведения — до сверхценной идеи, навязчивых состояний, болезненных влечений и даже — галлюцинаторного, бредового, саморазрушительного и разрушительного поведения;

— невозможность (или большие трудности) их психологической коррекции и самокоррекции;

— их тесную взаимосвязанность между собой — коморбидность, быструю трансформацию одного в другое, бурную генерализацию при определённых условиях, т. е. сложный системный характер патологии;

— сильно выраженную зависимость от факторов урбанизации, увеличения численности населения, ухудшения характеристик здоровья человека;

— их экзистенциальный характер: все они носят форму «псевдодеятельности», заместительного поведения, способа «побега от проблем», «образа жизни»;

— их тесную причинно-следственную связь со слабостью или дефектностью четырёх вышеотмеченных врождённых биологических программ: самосохранительной, пищевой, половой и творческой.

По-видимому, всю известную психопатологию со знаком «+» или «-», гипер- или гипо- можно отнести к регистру приобретённых болезненных программ, в основе которых лежит вышеотмеченная общебиологическая антиципация.

Всё вышеуказанное имеет определяющее значение для понимания теоретических и практических аспектов аддиктивного поведения и открывает новые возможности в плане превентологии и лечения.

УДК: 616.89-008:345.913

СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ЭПИЗОДОМ ПСИХОЗА

И. А. Бабюк, д-р мед. наук, зав. каф., С. Г. Ушенин, канд. мед. наук, доцент кафедры, О. И. Осокина, аспирант (каф. психиатрии, психотерапии, мед. психологии и наркологии ФИПО)
Донецкий национальный медицинский университет
им. Горького (г. Донецк)

Суицидальное поведение у психотических пациентов является серьёзной проблемой в психиатрии, непосредственно влияющей на качество оказания специализированной психиатрической помощи. Потому все аспекты, касающиеся диагностики возможного суицидального поведения у психотических больных, методов профилактики суицидов имеют немаловажное значение.

Исследование проводилось на базе областной клинической психиатрической больницы г. Донецка. Нами было обследовано 38 пациентов с первым эпизодом психоза (24 мужчины, 14 женщин), находившихся на лечении в отделении кризисных состояний ОКПБ г. Донецка. Исследование проводилось на основании разработанного полуструктурированного клинического интервью с больными, а также с членами их семей.

Согласно полученным нами данным у 6 человек (5 мужчин и 1 женщина) накануне госпитализации были отмечены суицидальные тенденции. Один человек из этой группы непосредственно перед госпитализацией в стационар предпринял суицидальную попытку.

В синдромальной структуре у суицидальных пациентов с первым эпизодом психоза, по нашим данным, в подавляющем большинстве случаев ведущим являлся бред преследования (5 случаев). В одном случае психическое состояние пациента определялось синдромом Кандинского — Клерамбо. Кроме того, в каждом из выявленных случаев диагностировалась вторичная депрессивная симптоматика.

Таким образом, высокая распространенность суицидального поведения у больных с первым эпизодом

психоза (13,1 % по нашим даним) свідечує про необхідність розробки та впровадження комплексних профілактичних заходів, спрямованих на недопущення суїцидів ще на ранніх етапах хвороби.

УДК 616.89-008.441.44 (477.54)

ЗАВЕРШЕНІ СУЇЦИДАЛЬНІ СПРОБИ, ЗДІЙСНЕНІ В СТАНІ АЛКОГОЛЬНОГО СП'ЯНІННЯ

*А. М. Бачериков, Е. Г. Матузок, К. В. Харіна,
Л. М. Ситенко, О. В. Горбунов, А. В. Кись
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України», Харківське обласне бюро
судово-медичної експертизи (м. Харків)*

У архіві бюро судово-медичної експертизи ми вивчили матеріали 803 випадків завершених суїцидальних спроб, що були здійснені мешканцями Харкова впродовж 2002—2004 років. Співвідношення чоловіки/жінки становило 3,0 : 1. У 320 випадках (39,85 % від загальної вибірки суїцидентів) під час лабораторного дослідження крові суїцидентів був знайдений етанол. Співвідношення чоловіки/жінки у групі завершених суїцидальних спроб, здійснених в стані алкогольного сп'яніння становило 9,32 : 1. Цей показник був у межах від 8,33 : 1 у віковій групі 10—19 років до 12,20 : 1 у віковій групі 40—59 років.

Найбільшу кількість завершених суїцидальних спроб, здійснених в стані алкогольного сп'яніння, було зареєстровано у вікових групах 40—59 років ($p < 0,001$) та 20—39 років ($p < 0,001$), як у загальній вибірці в цілому, так і у чоловіків окремо. Завершені суїцидальні спроби, здійснені в стані алкогольного сп'яніння, склали майже 60 % від усіх самогубств у віковій групі 20—59 років як у загальній вибірці в цілому, так і у чоловіків окремо.

Зміст етанолу у пробах крові трупів коливався від 0 до більш ніж 5 ‰, але приблизно у 45 %, як серед усіх завершених суїцидальних спроб, здійснених у стані алкогольного сп'яніння, так і у чоловіків окремо, концентрація цього спирту становила 1,51—3 ‰.

Серед усіх завершених суїцидальних спроб, здійснених в стані алкогольного сп'яніння, а також у чоловіків окремо найчастіше етанол перед самогубством вживався в четверги, найрідше — у неділі. Під час порівняння даних за четверги із неділями в обох цих вибірках різниця статистично значуща ($p < 0,05$).

УДК 616.89-008.441.44-07:616.895.8

ПСИХОДІАГНОСТИЧНІ ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ТА ГОСТРИЙ ПОЛІМОРФНИЙ ПСИХОТИЧНИЙ РОЗЛАД

*А. М. Бачериков, Т. В. Ткаченко.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України» (м. Харків)*

Дослідження було проведено у 70 пацієнтів, серед них 35 хворих на шизофренію (F 20) та 35 хворих на гострий поліморфний психотичний розлад (F 23). Основну групу склали 37 хворих, у яких спостерігалась суїцидальна спрямованість, контрольну — 33 хворих без наявності суїцидальних тенденцій.

Мета дослідження — вивчення психодіагностичних предикторів формування суїцидальної поведінки у хворих на шизофренію та гострий поліморфний психотичний розлад для удосконалення критеріїв діагностики та прогнозування суїцидів.

Для досягнення мети дослідження були використані такі методи: опитувальник рівня суб'єктивного контролю, методика вивчення ціннісних орієнтацій в модифікації Е. Б. Фанталової, методика визначення характерологічних акцентуацій характеру та нервово-психічної нестійкості, тест визначення індивідуального стилю життя та опитувальник А. Басса — А. Даркі.

Для хворих на шизофренію та гострий поліморфний психотичний розлад з суїцидальною спрямованістю були характерними накопичування агресії в собі, що відображалось в переважанні почуття образи та підозрілості; низький рівень інтернальності; переважання психастеничних рис характеру та високий рівень нервово-психічної нестійкості; низький рівень вираженості психологічних захистів (переважаючими механізмами психологічного захисту були «регресія» та «реактивні утворення»). В ієрархічній структурі цінностей переважали цінності особистого життя, цінності ж професійної реалізації були менш значущі.

Для хворих без наявності суїцидальної спрямованості були характерними схильність виносити агресивні імпульси проти оточуючих, а не проти себе, у вигляді вербальної та фізичної агресії; інтернальний тип контролю в усіх сферах життя, крім сімейних відносин; рівень нервово-психічної нестійкості нижче, ніж у хворих з суїцидальною спрямованістю; виражені істероїдні риси характеру; більш високий рівень вираженості психологічних захистів (переважаючими механізмами психологічного захисту були «регресія» та «реактивні утворення»). В ієрархічній структурі цінностей, крім цінностей особистого життя, цінності здоров'я та власної реалізації займали важливе місце.

УДК 616.895.4:616.89-008.444.9

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ С АУТОАГРЕССИВНЫМИ ДЕЙСТВИЯМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

*Ж. И. Белостоцкая
Харьковская областная психиатрическая больница № 1
(с. Стрелечье)*

Известно, что Украина относится к числу стран с высоким уровнем суицидов, а депрессивные расстройства являются наиболее суицидогенными среди всех психических и поведенческих расстройств. Это — одна из серьезнейших проблем здравоохранения.

Целью настоящего исследования явилось изучение некоторых социально-демографических особенностей больных депрессивными расстройствами, проживающих в сельской местности, которые совершили суицид.

Под наблюдением находилось 29 больных, у которых клинико-психопатологическим (диагностические критерии МКБ-10) и психологическим (шкалы Гамильтона и Монтегери — Асберга для оценки депрессии) был выявлен депрессивный эпизод (F 32) или рекуррентное депрессивное расстройство (F 33). Из исследования исключены больные с органическим поражением центральной нервной системы, страдающие зависимостью от алкоголя и других психоактивных веществ.

Женщин было 18, мужчин — 11. Возрастные особенности суицидентов: 20—29 лет — 11 человек (8 женщин и 3 мужчины), 30—39 лет — 3 (1 и 2 соответственно), 40—49 лет — 6 (3 и 3), 50—59 лет — 5 (2 и 3), старше 60 лет — 4 (все женщины). Безработных было 24 человека, работающих — 5. Большинство больных (27 человек) занимались физическим трудом, людей умственного

труда было 2. Производственной деятельностью в течение жизни, связанной с сельскохозяйственным промышленным производством, занимались 8 больных; не связанной с сельским хозяйством — 21, хотя все обследуемые пациенты говорили, что «постоянно работают на земле своего хозяйства, как все сельские жители». Семейное положение больных было таким: проживало в семье (женат/замужем) — 3 пациента, одинокие (не замужем/не женат) — 13, разведенные — 8, вдовы — 5.

Анализ особенностей аутоагрессивных действий показал, что из числа изучаемых суицидентов повешение предприняло 11 больных, нанесение самопорезов — 8, отравление — 7, попытка утопиться — 1, броситься под колеса машины — 1, отравиться газом — 1.

По результатам проведенного исследования предикторами суицидальных поступков у жителей сельской местности, страдающих депрессивными расстройствами, могут быть женский пол, возраст 20—29 лет, безработица, неблагоприятное семейное положение, физический труд. Наиболее распространенные суицидальные действия — повешение свидетельствуют о серьезности намерений уйти из жизни.

Полученные результаты должны учитываться при профилактике суицидов у больных депрессивными расстройствами, проживающих в сельской местности.

УДК 616.89-008.441.44-008.44.9

ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ С ЛИЦАМИ С СУИЦИДАЛЬНЫМ РИСКОМ И СКЛОННЫХ К САМОПОВРЕЖДЕНИЮ

*Беро М. П., д-р мед. наук, проф., директор ОКПНБ — МПЦ,
Беро С. Я., зам. директора по лечебной работе ОКПНБ — МПЦ
Областная клиническая психоневрологическая больница —
медико-психологический центр (г. Донецк)*

Материалы ВОЗ, данные статистики и литературы свидетельствуют о значительном росте уровня аутоагрессивного поведения в последние десятилетия во всех развитых странах мира, включая Украину. Одним из наиболее опасных аспектов проблем роста аутоагрессивного поведения среди населения различных стран мира является выраженная тенденция к росту суицидальных попыток. Постоянный существенный рост количества самоубийств и суицидальных попыток стал основой для формирования национальных программ по превенции суицидального поведения в различных странах мира. Существующие тенденции отражают насущную необходимость решения данной сферы проблем на государственном уровне в нашей стране.

Наибольший уровень самоубийств, суицидальных попыток и других видов аутоагрессивных действий регистрируется при различных видах депрессивных расстройств.

В настоящее время вызывает опасение тот факт, что среди самоубийц отмечается существенный рост количества мужчин трудоспособного возраста, а также резкое «помолодение» аутоагрессивных действий, как самоубийств и суицидальных попыток, так и других эквивалентных форм саморазрушающего поведения.

Ведущее место среди причин аутоагрессивного поведения занимают различные психологические и социальные проблемы: многочисленные варианты межличностных конфликтов в семье и с ближайшим окружением, отсутствие адекватной самореализации,

различные патопсихологические нарушения личности, а также социальная неустроенность — отсутствие работы, низкий материальный уровень, низкий уровень социального контактирования.

По решению Донецкого Областного совета на базе Областной клинической психоневрологической больницы — медико-психологического центра с 01.04.2005г. создан кабинет социально-психологической помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением. Кабинет социально-психологической помощи оказывает консультативно-лечебную, реабилитационную и профилактическую помощь лицам, которые добровольно обращаются в связи с кризисными и суицидоопасными состояниями, взаимодействует с «Телефоном доверия», с лечебными учреждениями, которые оказывают медицинскую помощь после суицидальных попыток (реанимационное отделение ДОКМО, Областной травматологической больницы, ЦГКБ № 1), психотерапевтами районных поликлиник г. Донецка, врачами-психиатрами Центральных районных и городских больниц Донецкой области, стационарными отделениями ОКПНБ — МПЦ, оказывает специализированную психотерапевтическую, психиатрическую, медико-психологическую амбулаторную лечебно-консультативную помощь взрослому населению города и области, подросткам и обучающейся молодежи.

Показаниями для направления и консультирования являются:

- патологические и непатологические ситуационные реакции и кризисные состояния;
- психогенные невротические депрессии и реакции, посттравматические стрессовые состояния;
- психопатические реакции;
- психосоматическая патология.

За 2007 год в кабинете кризисных состояний проконсультировано 502 человека. Из них госпитализировано в ОКПНБ — МПЦ 496 человек. Медицинская и социально-психологическая помощь лицам с указанными расстройствами оказывается по их желанию анонимно. Госпитализация осуществляется добровольно — по просьбе больного.

Люди с суицидальными намерениями не избегают помощи, а наоборот, часто стремятся к ней, в частности к консультированию. Из тех, кто совершает суициды, почти 70 % консультируются врачами общего профиля за месяц, а 40 % — в течение последней недели до совершения фатального поступка; 30 % — так или иначе выражают свои намерения, ставя в известность окружающих. Поэтому врачу общей практики важно определить место невротической депрессии среди сходных состояний, обусловленных нарушениями настроения.

Нами разработаны методические рекомендации для врачей общей практики по предупреждению несчастных случаев по причинам самоубийств и самоповреждений.

Определение понятий

Суицид (самоубийство) — это осознанное лишение себя жизни. *Суицидальное поведение* — понятие более широкое, которое, помимо суицида, включает в себя суицидальное поведение, попытки и проявления.

К суицидальным проявлениям относят соответствующие мысли, высказывания, намеки, не сопровождающиеся, однако, какими-либо действиями, направленными на лишение себя жизни. Феномен суицида

чаще всего связывают с представлением о психологическом кризисе. В данном случае под кризисом понимают эмоциональное состояние, возникающее в ситуации столкновения личности с препятствием на пути удовлетворения ее важнейших жизненных потребностей, то есть таким препятствием, которое не может быть устранено обычными способами решения проблем, известными человеку из прошлого жизненного опыта.

Факторы суицидального риска

1. Социально-демографические факторы. Чаще всего совершают суициды молодежь в возрасте от 15 до 24 лет, что связано с высокими требованиями к адаптационным механизмам личности, предъявляемыми именно в этом возрасте. Второй пик суицидальной активности приходится на возраст 40—60 лет, для которого, помимо психологических проблем, характерно ухудшение соматического здоровья, гормональная перестройка, изменение иерархии ценностей, что часто сочетается с депрессией. Кроме того, именно в этот период взрослые дети покидают родительский дом, а родители болеют и умирают; также эта возрастная группа чаще сталкивается с проблемами в профессиональной карьере.

Женщины чаще совершают попытки самоубийства, избирая при этом менее мучительные и болезненные способы, чем мужчины. Однако у мужчин суицид чаще носит завершенный характер.

Чаще всего совершают суициды безработные, а также лица с высшим образованием и высоким профессиональным статусом.

Количество самоубийств среди городских жителей заметно выше, чем в сельской местности. Семейное положение и особенности внутрисемейных отношений оказывают значительное влияние на суицидальный риск. Состоящие в браке реже совершают самоубийства, чем холостые, вдовы и разведенные. Выше суицидальный риск у бездетных, а также живущих отдельно от родственников. Среди суицидентов преобладают лица, имевшие в детстве приёмных родителей, воспитывавшиеся в интернате или же имевшие только одного из родителей. Родительские семьи суицидентов характеризуются открытыми конфликтами между их членами. Матерям свойственны истероидные черты характера, отцы — жестоки и безразличны.

При оценке суицидального риска предлагается также учитывать следующие биографические факторы:

- гомосексуальная ориентация;
- суицидальные мысли, намерения, попытки в прошлом;
- суицидальное поведение родственников, близких, друзей, других значимых лиц.

2. Индивидуально-психологические факторы.

Личностные и характерологические особенности часто играют ведущую роль в формировании суицидального поведения. Выявлен ряд predisponирующих психолого-психиатрических факторов суицидального поведения, к которым относятся следующие:

- повышенная напряженность потребностей, стремление к эмоциональной близости, низкая способность к формированию защитных механизмов.
- импульсивность, эксплозивность и эмоциональная неустойчивость, повышенная внушаемость, бескомпромиссность и отсутствие жизненного опыта;
- чувство вины и низкая самооценка;
- гипореактивный эмоциональный фон в период конфликтов.

Выделяют также ряд личностных стилей суицидентов:

1) импульсивный: внезапное принятие драматических решений при возникновении проблем и стрессовых ситуаций;

2) компульсивный: установка во всем достигать совершенства и успеха. При соотношении целей и желаний с реальной жизненной ситуацией может привести к суициду;

3) рискующий: балансирующий на грани опасности является привлекательным и вызывает приятное возбуждение;

4) регрессивный: снижение по разным причинам эффективности механизмов психологической адаптации;

5) зависимый: беспомощность, безнадёжность, пассивность, необходимость и постоянный поиск посторонней поддержки;

6) амбивалентный: наличие одновременного влияния двух побуждений к жизни и смерти;

7) убегающий: бегство от кризисной ситуации путем самоубийства;

8) заброшенный: переживание пустоты вокруг, грусти или глубокой скорби;

9) творческий: восприятие самоубийства как нового и привлекательного способа выхода из неразрешимой ситуации.

3. Медицинские факторы.

1. Психическое здоровье. Суициденты представлены следующими диагностическими категориями:

- психически здоровые;
- лица с пограничными психическими расстройствами;
- психически больные.

2. Соматическое здоровье — наличие тяжелого хронического прогрессирующего заболевания.

Знакомство с особенностями больных депрессией необходимо врачам общей практики, поскольку они составляют группу риска возможного самоубийства. Другая часть больных может иметь различные маски депрессии и безуспешно лечить несуществующие заболевания внутренних органов. Богатство и разнообразие соматических проявлений депрессивного состояния поражает терапевтов. Создается впечатление, что нет ни одного показателя вегетативной жизни, который не претерпевал бы изменений в связи с динамикой психического статуса.

В последние годы особое внимание привлекают атипичные депрессии, которые клинически проявляются соматическими симптомами, за фасадом которых просматриваются невротические расстройства. Подобные состояния описываются как маскированные депрессии. Несвоевременность диагностики таких состояний может приводить к тяжелым последствиям, к числу которых относятся и суициды.

Клиническая картина маскированной депрессии характеризуется многочисленными соматовегетативными и невротическими жалобами, среди которых выделяются разнообразные по локализации и выраженности боли, приступы головокружения, сопровождающиеся ощущениями страха, отказом от еды, истерическими расстройствами. При несомненном сходстве с определенными соматическими заболеваниями почти никогда не наблюдается полной имитации их клиники. Локализация боли чаще не точна, иные болезненные ощущения не описываются с обычной для соматических заболеваний последовательностью, не выявляется их

зависимость от определенных провоцирующих факторов. Врачу общей практики важно определить место депрессии среди сходных состояний, обусловленных нарушениями настроения, имеющими нередко психодинамическую основу (результат личностно-средового взаимодействия). Определение высокой степени риска суицида, отказ от пищи, бессонница, темп нарастания депрессии служит основанием для принятия решения о консультации психотерапевтом. Психиатры, психотерапевты отличаются от врачей общей практики склонностью назначать адекватные дозы антидепрессантов, а значит более действенные. Для медикаментозного лечения необходимы длительные сроки.

УДК 616.89.008.44

К ВОПРОСУ ПРОФИЛАКТИКИ АУТОАГРЕССИИ У ПОДРОСТКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ПОВЕДЕНИЯ

И. А. Бурлаенко

КУ «Запорожская областная психиатрическая больница»
(г. Запорожье)

В настоящее время Украина прочно вошла в группу стран с высоким уровнем аутоагрессивного поведения (АП). По данным за 2004 г., общий уровень смертности от суицидов в Украине превысил таковой в странах Европейского региона в 1,5 раза и в 2 раза — в странах — членах Европейского Союза. Особую тревогу вызывает тот факт, что за последние годы увеличилось количество самоубийств среди детей и подростков (5—14 лет). Так, в 1996 г. в Украине было зафиксировано 7 самоубийств детей в возрасте от 5 до 9 лет и 81 — в возрасте от 10 до 14 лет (всего 88 случаев). В 2000 г. этот показатель составил уже 188 случаев. Таким образом, проблема детско-подросткового АП в настоящее время становится все более актуальной и требует тщательного анализа и решения.

Общей причиной АП в детско-подростковом возрасте является социально-психологическая дезадаптация, возникающая под влиянием острых психотравмирующих ситуаций, нарушения взаимодействия личности с ее ближайшим окружением. Именно на подростковый возраст приходится пик экспериментов с употреблением психоактивных веществ и другой жизненно опасной активности. Для этого возраста характерны мысли о суициде как о мести за обиду, ссоры, нотации со стороны учителей и родителей. Наибольшее суицидогенное влияние оказывают нарушения коммуникации в семье, различные формы эмоциональной зависимости с симбиотическим, гиперопекающим поведением со стороны матери при дистантности и субмиссивности отца, ригидные, перфекционистские, миссивные и истощающие манипулятивные родительские установки, а также отвергающее, эмоционально безразличное отношение родителей по отношению к детям.

К реализации разнообразных проявлений АП особенно склонны подростки с различными формами расстройств поведения (РП) (F 91). Основные черты характера подростка с РП — негативизм, агрессивность, дерзость и мстительность. Одной из форм АП у подростков с РП являются самопорезы, самоповреждения. В таких случаях АП выражается в покушении на целостность своего организма или реализуется в виде неосознанных «саморазрушений» — раннего употребления алкоголя, наркотиков, курения и т. п.

Учитывая вышесказанное, для предупреждения АП у подростков с РП необходима система психопрофилактических и психолого-педагогических коррекцион-

ных мероприятий. К сожалению, в нашей стране психопрофилактическая работа с подростками с РП проводится недостаточно. Поэтому в настоящее время существует потребность и необходимость в разработке и внедрении новых эффективных мероприятий психологического и воспитательно-педагогического характера, в задачи которых будет входить формирование и коррекция личностных качеств, потребностей, ценностных ориентаций, мировоззренческих установок, выявление возможностей и условий для социализации личности подростка с РП. К таким мероприятиям относятся психокоррекционные программы, направленные на формирование антисуицидальных копинг-стратегий поведения, изменение личностных установок, самооценки, уровня притязаний, формирование «антисуицидального барьера».

Для реализации психопрофилактических и психокоррекционных программ для подростков с РП необходимо междисциплинарное сотрудничество специалистов психиатров, медицинских психологов, педагогов, социальных работников и т. д. Только с помощью системного комплексного подхода возможно решение проблемы аутоагрессивного поведения у подростков с расстройствами поведения.

УДК 616.89-008.441.44:616-022.6

ПРОБЛЕМА СУИЦИДА СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЛИЦ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ И СТАДИИ ИНФЕКЦИОННОГО ПРОЦЕССА

В. И. Вовк

Харьковская медицинская академия последипломного
образования (г. Харьков)

Самоубийства представляют собой одну из форм летального исхода при ВИЧ-инфекции. По данным ВОЗ, вероятность самоубийства у больных ВИЧ-инфекцией примерно в 16—36 раз выше аналогичного показателя среди населения в целом. После сообщения о факте инфицирования у 23 % обследованных больных обнаруживаются суицидальные тенденции в виде суицидальных мыслей и намерений [Т. Н. Ермак, О. Г. Юрин, 2003]. Суицид воспринимается больными как избавление от мучительной смерти, от отчаяния, безнадежности, боли (особенно постоянной), мрачного и безнадежного будущего. Самоубийство может быть актом мести или добровольным уходом из жизни, связанным с невыносимым физическим или эмоциональным страданием в связи с неизлечимой болезнью [M. Asberg, D. Shelling, R. Shadier, 1998].

Объектом нашего исследования явились 104 пациента с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции. Общая выборка больных была условно разделена на четыре группы. Первые две группы составили 23 мужчины и 43 женщины с I—II (ранними) стадиями ВИЧ-инфекции (по классификации В. И. Покровского). Двумя другими группами выступали 24 мужчины и 14 женщин с III—IV (поздними) стадиями ВИЧ.

Суицидальная группа симптомов в виде любых танатостремительных тенденций на ранних стадиях составляла 17,24 %, на поздних — 5,26 % ($p < 0,05$). У мужчин первой группы суицидальные намерения были выявлены в 10 % случаев, второй группы — 4,76 %. У женщин эта цифра составила 21,05 % на ранних стадиях и 7,69 % — на поздних.

Суицидальные тенденции у больных ВИЧ-инфекцией формировались в результате констелляции целого ряда патогенных факторов, среди которых

основными являлись личностные особенности, выраженность депрессии, состояние постоянного нарушения адаптации.

Полученные данные свидетельствуют о редукции суицидальных проявлений с нарастанием симптомов СПИДа. На ранних этапах ВИЧ-инфекции они обусловлены в большей степени шоковой реакцией на установление диагноза. Женщины чаще мужчин выявляли суицидальные тенденции.

Результаты проведенного исследования имеют важное значение при разработке методов психотерапевтической коррекции психических расстройств у ВИЧ-инфицированных больных.

УДК 616.89-008.441.44:616.895-082

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДОВ ПРИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ В УСЛОВИЯХ РЕОРГАНИЗАЦИИ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

И. Л. Вовк

*Харьковская областная психиатрическая больница № 1
(г. Стрелечье)*

Как известно, психиатрическая служба Украины находится в состоянии реорганизации. Акцент оказания психиатрической помощи смещается на врачей «первичного звена», амбулаторную службу. Опыт работы в этом направлении в ряде развитых стран свидетельствует, что врачи первичного звена недостаточно хорошо знают и могут лечить депрессии, а эффективность оказания помощи таким больным все еще более качественная в стационарных условиях. В Украине уровень суицидов высок, и наиболее часто к этому приводят депрессии. Увеличению риска суицидов способствует отказ больных от терапии вследствие неинформированности о выборе препаратов при лечении депрессии, назначение устаревших средств, лечение по устаревшим стандартам, а также побочные эффекты, из-за которых пациенты прекращают их принимать.

Одним из этапов реформирования стационарной психиатрической помощи является организация специализированных отделений для больных с первым эпизодом психического заболевания (аффективного расстройства).

Наш опыт организации работы такого отделения для больных аффективной патологией подтверждает преимущество такой формы обслуживания.

Правильно организованная работа, создание психотерапевтической среды, применение современных методов и технологий лечения, реабилитации, профилактики (которые пока не доступны на уровне первичного звена), лечение и диагностика на основании клинических протоколов способствуют существенному изменению всех качественных показателей.

По итогам работы за 2007 год средняя длительность пребывания в отделении составила 35,7 дней, в том числе по нозологиям: F 20—29 — 43,5 дня, F 30—39 — 31,5 дня, F 40—49 — 26,1 дня, что ниже средних по области, средних по Украине показателей (за исключением неврозов, показатели при которых на уровне средних по Украине).

Очевидно, что на переходном этапе реформирования психиатрической помощи создание и функционирование в каждой больнице специализированных отделений для пациентов с первым эпизодом психического заболевания (аффективного расстройства) оправдано и будет способствовать уменьшению и профилактике суицидов.

УДК 616.89-008.441.44:616.85

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА ПРИ НЕВРОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

*П. В. Волошин, Н. А. Марута,
И. А. Явдак, Е. С. Черediaкова*

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
АМН Украины» (г. Харьков)*

Высокий уровень самоубийств в большинстве стран Европы, и в Украине в частности, обуславливает возросший интерес исследователей к вопросам изучения факторов, участвующих в формировании суицидального поведения [1—4]. В литературе освещены преимущественно проблемы суицидального поведения, а выявлению суицидального риска уделяется меньше внимания, в связи с чем целью проведенного исследования явилось изучение суицидального риска у больных невротической болезнью (F 4).

Методы исследования включали: клинико-психопатологическое обследование с анализом феноменологической структуры основных психопатологических синдромов; психодиагностическое обследование: способ определения суицидального риска [5], способ определения самосознания смерти [6], метод определения уровня субъективного контроля [7]; методика изучения ценностных ориентаций в модификации Е. Б. Фанталовой [8]; методика определения характерологических акцентуаций личности и нервно-психической неустойчивости [9]; опросник Плутчика — Келлермана — Конте (Life Style Index) для изучения механизмов психологической защиты [10]; опросник А. Басса — А. Дарки для изучения способов проявления агрессии [11].

Показано, что в механизме формирования суицидального поведения у больных невротическими расстройствами важными составляющими являются характер и длительность действия психотравм, их сочетание.

Установлено, что больные невротическими расстройствами характеризуются «пограничным уровнем» суицидального риска (23,24 баллов), при этом максимально выражен суицидальный риск у больных расстройствами адаптации (F 43) — 29,05 балла, тревожно-депрессивными (F 41.2) — 25,52 балла и неврастениями (F 48) — 24,74 балла, минимально — у больных диссоциативными (F 44) — 18,82 балла, тревожно-фобическими (F 40.8) — 17,25 балла и соматоформными (F 45) расстройствами — 14,62 балла.

Больные невротическими расстройствами в целом характеризуются высоким уровнем самосознания смерти (25,12 баллов), который выполняет функцию антисуицидального барьера. Низкий уровень самосознания смерти выявлен у больных диссоциативными расстройствами (17,54 балла), что определяет наличие у них демонстративно-шантажных форм поведения.

Клинико-психопатологическими предикторами суицидального риска при тревожно-фобических расстройствах является высокий уровень вегетативных нарушений и импульсивность, при тревожно-депрессивных расстройствах — аутоагрессия и аффективные нарушения, при расстройствах адаптации — высокий уровень аффективных нарушений, при диссоциативных расстройствах — импульсивность, при соматоформных расстройствах — выраженность вегетативных проявлений, при неврастении — сужение межличностных контактов.

Суїцидальний ризик у больных тривожно-фобічними розладами і розладами адаптації корелює з депресивним, тривожним і агрипічним синдромом, у больных тривожно-депресивними розладами — з депресивним і агрипічним, у больных дисоціативними розладами — з депресивним, у больных соматоформними розладами — з іпохондричним, у больных невротичними — з депресивним і агрипічним синдромом.

Установлено, що в характерологічному профілі пацієнтів з суїцидальним ризиком преобладали високий рівень нервно-психічної напруженості, виражені риси інтравертированості, психастеничності і експлозивні риси характеру, то є риси неуверенності, чутливості і замкнутості поєдналися з нестійкістю настрою, імпульсивністю і подразливістю. У пацієнтів же без суїцидальних тенденцій, поряд з вираженим психастеничним радикалом, спостерігалося преобладання, перш за все, істероїдного радикалу особистості, а також більш високий рівень екстравертированості, то є пацієнти даної групи характеризувалися більшою спрямованістю зовні.

По результатам вивчення способів проявлення агресивних імпульсів одержано, що пацієнти з суїцидальною спрямованістю були не схильні проявляти свої агресивні імпульси прямо і виносити їх зовні, а трансформували їх всередині себе в вигляд реакцій провини і образи. При цьому пацієнти без суїцидальної спрямованості характеризувалися більшою варіативністю в способах проявлення агресивності: поряд з преобладанням реакцій образи, провини і непрямой агресії, схильні були також проявляти свої агресивні імпульси в вигляд вербальних і фізичних реакцій.

Система цінностей пацієнтів з суїцидальним ризиком характеризувалася преобладанням цінностей особистої життя, таких як «щаслива сімейна життя», «любов» і «уверенність в собі», і низкою значимістю цінностей професійної і творчої реалізації, високою внутрішньої конфліктністю в відношенні найбільш значимих цінностей, то є суб'єктивним відчуттям їх недовідомості. Пацієнти з суїцидальною спрямованістю характеризувалися низкими показателями інтернальності, то є були схильні сприймати себе пасивним об'єктом дії інших людей і зовнішніх обставин в найбільш значимих сферах життя: в сфері сімейних відносин і в області досягнень, що відражалось на зниженні власної активності, пасивності, відчутті обреченості. У пацієнтів без суїцидального ризику значимі позиції в ієрархії цінностей, крім власних цінностей, також займали цінності власної реалізації зовні: в діяльності, на роботі, що значно розширює репертуар власних можливостей.

Аналіз механізмів психологічної захисти продемонстрував наявність низкою варіабельності і низкою рівня вираженості психологічних захистів у пацієнтів з суїцидальною спрямованістю, що свідчить про їх низку адаптивних можливостей. Пацієнти без суїцидальної спрямованості характеризувалися вираженістю таких захистів як «регресія», «витіснення», «заміщення» і «отрицання», то є розв'язували свої внутрішні конфлікти шляхом переходу на більш ранні стадії розвитку лібідо.

Використання одержаних даних в побудові диференційованої терапії у больных невротичними розладами (своєчасне купірування афективних і емоційно-лабільних розладів, допомога в розв'язанні психотравмуючої ситуації і внутрішнього конфлікту, дезактуалізації пережитого, підвищенні рівня адаптації, формування осознаних і зрілих представлень про смерть) сприяє профілактиці суїцидального ризику у даної категорії больных.

Список литературы

1. Суїцидологія. Прошлоє і теперішнє: Проблема самоубийства в трудах філософів, соціологів, психотерапевтів і в художественних текстах / Під ред. А. Н. Моховикова. — М.: Когіто-Центр, 2001. — 569 с.
2. Юрєва Л. Н. Клинічна суїцидологія: Монографія. — Дніпропетровськ: Пороги, 2006. — 472 с.
3. De Leo D. The Future of Suicide Prevention // XXII World Congr. International Association for Suicide Prevention (10—14.09.2003, Stockholm, Sweden). — P. 410: 3.
4. Welch S. S. A Review of the Literature on the Epidemiology of Parasuicide in the General Population // Psychiatr. Ser. — 2001. — Vol. 52, — № 3. — P. 368—375.
5. Гавенко В. Л. та ін. Спосіб визначення суїцидального ризику. — ХДМУ. — № заяв. 2001021010 від 13.02.01 — Надрук. 2001, бюл. 6 // Патент 40454А, МПК7 А61В 10/00.
6. Гавенко В. Л. та ін. Спосіб оцінки самосвідомості смерті. — ХДМУ. — № заяв. 2001021008 від 13.02.01 — Надрук. 2001, бюл. 6 // Патент 40453А.
7. Бажин Е. Ф., Голынкина Е. А., Еткінд А. М. Метод дослідження рівня суб'єктивного контролю // Психологічний журнал. — 1984. — № 3. — С. 152—162.
8. Фанталова Е. Б. Об одном методическом подходе к исследованию мотивации и внутренних конфликтов // Психологічний журнал. — 1992. — № 1. — Т. 13. — С. 107—117.
9. Бесєдин А. Н., Липатов И. И. Книга практического психолога: Ч. 1, Ч. 2. — Харьков, 1996. — С. 166—168.
10. Клубова Е. Б. Методы медицинской психологии в диагностике психологических защитных механизмов // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. — СПб., 1994. — С. 77.
11. Кабанов М. М., Личко А. Е., Смирнов В. М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — Л.: Медицина, 1983. — 297 с.

УДК 616.895.4:616.89-008.441.44:615.851

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ В СИСТЕМЕ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ, РАЗВИВАЮЩИХСЯ НА ФОНЕ ПОРАЖЕНИЯ ИЛИ ДИСФУНКЦИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

А. С. Галичева

Харьковский государственный медицинский университет (г. Харьков)

По данным экспертов ВОЗ ежегодно в мире клинически диагностированной депрессией болеют, по крайней мере, 200 млн человек, и эта цифра неуклонно возрастает. Украина входит в число стран с высокой заболеваемостью депрессивными расстройствами. Приблизительно 2/3 пациентов с диагностированной депрессией склонны к суицидальным попыткам и 10—15 % совершают суицид.

Вышеизложенное определяет актуальность данной работы, целью которой явилась разработка подходов к психопрофилактике суицидального поведения и психотерапевтической коррекции депрессивных расстройств, развивающихся на фоне поражения или дисфункции головного мозга.

Для решения поставленной цели нами было проведено комплексное обследование 105 больных, женского пола в возрасте 18—55 лет находящихся на стационарном лечении в ХОПБ № 3, с диагнозом аффективное (депрессивное) расстройство на фоне органического поражения головного мозга.

Как показали результаты исследования, в клинической картине депрессивных расстройств преобладали сниженный фон настроения, чувство грусти, тоски, печали, безысходности происходящего, повышенный уровень тревожности, нарушения внимания, снижение аппетита, нарушения сна, гипо- или гиперестезии, фиксация на болезненных переживаниях. У 44,3 % больных отмечались суицидальные мысли, у 27,9 % — суицидальные намерения и 5,6 % обследованных совершали суицидальные попытки.

Клиническая структура депрессивных расстройств представлена тоскливым, тревожным, астено-апатическим, ипохондрическим и диссоциативным вариантами.

Наше исследование показывает большую роль в комплексной терапии депрессивных состояний, развивающихся на фоне поражения или дисфункции головного мозга, психотерапевтических методов лечения. В зависимости от синдромологии депрессивных расстройств мы применяли различные формы психотерапии.

При астено-апатической и ипохондрической депрессии основным методом была рациональная психотерапия, направленная на разъяснение больным причин возникновения, механизмов развития болезненных ощущений, дезактуализацию психотравмирующей ситуации, на укрепление веры больного в успех лечения. С целью потенцирования и закрепления эффекта биологической терапии также применялись аутогенная тренировка и наркопсихотерапия с применением тиопентала натрия.

При тоскливой и тревожной депрессии патогенетически обусловленными методами были бихевиоральная (поведенческая) психотерапия, направленная на выработку и закрепление физиологических условно-рефлекторных связей, которые помогали бы адекватно реагировать на психотравмирующие ситуации, также применялись наркопсихотерапия, аутогенная тренировка и рациональная психотерапия.

При диссоциативной депрессии, т. к. больные данной группы — лица с преобладанием первой сигнальной системы, художественные, внушаемые, в первую очередь применялись суггестивные методы, гипноз в различных модификациях, наркопсихотерапия, аутогенная тренировка, бихевиоральная (поведенческая) психотерапия, рациональная психотерапия.

Как показали результаты исследования, благодаря использованию комплекса вышеперечисленных методик достигается более высокий процент длительных, устойчивых ремиссий, улучшение социальной адаптации больных, снижение показателей временной нетрудоспособности, повышение качества жизни больных, снижение риска суицидальных действий.

УДК 616.89-008.444.9

МАРКЕРИ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У РЯТУВАЛЬНИКІВ АВАРІЙНО-РЯТУВАЛЬНИХ СЛУЖБ

Є. Г. Гриневич¹⁾, Ю. В. Дубинська¹⁾, І. І. Олексєнко²⁾

¹⁾Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України;

²⁾Український науково-практичний центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф МОЗ України (м. Київ)

Питанням аутоагресивної поведінки (АП), внутрішніх та зовнішніх її форм, в осіб, що працюють в екстремальних умовах трудової діяльності — рятувальників

аварійно-рятувальних служб (РАРС), працівників МВС, останнім часом приділяється значна увага.

Слід відзначити, що виникнення та прояви АП залежать від широкого спектру причин, з урахуванням змісту внутрішнього (суїцидогенного) конфлікту, характеристик психологічного стану, а також типових патернів долаючої поведінки. У цьому зв'язку значна увага профілактики АП серед зазначених контингентів надається якісному професійному відбору, експертизі, а також психологічному супроводу під час виконання ними службових обов'язків. При цьому необхідно враховувати той факт, що, з однієї сторони, прагнення до роботи з підвищеним ризиком для життя та здоров'я, може бути пов'язане з неусвідомленою аутоагресією, а з іншої — існують індивідуально-типологічні властивості, які сприяють АП.

Нами під час психодіагностичного обстеження (за тестом ІТО) визначено низку психоемоційних характеристик та провідних особистісних тенденцій гірничорятувальників (60 осіб). Усі РАРС були поділені на дві групи за критерієм наявності/відсутності психічного розладу: «умовно здорові» гірничорятувальники ($N = 40$) та хворі на розлад адаптації (змішана тривожно-депресивна реакція) ($N = 20$, з них 15 осіб з помірним ступенем вираженості тривожно-депресивної симптоматики й 5 — зі значним).

Індивідуально-типологічні властивості особистості «умовно здорових» гірничорятувальників визначаються наявністю гіпертимної акцентуації, яка проявляється підвищеними показниками екстравертності, комунікативності, лідерства, конформності. Їм притаманні високий рівень самокритичності (низьке значення показника за шкалою «корекція»). Показники за шкалами «конфліктність» та «агресивність» були у межах норми, що вказує на відсутність ворожого ставлення до оточуючих, незважаючи на складні (стресові) умови професійної діяльності.

Аналіз профілю особистості за методикою ІТО в осіб з помірним ступенем вираженості психічної патології показує, що для них характерні високі показники за шкалами «корекція» та «екстраверсія» при низькому рівні «компромісу», що свідчить про особистісну незрілість, яка проявляється в некритичності до себе, нездатності до самоаналізу при прагненні жити зовнішнім життям: недостатній рівень самосвідомості, внутрішнього «локусу контролю», здатності до самопостереження, ауторефлексії, самоаналізу.

Провідними особистісними рисами психічнохворих РАРС зі значним ступенем вираженості тривожно-депресивної симптоматики в структурі змішаної тривожно-депресивної реакції розладу адаптації є сполучення надто високих показників за шкалами «корекція» та «екстраверсія» при нездатності до компромісів, що є показником вираженого внутрішнього конфлікту особистості, її дисгармонійності, психологічної негнучкості, авторитаризму, нездатності до конструктивного спілкування та співіснування з оточуючими.

Таким чином, розвиток розладів адаптації (змішаної тривожно-депресивної реакції) та значна ступінь вираженості тривожно-депресивної симптоматики у РАРС виникає за умов дисгармонійності особистості, наявності внутрішнього конфлікту завдяки сполученню протилежних тенденцій (що і обумовлює підвищення особистісної тривожності), зниженої комунікабельності (до рівня алекситимії), замкненості, відсутності внутрішньої роботи над собою для усвідомлення та когнітивного опрацювання життєвого травмуючого

досвіду. Вище перелічені індивідуально-типологічні властивості є психологічним підґрунтям формування аутоагресивної поведінки та відповідно її маркерами у рятувальників аварійно-рятувальних служб.

УДК (613.83+616.89)

ЗАМЕСТИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРЕПАРАТОМ «ЭДНОК» У НАРКОЗАВИСИМЫХ ЛИЧНОСТЕЙ КАК СПОСОБ ПРОФИЛАКТИКИ ИХ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Г. Б. Губа, А. П. Закревский, И. В. Цыба, И. Б. Ключева
Областной наркологический диспансер (г. Донецк)

Проведен анализ особенностей аутоагрессивного поведения 50 больных, участников программы заместительной терапии препаратом «Эднок» в течение 2007 года с диагнозом синдром зависимости от опиатов. Сопутствующие диагнозы: ВИЧ-инфекция, психопатия и синдром психопатоподобного поведения. Больные были разделены на 3 группы. В первую группу вошли 27 человек наиболее социально адаптированные, трудоустроенные, сохранившие семейные отношения. Взаимоотношения данной группы с другими членами проекта, медицинскими работниками диспансера были максимально продуктивными. Вторая группа состояла из 14 человек с частичной социальной дезадаптацией, семь из которых не имели собственных семей, стабильного источника дохода. Третья группа состояла из 9 человек наиболее социально дезадаптированных. В данную группу входили 3 отрицательных лидера проекта, 2 участника проекта выбыли в связи с возбуждением в отношении них уголовных дел, один участник проекта скончался от сопутствующих заболеваний.

Все 50 пациентов получали (помимо симптоматического лечения) в качестве препарата заместительной терапии препарат «Эднок» в терапевтических дозах от 2—4 до 12—20 мг/сут. на один прием. Параллельная симптоматическая терапия включала в себя прием антидепрессантов, нейролептиков по общепринятым схемам. Средние сроки нахождения в проекте — более года.

Результаты годичного наблюдения за пациентами проекта убедительно доказали четкое позитивное влияние назначения заместительной терапии на аутоагрессивное поведение наркозависимых больных. Две первые группы пациентов находились на протяжении года в состоянии качественной ремиссии в отношении кустарных наркотиков. Попытки социальной адаптации, выразившиеся в частичном или полном трудоустройстве (19 случаев), восстановлении на учебе (4 случая), возобновлении семейных отношений с прежними партнерами (3 случая), вступлении в брак (2 случая) были характерны для участников всех групп.

Участники 3 группы изначально, до вступления в проект, наиболее социально дезадаптированные, тем не менее, в ходе проводимой заместительной терапии существенно снизили элементы аутоагрессии. Только у 3-х членов данной группы было прекращено проводимое лечение.

Таким образом, следует признать, что несмотря на неоднозначное отношение к идеологии заместительной терапии в Украине, данный способ терапии, безусловно, следует считать мощным сдерживающим фактором аутоагрессии и социальной дезадаптации, имеющих место практически у всех наркозависимых пациентов.

УДК (613.83+616.89)

ОСОБЕННОСТИ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЗАМЕСТИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРЕПАРАТОМ «ADDNOK»

Г. Б. Губа, И. В. Цыба, И. Б. Ключева,
А. В. Колодежный, С. В. Титиевский
Областной наркологический диспансер (г. Донецк)

Проведен анализ аутоагрессивного поведения 54 больных, находящихся под клиническим наблюдением на заместительной терапии (ЗТ) препаратом «Addnok» в течение 2 лет, с диагнозом синдром зависимости от опиатов. Больные были разделены на три группы, в которых выявлены определенные особенности аутоагрессивного поведения.

В первую группу вошли 12 больных, которые имели работу, семью, не нарушали режима посещений программы ЗТ, строили партнерские взаимоотношения с медицинским персоналом. Эргопатический тип ВКБ имел место у 7 больных, гармонический — у 2, тревожный — у 3. Необходимо отметить следующие особенности поведения: 1) больные не строили длительных планов на перспективу; 2) часть больных стремилась скрыть свое нахождение в программе; 3) жизненные установки были связаны с сохранением работы, семьи, поддержанием своего здоровья;

Во вторую группу вошли 34 больных, из них 14 работы не имели, хотя периодически говорили о возможной работе, 7 не имели семьи или были разведены. Для них характерно было формирование различных мифов в отношении режима ЗТ, дозы и формы приема препарата. На фоне стрессовых ситуаций вне программы у 23 больных этой группы отмечался рецидив по введению суррогатов опия, барбитуратов, первинтина, трамадола, алкоголя. Мотивация для срыва была стандартная: снять напряжение, восстановить сон, почувствовать прилив необходимой энергии. 11 больных таких срывов не имели, с их слов с ситуацией стресса помогало справиться наличие семьи и детей. Акцентуация личности наблюдалась у 26 больных: по истероидному типу — у 12, зависимому — у 4, шизоидному — у 3, параноидному — у 3, неопределенная — у 4. Расстройство личности наблюдалось у 8 больных: зависимое 3, тревожное 3, эмоционально — неустойчивое — у 2. Анозогнозический тип ВКБ был у 9 больных, эргопатический — у 7, тревожно-депрессивный — у 9, меланхолический — у 3, дисфорический — у 2. Особенности аутоагрессивного поведения заключались: 1) в существенных различиях между декларируемыми намерениями и реальными поступками, имеющими деструктивный характер; 2) в нарушениях режима и в формировании мифов ЗТ; 3) в наркотических срывах при стрессовых ситуациях. У 10 больных наблюдалось формирование дефекта личности по наркологическому типу с образованием нового уклада жизни. Новые черты были продолжением личностных свойств, носили психопатический характер, и при этом отсутствовала динамическая подвижность имеющихся симптомов болезни.

В третью группу вошли 8 больных, которые имели выраженный дефект личности по наркологическому типу. Все больные не имели семьи и детей. Работу имел только 1 больной. Семь пациентов постоянно нарушали режим посещения ЗТ. У всех больных наблюдались постоянные срывы, во время которых они использовали первинтин, суррогаты опия, барбитураты,

трамадол, алкоголь. Расстройство личности наблюдалось у всех больных: по истерическому типу — у 3, параноидальному — у 2, тревожному — у 2, диссоциальному — у одного. Тревожно-депрессивный тип ВКБ был у 5 больных, паранойяльный — у одного, апатический — у 2. Стержневыми особенностями аутоагрессивного поведения в этой группе больных являлись: 1) стремление получить максимальную дозу препарата, которое становилось системным фактором контроля сознания; 2) законченное создание виртуального мироощущения; 3) витальный страх и глубоко законспирированная ненависть по отношению к себе, к окружающим, в том числе и к медицинскому персоналу.

УДК 616.895.87-08

ФАКТОРЫ РИСКА АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД

Е. В. Гузенко

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (г. Киев)

Целью настоящей работы явилось определение факторов риска аутоагрессивного поведения у больных, перенесших первый психотический эпизод (ППЭ). Проанализированы результаты обследования 140 пациентов, перенесших ППЭ (78 мужчин и 62 женщины). Средний возраст мужчин составил $24,9 \pm 6,8$, женщин — $26,5 \pm 7,9$ года. В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 распределение больных с первыми психотическими проявлениями по основным рубрикам оказалось следующим: F 20.0 — 41 (29,3 %); F 23.0 — 12 (8,6 %); F 23.1 — 44 (31,4 %); F 23.2 — 14 (10,0 %); F 23.3 — 7 (5,0 %); F 25.2 — 9 (6,4 %); прочие — 13 (9,3 %) пациентов. У 22 (15,6 %) больных на момент обследования наблюдался один психотический эпизод, у 24 (17,1 %) — два, у 37 (26,4 %) — три, у 57 (40,7 %) — четыре-шесть приступов.

У 41 пациента (18 мужчин и 23 женщины) отмечалось аутоагрессивное поведение в форме суицидальных попыток: в период первого психотического эпизода — у 19, второго — у 28, третьего — у 8, четвертого и более — у 4 больных. В большинстве случаев аутоагрессивных действий проявлялись путём нанесения самоповреждений (чаще мужчины — 14) или медикаментозного отравления (преимущественно женщины — 18).

Наиболее часто аутоагрессивные тенденции отмечались в период до начала активной психофармакотерапии, а также в первые два года после перенесенного ППЭ. Так, 10 пациентов совершили суицидальные попытки в период до начала адекватной терапии (6—12 мес.), что явилось показанием для первичной госпитализации.

Ретроспективный анализ данных о пациентах с аутоагрессивным поведением позволил выделить следующие факторы риска суицидального поведения: молодой трудоспособный возраст до 27 лет; семейная дезадаптация (разведённые, овдовевшие и особенно — одинокие, никогда не имевшие семьи); высокая профессиональная квалификация либо её отсутствие; личный или семейный суицидальный анамнез; социально-экономическое неблагополучие; преморбидные личностные особенности (низкая спо-

собность формирования компенсаторных механизмов, импульсивность, демонстративность, эмоциональная лабильность); наличие в структуре психопатологических расстройств выраженной депрессивной симптоматики.

Также выявлено, что при ППЭ существует два пика частоты совершения суицидальных попыток больными, получавшими стационарное лечение: в течение первой недели госпитализации и первого полугодия после выписки. Короткий срок госпитализации (менее месяца) также повышает риск совершения суицида, по-видимому, из-за недостаточной стабилизации психического состояния больного.

Выявленные факторы риска суицидального поведения, в том числе связанные с госпитализацией, необходимо учитывать при организации медико-социальной помощи пациентам с ППЭ, в структуре которой рекомендуется проведение комплекса превентивных антисуицидальных мероприятий.

УДК 616.895.8:616.89-008.441.44:159.96

ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

М. М. Денисенко, Н. А. Малихіна

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

Дослідження було проведено у 35 хворих на шизофренію (F 20). Мета дослідження — вивчення патопсихологічних предикторів формування суїцидальної поведінки у хворих на шизофренію для удосконалення критеріїв діагностики та прогнозування суїцидів. Для досягнення мети дослідження були використані такі методи: шкала Гамільтона, опитувальники «Спосіб визначення суїцидального ризику», «Спосіб визначення аутоагресивних предикторів», «Спосіб визначення самосвідомості смерті».

Для хворих на параноїдну шизофренію середній показник за шкалою «Спосіб визначення суїцидального ризику» по групі склав 20,29 балів, що свідчило про низький рівень суїцидального ризику у цілому по групі, однак для 38,2 % хворих була характерна наявність високого суїцидального ризику (середній бал — 28,2), а 62,8 % хворих мали низькі показники (середній бал — 15,4) — низький ризик суїциду. Притаманною для групи хворих на параноїдну шизофренію була характерна наявність пониженого рівня показника самосвідомості смерті у 62,8 % хворих, які мали низькі показники самосвідомості смерті (середній бал — 15,4), що свідчило про високий ризик аутодеструктивних дій. Під час обстеження у хворих на параноїдну шизофренію переважаючим видом агресії була тривожність, нав'язливі ідеї, втрата критики та часті думки про суїцид. Ці дані збігаються з результатами за шкалою Гамільтона, що свідчить про високий ризик аутоагресивної поведінки у хворих з шизофренією навіть коли хворі заперечують суїцидальні наміри.

Було виявлено, що у хворих на параноїдну шизофренію приховані суїцидальні наміри тісно пов'язані з афективними порушеннями, звуженням та розладом когнітивних функцій, звуженням та розладом міжособистісних контактів. Ці результати обумовлені саме клінікою самого захворювання.

УДК 616.895.4:616.89-008.444.9

АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ (механизмы формирования и подходы к коррекции)

А. М. Кожина

Харьковский государственный медицинский университет (г. Харьков)

На протяжении последнего десятилетия во всем мире депрессивные состояния приобретают угрожающие масштабы, наносят экономический вред обществу. Повышение риска осуществления аутоагрессивных действий у больных с депрессивными расстройствами свидетельствует о несомненной актуальности проблемы эффективного и адекватного лечения депрессивных расстройств, имеющей как медицинское, так и социальное значение.

Вышеизложенное определило актуальность настоящего исследования, целью которого явилось изучение механизмов формирования и разработка патогенетически обоснованной системы коррекции суицидального поведения при депрессивных расстройствах непсихотического регистра.

Для решения поставленной цели нами с позиций системного подхода было проведено комплексное обследование 65 больных в возрасте 17—35 лет, обоего пола, совершивших суицидальную попытку в рамках депрессивного эпизода.

На основе данных анамнеза, клинико-психопатологического исследования и показателей по шкалам Гамильтона, Монтгомери — Асберга и Больничной шкале тревоги и депрессии выделены следующие варианты психопатологической симптоматики: тревожный (44,3 % случаев), астено-тревожный (38,9 %), тревожно-тоскливый (16,8 % случаев).

Результаты проведенных нами биохимических исследований показали, что у обследованных больных отмечено повышение концентрации серотонина в крови, уменьшение уровня мелатонина в плазме крови и снижение скорости экскреции адреналина и норадреналина в ночной и дневной периоды. У лиц с высокими значениями бала депрессии по диагностическим шкалам выявлено наибольшее повышение концентрации серотонина в крови и наиболее низкий уровень мелатонина в плазме крови.

На основе полученных в ходе работы данных нами разработана патогенетически обоснованная комплексная система коррекции суицидального поведения в рамках депрессивного расстройства, включающая в себя применение комплексных психокоррекционных программ в сочетании с медикаментозной коррекцией.

Поскольку, как депрессивные расстройства, так и связанное с ними суицидальное поведение ассоциированы в рамках моноаминовой теории депрессии, оптимальными для терапии депрессивных расстройств являются ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, что обусловило применение в нашей работе препарата Велаксин.

В целом Велаксин оказался эффективен у 87,9 % больных, у 68,1 % больных отмечалось полное, а у 23,8 % — частичное купирование депрессивной симптоматики. На фоне применения препарата нами отмечена редукция тревожно-депрессивной симптоматики, исчезновение чувства грусти, тоски, внутреннего напряжения, нормализация фона настроения.

Проведенное катамнестическое исследование показало высокую эффективность предлагаемой патогенетически обоснованной системы коррекции суицидального поведения. Так, у 83,8 % больных повторных суицидальных попыток не отмечалось, 16,2 % прошли повторные курсы комплекса терапевтических мероприятий в связи с дополнительными психотравмирующими обстоятельствами, при этом у данной категории больных суицидального поведения не отмечалось, а в клинической картине доминировала астеническая и тревожно-депрессивная симптоматика.

Таким образом, проведенное исследование показало высокую эффективность применения Велаксина для коррекции депрессивных состояний психогенного происхождения, суицидальной активности, предотвращения аутоагрессивных намерений.

УДК 616.89-008.444.9

АУТОАГРЕСИВНА ПОВЕДІНКА ЯК ОДИН ІЗ ВАРІАНТІВ ДЕЗАДАПТИВНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ

І. В. Лещина

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

Наприкінці ХХ століття суїциди зайняли 4 місце серед причин смерті, що зустрічаються найчастіше. Найбільш тривожить зростання кількості самогубств серед молоді, особливо студентів вузів. Причиною останніх є психічні розлади, серед яких перше місце займають афективні розлади неспіхотичного регістру та психічні дезадаптивні реакції. Успішне вирішення завдань щодо вдосконалення підготовки висококваліфікованих кадрів тісно пов'язане із зміцненням здоров'я студентської молоді. Стан здоров'я та якість життя студентів слід розглядати як один з показників якості підготовки фахівців, а проблему охорони і зміцнення здоров'я студентської молоді — як пріоритетну медико-соціальну проблему, що обумовлює актуальність нашого дослідження.

Мета дослідження: вивчити особливості психічного здоров'я та дезадаптивних станів студентів у сучасних умовах. Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичні і математичної статистики.

Для вирішення поставленої мети нами проведено комплексне обстеження 853 студентів ХНМУ 3 та 4 курсів медичних та педіатричного факультетів, серед яких чоловіків було 36 %, жінок — 64 %. Вивчаючи психічне здоров'я студентів, ми звернули увагу на показник схильності до агресивної та аутоагресивної поведінки, як один з варіантів проявів соціально-психічної дезадаптації. Було виявлено, що у близько 7 % обстежених студентів хоча б один раз виникли думки про аутоагресивні дії. Треба вказати на високий рівень показника загальної конфліктності в цій групі. Під час вивчення причин, які призводять до аутоагресивних думок, слід виділити: конфліктні відносини з батьками, неповна родина, втрата одного з батьків, емоційне виснаження внаслідок учбових перевантажень в умовах дефіциту часу, сварка з особами протилежної статі. Виділення цих факторів є основою для розроблення цілеспрямованих заходів психогігієни, психопрофілактики та корекції дезадаптивних розладів та аутоагресивної поведінки у студентів.

УДК: 616.89-008.44.13-08

НАРКОПАТОЛОГІЯ ЯК ВАРІАНТ АУТОАГРЕСИВНОЇ, САМОРУЙНИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ОСОБИ І СУСПІЛЬСТВА*І. В. Лінський, О. І. Мінко**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)*

Ці тези — спроба осмислення того шляху, який пройшла епідемія залежності від психоактивних речовин (ПР) у нашій країні за останні десятиліття. Протягом останніх п'яти років захворюваність на психічні та поведінкові розлади (ППР) внаслідок вживання ПР в Україні майже в 1,5 рази перевищує сумарну захворюваність на решту ППР, узятих разом. Виявлено міцний корелятивний зв'язок ($r_{xy} = +0,903$, при $p < 0,01$) поміж захворюваністю на алкогольні психози і загальною смертністю населення України. Показано, що алкоголь є таким впливовим фактором щодо смертності чоловічого працездатного населення не тільки через високий рівень його споживання, а і через специфічні «питні уподобання» українців (т. з. «нордичний» тип алкоголізації — переважне вживання міцних алкогольних напоїв: горілки, коньяку тощо).

Описана сумна ситуація склалась не відразу. Глобальний максимум динаміки поширеності залежності від ПР пройдений Україною ще у 1985 році. Характер цієї динаміки протягом 1970—1992 років визначався, перш за все, динамікою поширення алкоголізму. Потім, з 1992 року по 2003 рік, зростання відбувалось вже за рахунок збільшення поширення нарко- і токсикоманій. Нарешті, останні 2—3 роки спостерігається стан певної стабілізації поширеності розладів наркологічного профілю. Ця стабілізація є проявом динамічної рівноваги поміж кількістю осіб, що рекрутуються у залежність від ПР, і кількістю осіб, що гинуть від неї.

Вище вже йшлося про кореляцію поміж захворюваністю на алкогольні психози і загальною смертністю населення України. Однак подібні (і досить міцні) кореляції існують також поміж захворюваністю на алкогольні психози та опіоманії, з однієї сторони, і злочинністю — з іншої. З огляду на це постає питання: які потужні причини могли спричинити синхронізацію в розвитку таких різних процесів?

Першою причиною є світоглядна криза пострадянського українського суспільства, другою — соціально-економічна криза, третьою — криза сім'ї, четвертою — криза шкільної освіти і п'ятою — безвідповідальна віщальна політика засобів масової інформації.

Визначення основних причин «хвороби» дозволяє перейти до «лікування».

Для подолання світоглядної кризи держава має створити умови для вільного формування світогляду своїх громадян на гуманістичних засадах.

Для подолання соціально-економічної кризи (людське вимірювання проблеми) слід забезпечити випереджальні темпи зростання заробітної плати працюючого населення відносно зростання різноманітних соціальних виплат та пільг.

Для подолання кризи сім'ї — поставити розміри пенсій батьків у залежність не тільки від їхньої заробітної платні, а і від кількості дітей, яких вони довели до працездатного віку.

Для подолання кризи шкільної освіти надати учням можливості заробляти гроші під керівництвом відповідного інструктора або менеджера на певних уроках трудового виховання.

З метою подолання ганебної практики реклами алкогольних напоїв у ЗМІ варто, або просто заборони

нити її, або впровадити своєрідний «акциз» на таку діяльність. При цьому одержані від цього «акцизу» гроші витратити на пропаганду здорового способу життя і антирекламу вживання ПР.

УДК 616.895.4-053.9-07-085

ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ ОРГАНІЧНОГО ПОХОДЖЕННЯ*О. В. Мазур**Вінницька обласна психоневрологічна лікарня ім. акад. О. І. Ющенка (м. Вінниця)*

Проблемі психічних розладів органічного походження в останні десятиліття приділяється все більше уваги, що пов'язано із значним збільшенням цереброваскулярної патології, наслідків перенесених черепно-мозкових травм, онкологічних та інших органічних уражень ЦНС. Чільне місце серед психічних розладів органічного походження займають депресії.

Нами було встановлено деякі особливості клініки депресивних органічних розладів при дослідженні 27 пацієнтів, що лікувались у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. акад. О. І. Ющенка на протязі 2007 року.

Патогенетично зв'язок депресивних розладів з органічним ураженням ЦНС був виражений трьома варіантами: депресія як «психологічна відповідь» на неврологічний та когнітивний дефект, що виник внаслідок захворювання ЦНС (інсульт, черепно-мозкові травми та ін.) — 33,3 %; депресія як прямий наслідок локального ураження ЦНС — 63 %; психогенна та ендогенна депресія, що існувала до розвитку органічного захворювання і лише посилилась та змінилась з його розвитком — 3,7 %.

У клінічній картині переважали депресії з тривожною (51,8 %) та астеничною (48,2 %) симптоматикою із плаксивістю, лабільністю стану з коливаннями депресивної симптоматики («мерехтінням симптоматики»), особливо значним при судинних депресіях, когнітивними розладами різного ступеня (в залежності від ступеня важкості органічного ураження та тривалості процесу), іпохондричними включеннями, психомоторною загальмованістю, психотичними розладами.

Органічні ураження ЦНС, як полісимптомні захворювання, в переважній більшості прогредієнтні, призводять до дезадаптації особистості, що збільшує ризик аутоагресивної поведінки.

Клініко-феноменологічно нами було відмічено різні рівні проявів аутоагресії у 81,5 % досліджуваних пацієнтів: *ідеаторний рівень* включав досліджуваним самодокори, самозвинувачення, думки про власну неповноцінність (22,3 %); *афективний рівень* включав необґрунтовані відчуття роздратованості, власної неспроможності, самопрезирство, відразу до себе (40,7 %); *зовнішньоповедінковий компонент* включав різні форми самоприниження, опосередковані форми аутоагресії (намагання бути об'єктом агресії оточуючих), самопошкодження та суїцидальну поведінку (37 %).

Суїцидальні спроби в анамнезі відмічено у 11,1 % пацієнтів, серед способів домінували отруєння медикаментами. На наш погляд, досить специфічними проявами аутоагресивної поведінки у пацієнтів з органічними депресивними розладами була відмова від повноцінного харчування, ефективного лікування, прийому життєво необхідних ліків або регулярної підтримуючої терапії.

Таким чином, визначення аутоагресивного компонента в структурі депресивних розладів органічного походження має значення для визначення лікувальної тактики (з включенням медикаментозного та психотерапевтичного лікування), прогнозу захворювання, становить значний інтерес та потребує подальшого вивчення.

УДК 616.89.+577.112

ОКИСЛИТЕЛЬНАЯ МОДИФИКАЦИЯ БЕЛКОВ ПЛАЗМЫ КРОВИ КАК БИОЛОГИЧЕСКИЙ МАРКЕР АГРЕССИВНОГО И АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

А. Л. Малеев

Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского (г. Симферополь)

Цель исследования — установление возможности использования определения окислительной модификации белков плазмы крови (ОМБ) как биологического маркера агрессивного и аутоагрессивного поведения.

Клинико-психопатологическим и психометрическим методом по субшкале профиля риска агрессии шкалы PANSS обследованы и объединены в нозологические группы 50 мужчин с психическими и поведенческими расстройствами в результате употребления алкоголя, 50 мужчин, страдающих шизофренией, 46 мужчин с аффективной и пограничной патологией. Критерии диагностики соответствовали МКБ-10. Возраст пациентов составил от 18 до 46 лет.

У обследуемых проведен анализ окислительной модификации белков плазмы крови по уровню карбонильных производных. Оптическую плотность модифицированных белков регистрировали на спектрофотометре СФ 2000 при длине волны 274 и 363 нм.

Контрольную группу по длине волны 274 нм составили 96 доноров, психически здоровых мужчин в возрасте от 18 до 46 лет, из которых 50 доноров составили контрольную группу по длине волны 363 нм. При статистической обработке полученных данных использовались непараметрические методы анализа.

Для группы психических и поведенческих расстройств в результате употребления алкоголя и для группы аффективной и пограничной патологии обнаружена значимая корреляция ($r > 0,3$) ОМБ на обеих длинах волн с субшкалой профиля риска агрессии шкалы PANSS, при этом наибольшие корреляции с ОМБ для обеих групп на длине волны 363 нм и выше при психических и поведенческих расстройствах в результате употребления алкоголя как минимум в 1,5 раза.

Также следует отметить разнонаправленность связи риска агрессии и окислительной модификации белков на длине волны 274 нм и однонаправленность — на 363 нм при психических и поведенческих расстройствах в результате употребления алкоголя в сравнении с шизофренией, аффективной и пограничной патологией.

При проведении дисперсионного анализа установлены достоверные различия в окислительной модификации белков на обеих длинах волн между всеми нозологическими группами, а также по сравнению с контрольной. При внутригрупповом дисперсионном анализе на отсутствие или наличие агрессивного поведения для всех групп обнаруживаются только тенденции к росту ОМБ соответственно наличию агрессивного поведения, что соответствует результа-

там корреляционного анализа. При аутоагрессивном поведении, которое в данном исследовании было зафиксировано только в группе больных шизофренией, показатели ОМБ несколько выше агрессивного, что, в отличие от результатов корреляционного анализа, может быть связано с высоким уровнем клинического полиморфизма.

Таким образом, установлена достоверная связь выраженности агрессивного поведения при основных психических расстройствах с уровнем ОМБ, а также связь уровня аутоагрессии и ОМБ при шизофрении, что свидетельствует об участии ОМБ не только в патогенезе психических расстройств, но и в детерминации агонистического поведения, как поведения, связанного с конфликтами.

УДК 616.89-008.442-084(616-053.71+613.96)

ПСИХОПРОФІЛАКТИКА ПОРУШЕННЯ ФОРМУВАННЯ СЕКСУАЛЬНОСТІ — ВАЖЛИВА ЛАНКА В ЗАГАЛЬНІЙ СИСТЕМІ ПРОФІЛАКТИКИ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У МОЛОДІ

М. В. Маркова

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)

Відповідно до класифікації Всесвітньої організації охорони здоров'я, термін «молодь» поєднує людей у віці від 15 до 24 років. За свідченнями фахівців, робота з цим контингентом вимагає урахування деяких особливостей. З однієї сторони — це раннє настання біологічної зрілості, з іншої — соціальний, психологічний та економічний стан, який не дозволяє її реалізувати. Таким чином, наявність відмінностей від дорослої людини за духовним та фізичним розвитком, емоційна, юридична та фінансова залежність від батьків, відсутність необхідної кількості адекватної інформації, особистий недостатній досвід статевого життя, та інше робить осіб молодого віку вразливими до впливу негативних чинників, що сприяють розвитку порушень формування сексуальності та в подальшому — формуванню порушень функціонування сім'ї. Біологічним підґрунтям цього є той факт, що саме у вищезазначеному віці має місце міцний взаємозв'язок між фізичним, психічним і статевим розвитком. У цей віковий період на тлі загальної уразливості психіки саме сексуальна сфера є найбільш вразливою.

До того ж, демократизація поглядів на статево поведінку та сексуальність людини, неадекватна «еротизація» свідомості через засоби масової інформації, рекламу, які спостерігаються зараз у суспільстві, обумовлюють невиправдане з біологічної точки зору прискорення початку статевого життя. Це, в свою чергу, зумовлює підвищення кількості захворювань, які передаються статевим шляхом, збільшення кількості інфікованих ВІЛ та хворих на СНІД, ранніх вагітностей, зростання рівню сексуального насильства, що є причиною погіршення стану сексуального здоров'я нації.

Усе вищезгадане стає біопсихосоціальною основою для формування у молоді людини розладів формування сексуальності, які за відсутності своєчасного медико-психологічного втручання зберігаються протягом життя, значно погіршують його якість та стають підґрунтям розвитку порушень функціонування створених у подальшому сімей. На цьому тлі можливим є розвиток пролонгованого внутрішньособистісного конфлікту, його глобалізація, фіксація індивідуума на своїх психосексуальних проблемах.

Крім того, це, як правило, призводить до виникнення коморбідних психічних розладів невротичного рівню (тривожних, депресивних, тривожно-депресивних, фобічних), формування агресивних форм зовнішньої поведінки, високого суїцидального ризику та/або алкоголізації (наркотизації), соціальної дезадаптації.

Враховуючи вищезазначене, можна стверджувати, що розроблення й впровадження системи психопрофілактичних заходів стосовно превенції розвитку порушень сексуальності у молоді є важливою ланкою в загальній системі профілактики аутоагресивної поведінки у молоді.

УДК 616.17-008.1:616.831-005.]-08

ОСОБЛИВОСТІ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНОГО СПЕКТРУ, КОМОРБІДНИМИ ІЗ СЕРЦЕВО-СУДИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ТА ЇХ ПСИХОТЕРАПІЯ

*М. В. Маркова, В. В. Бабич, Н. М. Степанова,
С. А. Бахтіярова, І. О. Лисенко*

*Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України (м. Київ)*

За даними ВООЗ, поширеність неспсихотичних психічних розладів тривожно-депресивного спектру (НПРТДС) в 90-ті роки ХХ століття в розвинених країнах Європи й США складала 5—10 % у порівнянні з 0,4—0,8 % до початку 60-х років. Таким чином, протягом ХХ століття практично в усіх розвинених країнах миру було зареєстровано екстенсивне зростання НПРТДС і на теперішній час спостерігається тенденція подальшого його зростання. Менш ніж за 90 років кількість депресивних та/або тривожних хворих, що проходили стаціонарне лікування, збільшилася з 8 % в 1914 р. до 34 % в 1996 р. У той же час у пацієнтів, що одержують яку-небудь медичну допомогу амбулаторно, НПРТДС можна виявити в 65 % випадків. До того, на сучасному етапі провідними науковцями відмічається наявність патоморфозу НПРТДС. Так, тридцять років тому НПРТДС здавалися гострою хворобою з типовим виходом в повне одужання. На теперішній час перспективні дослідження показали рецидивуючий та хронічний перебіг НПРТДС. У 50—85 % випадків за першим епізодом реєструються повторні. Через декілька років у однієї третини пацієнтів зберігається симптоматика депресії. Смертність при НПРТДС майже збігається з такою при серцево-судинних захворюваннях (ССЗ).

Коморбідність з НПРТДС підвищує втричі ризик смерті при нестабільній стенокардії в перший рік та в чотири рази — в перші 3 місяці після інфаркту міокарду. Підвищення ризику смерті (більше у чоловіків) пов'язано як з підвищенням агресії тромбоцитів та змінами вегетативного тону, так і, опосередковано, з поганим доглядом за собою, курінням, вживанням алкоголю, порушенням режиму лікування. Відомо, що хворі цієї категорії мають значні проблеми в отриманні допомоги у зв'язку з стигматизацією хвороби та лікування. Таким чином, «актуальна чисельність» хворих НПРТДС в Україні сягає 6—7 % населення, але допомогу отримують не більше 10 % від цієї кількості пацієнтів. Рівень виявлення НПРТДС у загальносоматичній мережі вкрай низький, в той час як у розвинених країнах він сягає 45—90 %.

Одним із найнебезпечніших проявів НПРТДС є суїцидальні наміри і дії. Згідно з даними різних авторів,

до 15—18 % депресивних хворих роблять суїцидальні спроби. Суїциди підвищують рівень смертності при НПРТДС у 30 разів порівняно із загальною популяцією.

Проведений нами більш ніж п'ятирічний аналіз клінічної картини НПРТДС, коморбідних з ССЗ (артеріальною гіпертензією або інфарктом міокарду) у 427 пацієнтів, довів наявність патогномічних особливостей клініки вищезазначених психічних порушень порівняно з безпосередньо НПРТДС. Ці відмінності відбиваються як в нозологічній структурі (F 41.2 — 49 %, F 41.1 — 19 %, F 43.22 — 14 %, F 43.1 — 10 %, F 40.0 — 6,5 %, F 43.21 — 1,5 % у пацієнтів за умови коморбідності захворювань та F 48.0 — 33,3 %, F 40.0 — 20, 0 %, F 41.2 — 29,0 %, F 40.2 — 4,5 %, F 41.0, F 43.0, F 43.1, F 43.2, F 43.20, F 45.4 — по 2,2 % відповідно у хворих на НПРТДС без соматичної патології) і в клінічному змісті (вища частота виникнення та вираженість окремих симптомів — дратівливої слабкості, $p < 0,01$, соматичної гіперестезії, $p < 0,01$, емоційної лабільності, $p < 0,05$, нав'язливих пригадувань, $p < 0,05$, суїцидальних думок, $p < 0,05$), так і в емоційному стані (під час аналізу емоційного стану обстежених за Н. О. Марутою (2000) у хворих з поєднанням соматичної і психічної патології, на відміну від осіб суто із НПРТДС, має місце переважання таких емоцій, як тривога, смуток, засмучення, образа, жаль, досада, гнів, смуток, нудьга, сором, незадоволеність собою, гіркота, $p < 0,05$).

До того ж, треба зазначити, що у пацієнтів з НПРТДС, коморбідними з ССЗ, нами вперше був виявлений вельми специфічний спосіб реалізації суїцидальних намірів, який у 43 (10,1 $\pm$ 3,0 %) хворих мав вигляд ідеаторного розроблення сценарію, а у 16 (3,7 $\pm$ 1,9 %) хворих був у вигляді початку його реалізації — це відмова від вживання антигіпертензивної терапії з метою прискорення смерті. Взагалі для хворих з ССЗ, коморбідними з НПРТДС, більш ніж в половині випадків було характерним «скептичне» ставлення до результативності терапії соматичного захворювання і як результат — постійні порушення приймання препаратів, які були призначені для лікування соматичної патології.

З урахуванням виявлених особливостей, в рамках клінічної програми лікування НПРТДС, коморбідних з ССЗ, нами розроблені та впроваджені психотерапевтичні заходи, які склалися з двох блоків, спрямованих на застосування на різних етапах надання спеціалізованої медичної допомоги: стаціонарному та амбулаторному. На стаціонарному етапі досягалось вироблення комплайенсу, формування адекватного ставлення до хвороби та активної мотивації щодо лікування як ССЗ, так і НПРТДС шляхом проведення короткострокової психотерапевтичної інтервенції в малій групі пацієнтів (після діагностичної процедури — 2—3 групових заняття). Мішенню психотерапевтичних впливів на амбулаторному етапі були індивідуальні особистісні властивості та значущі макро- і мікросоціальні чинники виникнення НПРТДС, що досягалось за допомогою активної короткострокової індивідуальної диференційованої психотерапії (перший крок), яка в подальшому переходила у суппортивну (другий крок).

Треба зазначити, що регрес клініко-психопатологічної симптоматики супроводжувався і зміною ставлення хворих до «перспектив» соматичної терапії. Практично в усіх пацієнтів зникло бажання здійснити суїцид шляхом невиконання терапевтичних рекомендацій стосовно ССЗ, а у 86,2 % — факти невиконання режиму терапії основного захворювання.

УДК 616.89-008.441.13.444.9-053.7

ФОРМУВАННЯ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ*Л. М. Маркозова**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)*

Проблема агресивної поведінки є однією з найбільш соціально значущих у зв'язку з широким розповсюдженням та негативними наслідками цього явища, високою частотою асоціальних форм поведінки в осіб молодого віку, залежних від алкоголю. Підґрунтям агресивної поведінки є девіантні форми поведінки в підлітковому віці, які обумовлені зловживанням або вживанням одного або декількох речовин (алкоголю, психоактивних речовин, тютюну), а також у сполученні з різними видами нехімічної залежності (неконтрольованим використанням комп'ютерної гри, Інтернету, гральних автоматів, необмеженим переглядом телепередач тощо) у різноманітних варіантах.

З 70 осіб (вік хворих 23—35 років), котрі звернулися за допомогою, залежність від алкоголю в 63 % випадків сполучалась з тютюнопалінням, в 20 % випадків — з необмеженим переглядом телепередач, у 4 % випадків — з необмеженою грою на автоматах, зловживанням седативно-снотворними препаратами, в 3 % випадків — з необмеженим використанням Інтернету, зловживанням препаратів конопі, в 1 % випадків — зі зловживанням трамадолу. У 6 % обстежених в анамнезі мала місце залежність від декількох речовин, а також сполучення хімічної та нехімічної залежності в різних варіантах.

Перше знайомство обстежуваних зі смаком алкоголю відбувалося в середньому в 16 років. Формування синдрому відміни у 60 % хворих відбувалося терміном до 3-х років, тобто до 19 років. Доза вжитого за добу алкоголю коливалась від 1 до 2 літрів горілки/самогону або 12—15 літрів пива. У 40 % хворих спостерігалась запійна форма пияцтва, у 10 % — переважаюча, у решти — постійна.

Треба зазначити, що останнім часом в 60 % випадків причиною госпіталізації осіб молодого віку є не бажання покласти край шкідливій звичці чи вуджати, а необхідність пройти лікування під впливом родичів або за рішенням суду. Причиною примусового лікування були в 10 % випадків аутоагресивні дії хворих (самопорізи, вистрибування з вікон, інше в деяких випадках з метою шантажу родичів), в 50 % випадків гетероагресивні дії (побиття членів родини, побиття людей, з котрими вживав алкоголь, співробітників та інше). Частіше за все до органів правопорядку звертаються сусіди, значно рідше — ті родичі, відносно котрих хворі здійснюють насильницькі дії з особливою жорстокістю. У такому випадку родичі добре усвідомлюють реальну загрозу не тільки їхньому життю, але й життю інших членів родини. Саме факт реальної загрози примушує матір діяти «проти власної дитини» і не боятися загрози зі сторони хворого або шантажу.

Під час дослідження якості життя (ЯЖ) за шкалою Mezzich встановлено низький показник ЯЖ хворих у стані відміни алкоголю (у середньому 24 бали), виявлене його зниження за всіма складовими. На 3-ю добу лікування сумарний показник ЯЖ хворих склав в середньому 60 балів. У стані ж сп'яніння 90 % осіб відмічають «задовольняючі» їх показники ЯЖ (у середньому 65 балів), тільки 10 % визначають ЯЖ

таким, як і в стані синдрому відміни. На 7-му добу лікування хворі відзначали за всіма складовими шкали Mezzich поліпшення показника ЯЖ: загальна сума балів збільшилася з 62,0 до 76,0. У стані становлення ремісії хворі відзначали більш високий показник ЯЖ (у середньому 80 балів).

Виявлено, що ЯЖ родичів хворих безпосередньо залежить від психоемоційного стану хворих. Родичі відзначають низький показник якості свого життя при гетероагресивному поводженні хворих, цей показник зростає при низькій вираженості вищевказаного поводження хворих. У стані ж становлення ремісії родичі відзначають високий рівень свого життя (в середньому 95 балів).

Таким чином, виявлено, що формуванню агресивної поведінки в осіб молодого віку з алкогольною залежністю сприяє наявність девіантної поведінки в підлітковому віці, вживання декількох хімічних речовин в сполученні з різними видами нехімічної залежності, доза вжитого алкоголю. Якість життя обстежених та їх родини корелює з проявами агресивної поведінки хворих.

УДК 616.89-008.441.44.48-036:159.9.072.8:614.881

О НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОТОКОЛОВ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ПСИХИЧЕСКИМИ И ПОВЕДЕНЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ*Н. А. Марута*, Л. Н. Юрьева*****ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (г. Харків); **Днепропетровская государственная медицинская академия (г. Днепропетровск)*

Показатель самоубийств является одним из важнейших индикаторов общественного психического здоровья, социального благополучия и качества жизни населения. Согласно шкале оценки Всемирной организации здравоохранения, Украина относится к числу стран с высоким уровнем суицидов, поэтому разработка и внедрение системы мероприятий, направленных на предупреждение суицидального поведения, является чрезвычайно актуальной. По данным ряда исследований, от 25 % до 95 % среди лиц, покончивших с собой, имели психиатрические диагнозы в момент смерти. Выведено, также, что суицидальный риск среди больных, состоящих на учете в психоневрологических диспансерах, в 35 раз выше, чем в популяции психически здоровых лиц. Поэтому разработка и внедрение стандартов своевременной диагностики и оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами с суицидальным поведением является первоочередной задачей психиатрии.

В Украине уже созданы и утверждены клинические протоколы оказания медицинской помощи по специальности «Психиатрия» (приказ МЗ Украины от 5.02.2007 г. № 59). Однако диагностика суицидального поведения, фармакологическая терапия, психотерапевтические и психосоциальные методы лечения, реабилитационные мероприятия, а также критерии оценки качества лечения лиц с суицидальным поведением имеют свою специфику, требующую детального описания и структурирования при каждом диагностическом тактоне, выделенном в МКБ-10.

Кроме того, в протоколах должны быть отражены стандарты выполнения и регистрации действий медицинского персонала в экстренных ситуациях

(совершение суицидальной попытки или завершеного суицида пациентом стационара или состоящим на диспансерном или консультативном учете) и стандарт отчета об этих случаях. Медицинский персонал должен четко соблюдать установленный «Стандартом» порядок действий и документировать его. Только в этом случае, возможно создание юридически корректного и обоснованного механизма оценки, проверки и анализа действий медицинского персонала в каждом конкретном случае.

Вышеизложенные факты, а также существующая нормативно-правовая база (поручение Премьер-министра Украины от 12.03.2003 г. № 14494 к поручению Президента Украины от 06.03.2003 г. № 1-1/252 в отношении ускорения разработки и внедрения протоколов лечения) свидетельствуют о необходимости создания клинических протоколов оказания медицинской помощи пациентам с психическими и поведенческими расстройствами с суицидальным поведением.

УДК 616.89-008.444.9-053.6

ОСОБЕННОСТИ АГРЕССИВНОГО И АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БЕСПРИЗОРНЫХ ПОДРОСТКОВ

*Е. А. Михайлова, Т. Ю. Проскурина,
Д. А. Мителев, С. Н. Цилюрик*

*ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков
АМН Украины» (г. Харьков)*

Состояние здоровья детей и подростков за последнее десятилетие в Украине свидетельствует о значительном возрастании психических заболеваний, агрессивности, бродяжничества, деструктивного поведения. Известно, что деструктивное поведение тесно связано с такой базовой характеристикой, как агрессия. Гнев и тревога являются базальными эмоциями, зависящими от иерархически организованных структур мозга, они усиливают действие эмоциогенных стимулов.

Наименее изученной проблемой детской психиатрии является определение состояния психического и психологического здоровья у детей-беспризорников.

Целью данной работы явилось изучение структуры агрессивного и аутоагрессивного поведения у беспризорных подростков. Было обследовано 78 подростков, временно находившихся в социальном приюте, с использованием возрастного, гендерного, психологического, социального и феноменологического подходов. В основу изучения структуры девиантного поведения у подростков разных популяционных групп была положена концепция В. Д. Менделевича.

У всех подростков-беспризорников установлены различные варианты девиантного поведения, среди которых доминировали агрессивное поведение (100,0 %), бродяжничество (100,0 %), реакции группирования (96,2 %), безнравственное поведение (91,0 %). В структуре агрессивного поведения у большинства исследуемых подростков регистрирована раздражительность, обида (с достоверным преобладанием у девочек), чувство вины (с доминированием у мальчиков). Независимо от гендерной принадлежности исследуемых, регистрирована физическая агрессия — у 46,8 % мальчиков и у 41,9 % девочек.

Значимой формой агрессивности, определяющей девиантное поведение у подростков-беспризорников, является агрессия как состояние (тест Ч. Спилберга),

значение которой достоверно превышает показатель нормы (15,2 % и 10,8 % соответственно). Для мальчиков показатели враждебности, конфликтности, агрессивности и негативизма (тест «Дом — дерево — человек») достоверно выше, чем у девочек той же группы. Аутоагрессивное поведение (в виде суицидальной настроенности) отмечалось в 26,5 % случаев (17,0 % у мальчиков и 38,7 % у девочек). Мотивационно-побудительный вектор носил преимущественно неопределенный характер и больший удельный вес компонентности суицидального поведения составлял эмоциональный по сравнению с когнитивным.

Определена информативность факторов, оказывающих статистически достоверное и наиболее интенсивное воздействие на формирование девиантного поведения, включая агрессию и аутоагрессию, у подростков-беспризорников (рейтинг-шкала социальных, психологических и биологических факторов): деструктивный образ жизни родителей с хронической межличностной конфликтностью (0,3397), низкий уровень материальной обеспеченности семьи (0,3372), бытовой алкоголизм родителей (0,3221), задержка психического развития (0,3318), высокий психологический риск социальной дезадаптации (высокий уровень тревоги; высокий уровень поисковой активности в сфере девиантных интересов; негативные эмоциональные переживания) (0,3318), фактор многодетной семьи (0,3115), церебрально-органическая недостаточность (0,900).

Полученные данные могут быть использованы при формировании социальных, медицинских, психологических программ профилактики суицидального поведения у подростков-беспризорников.

УДК 616.89-008.444.9-053.9-07

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З ДЕПРЕСІЯМИ

*Т. В. Панько, Л. В. Малюта, О. С. Черediaкова
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України» (м. Харків)*

Епідеміологічні дослідження останніх років свідчать про неухильне зростання депресивних розладів у різних вікових групах, серед яких найбільш уразливими є хворі похилого віку (9,00—30,00 %). Саме в цьому віці діагностика депресивних розладів ускладнена атиповою клінічною картиною та коморбідністю з різноманітними соматоневрологічними захворюваннями. Атиповий перебіг депресивних розладів у похилому віці призводить до несвоєчасного лікування, ускладнення клінічної картини, формування затяжних депресивних розладів, виникнення суїцидальної поведінки.

У рамках дослідження вікового патоморфозу депресивних розладів було проведено обстеження 73 хворих на ендегенні депресивні розлади (F 32.1, F 33.1) похилого віку (віком старше 60 років) та 67 хворих середнього віку (віком від 35 років до 55 років).

У результаті проведених досліджень встановлено, що психопатологічна картина ендегенних депресивних розладів у обстежених хворих характеризувалась наявністю афективних розладів, особистісних переживань, когнітивних порушень, соматичних проявів. Клінічні прояви депресивних розладів у осіб похилого віку частіше починались з соматичних симптомів з боку серцево-судинної системи, внутрішніх органів тощо, які супроводжуються емоційними порушеннями.

У осіб середнього віку захворювання починається саме з емоційних порушень, соматичні симптоми виникають пізніше. Афективні розлади характеризувались наявністю зниженого настрою, тривоги, відчуття туги, плаксивості, байдужості, емоційної лабільності, дратівливості. Особистісні переживання характеризувались наявністю відчуття провини, непотрібності близьким, відсутності перспективи у майбутньому, емоційної вразливості, зниженою впевненістю у собі, втрати емоційного відгуку. Достовірно частіше у хворих похилого віку спостерігались відчуття провини (58,33 %), непотрібності близьким (44,44 %), відсутності перспективи у майбутньому (63,88 %), емоційної вразливості, втрати емоційного відгуку (55,55 %). Для хворих середнього віку характерне достовірне переважання особистісних переживань у вигляді зниження впевненості у собі (81,81 %). Специфіка особистісних переживань свідчить про більшу фіксованість хворих похилого віку на зниженні соціальної активності та попити в оточуючому середовищі, а у хворих середнього віку — на побоюваннях втратити те, що вони мають — роботу, сім'ю, задоволення, можливості.

Виявлені афективні прояви та, особливо, особистісні переживання у вигляді відчуття непотрібності близьким, відчуття, що вони стали тягарем для своїх близьких, відчуття провини перед близькими в осіб похилого віку супроводжувались суїцидальними думками, намірами у 69,44 % (в порівнянні з контрольною групою — 24,24 %). Високий рівень суїцидальної поведінки підтверджувався не тільки клінічними результатами, але й психопатологічними дослідженнями. Так, за результатами методики СВСП — «Спосіб визначення суїцидального ризику» у пацієнтів похилого віку були зафіксовані значно вищі показники рівня суїцидального ризику ($27,57 \pm 6,57$), ніж у групі хворих середнього віку ($24,23 \pm 5,69$). Відмінності статистично значущі за критерієм Стюдента ($p \leq 0,05$) та свідчать про більш високу внутрішню напругу, відчуття безвихідності і безнадійності власного життя, що підвищує можливість скоєння суїцидів серед осіб похилого віку з депресивними розладами.

Таким чином, депресивні розлади в осіб похилого віку характеризуються певною специфікою афективних порушень та особистісних переживань, які обумовлені сукупністю психопатологічних, особистісних, соціальних та вікових факторів.

Отримані дані необхідно враховувати під час діагностики, лікування та профілактики ризику суїцидів депресивних розладів у осіб похилого віку.

УДК 616.89.008.44

ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫЙ КРИЗИС КАК ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА СУИЦИДОГЕНЕЗА

Г. Я. Пилягина¹⁾, В. Э. Семенцук²⁾, С. А. Чумак²⁾

¹⁾ Национальная медицинская академия им. П. Л. Шупика,

²⁾ Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии
и наркологии МЗ Украины (г. Киев)

Последнее десятилетие высокий уровень аутоагрессивного поведения (АП) в Украине сохраняется. Научные исследования в суицидологии, как и лечение суицидентов, в настоящее время по-прежнему остается прерогативой психиатров. Однако АП — мультидисциплинарная проблема. При этом патопсихологические аспекты суицидогенеза — личностная незрелость, нарушения механизмов приспособления, уязвимость

антисуицидального барьера, аутодеструктивные паттерны поведения, неадекватность социальных компетентностей индивидуума — играют важнейшую роль в становлении манифестных форм АП. Соответственно, для выработки адекватных и эффективных методов лечения саморазрушающей активности, безусловно, необходимо понимание его патопсихологической основы с последующим применением данных знаний в комплексной терапии АП. К патопсихологической основе суицидогенеза и становления «суицидальной карьеры» мы относим различные формы и проявления экзистенциального кризиса (ЭК).

Цель нашего исследования: изучение феноменологических характеристик экзистенциального кризиса как патопсихологической основы манифестации внешних форм аутоагрессивного поведения у суицидентов с первичными и повторными агрессивными действиями (АД), его влияния на процесс становления «суицидальной карьеры».

Рабочая гипотеза исследования: становление клинически манифестных внешних форм АП обуславливается взаимопотенцированием патопсихологических проявлений ЭК личности и декомпенсацией психопатологических расстройств в суицидогенном конфликте, запускает дополнительные деструктивные формы преодолевающего поведения. Именно ЭК личности реализуется в закреплении аутодеструктивных форм преодолевающего поведения. Следовательно, адекватная и эффективная терапия АП должна включать исследование особенностей ЭК, а его появления — основная терапевтическая мишень суицидальной психотерапевтической интервенции.

На базе Киевской городской клинической больницы скорой медицинской помощи проведено рандомизированное исследование 210 суицидентов (124 суицидента с первичными АД и 86 — с повторными). Пациенты осматривались в ближайшем постсуицидальном периоде (1—5 дней после осуществления АД). Нами были изучены феноменологические характеристики ЭК в рамках полуструктурированного интервью с помощью разработанной диагностической карты исследования суицидента, а также с помощью специально подобранной батареи методик было осуществлено патопсихологическое исследование 100 суицидентов с первичными и 60 — с повторными АД. При проведении тестового исследования использовались методики: тест депрессии А. Бека (Beck A., 1969); тест исследования психологических защит Р. Плутчека — Х. Конте (Life-style index; Plutchik R., Conte H. 1989), тест смысло-жизненных ориентаций Д. Леонтьева (СЖО; Леонтьев Д., 2003).

Согласно полученным результатам, у всех исследованных суицидентов были выявлены выраженные феноменологические характеристики ЭК. К ним можно отнести выраженные и тяжело переживаемые пациентами ощущения безнадежности, беспомощности, ненужности, непонимания, отвержения и одиночества, а также качественные нарушения волевых процессов с искаженным осмыслением актуальной суицидогенной ситуации, паттернами эскапизма на фоне субъективного неприятия своего настоящего и возможного будущего.

Однако процесс становления «суицидальной карьеры» существенно влияет на углубление ЭК с нарастанием психологической уязвимости личности и закреплением саморазрушающих паттернов преодолевающего поведения.

Для пациентов с первичными АД были характерны, прежде всего, переживание отвержения с незначительными нарушениями волевой активности по преодолению суицидогенного конфликта, тогда как в группе репитеров превалировали чувство безнадежности, беспомощности, ненужности, собственной нереализованности, бесперспективности будущего с крайне выраженными нарушениями копинг-стратегий.

Среди актуализированных защитных психологических механизмов в группе суицидентов с повторными АД превалировали регрессия, проекция и смещение, тогда как среди пациентов с первичными АД достоверно чаще наблюдался механизм отрицания.

Полученные данные позволяют улучшить понимание механизмов суицидогенеза и становления «суицидальной карьеры», а также вырабатывать эффективные терапевтические стратегии курации АП.

УДК 616.89-008.444.9

ВИЗНАЧЕННЯ СПЕЦИФІЧНИХ ФАКТОРІВ РЕЦИДИВУВАННЯ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

*Г. Я. Пілягіна, С. А. Чумак, Є. М. Харченко,
В. Е. Семенюк, Є. В. Дубровська*

*Український науково-дослідний інститут соціальної
і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)*

Однією з найбільш актуальних проблем клінічної суїцидології сьогодення є пошук об'єктивних критеріїв визначення ступеня суїцидального ризику, а також пошук ефективних методів лікування аутоагресивної поведінки (АП) та супутніх їй психопатологічних розладів. Але без адекватної діагностики власне особливостей аутоагресивної поведінки у кожному конкретному випадку неможливо проводити адекватне терапевтичне втручання. Окрім того, треба зазначити, що діагностичний процес у суїцидології у зв'язку з мультидисциплінарною основою феноменології АП має певні особливості. Діагностика АП потребує точної дефініції та диференціації власне ознак та характеристик АП. Наукові дослідження з комплексної діагностики АП є поодинокими. Хоча саме комплексна діагностика АП надає можливість визначити об'єктивні критерії оцінки вірогідності її формування та рецидивування, тобто встановити ступінь вираженості суїцидального ризику на тлі з'ясування індивідуальних клініко-патогенетичних особливостей розвитку саме руйнівних настанів, а також впроваджувати адекватні їй ефективні методи лікування аутоагресивної активності.

Під час вивчення групи суїцидентів у найближчому постсуїцидальному періоді ми змогли простежити й довести важливість окремих соціодемографічних, специфічних патопсихологічних факторів у суїцидогенезі, а також більш суттєву значущість психопатологічних розладів у патогенезі АП.

До соціодемографічних предикторів АП належать безробіття соціальна та психологічна самотність, атеїстичний світогляд. На прикладі аналізу безпосередніх причин реалізації суїцидальних спроб та суб'єктивного ставлення пацієнтів до вчинених дій можна сказати, що патопсихологічною основою АП є ступінь психологічної незахищеності особистості, виснаженості пристосувальних механізмів та закріплення ескапістських аутодеструктивних патернів реагування у психотравмуючих ситуаціях. Психопатологічними предикторами суїцидогенезу є, насамперед, різні афективні розлади невротичного регістру (переваж-

но короточасні порушення адаптації). Вираженість суїцидального ризику безпосередньо залежить від хроніфікації, поглиблення регістру психопатологічних розладів та важкості їх суб'єктивних переживань.

До найбільш значущих предикторів формування АП можна віднести відчуття несприйняття теперішнього і майбутнього; відчуття нерозуміння близькими, безпомічності, непотрібності, покинутості, невимовної самотності як основні патерни ескапізму. Також предикторами суїцидогенезу є суб'єктивні переживання непереносимих депресивних почуттів, тривожності, психалгій; мотиви уникнення страждань і смерті, відмови від життя, самопожертви, самопокарання. Суїцидальний ризик суттєво високий за наявності байдужого та позитивного ставлення до реалізації аутоагресивних дій у найближчому постсуїцидальному періоді. Найбільш значущою у скоєнні аутоагресивних дій й для ризику їх повторної реалізації з високою вірогідністю реалізації життєнебезпечних саморуйнівних дій є комбінація вищезгаданих чинників.

Дані нашого дослідження підтверджують положення про те, що терапія АП повинна враховувати патогенетичні механізми її формування, високий ризик реалізації повторних аутоагресивних дій й вираженість (характер) психопатологічних порушень, супутніх саморуйнівній активності.

УДК: 616.895.8:616.89-008.494.9

АУТОАГРЕСИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В. С. Подкорытов, А. В. Самохвалов

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
АМН Украины» (г. Харьков)*

Современными авторами аутоагрессивное поведение трактуется как действия, направленные на причинение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью. Оно является комплексным понятием, в состав которого входят суицидальное поведение, неосознанные жизнеопасные действия, демонстративно-шантажные суицидальные попытки, а также преднамеренные аутодеструктивные поступки.

До настоящего времени основное внимание в изучении аутоагрессивного поведения уделялось проблеме суицидов. При этом не существует исчерпывающего описания феноменологии несуйцидальных самоповреждений, не выделены их варианты, недостаточно изучены мотивация аутодеструктивных актов, факторы риска и меры предупреждения повторных самоповреждающих действий.

Выделение несуйцидальных вариантов самоповреждений при шизофрении, установление их связей с позитивными и негативными психопатологическими синдромами шизофренического круга до настоящего времени остаются одним из актуальных вопросов клинической психиатрии.

Цель: изучение феноменологии и факторов риска развития несуйцидальных форм аутоагрессивного поведения у больных шизофренией.

Обследованы 54 больных шизофренией — 31 мужчина (57,4 %, средний возраст $34,6 \pm 3,2$ лет) и 23 женщины (42,6 %, средний возраст $33,7 \pm 3,3$ лет).

Методы: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, статистический.

Анализ мотивации совершения аутодеструктивного действия показал, что у 53,7 % больных основным

мотивом был мотив «избежания» (по А. Г. Амбрумовой и соавт.). При этом объяснения больных отличались вычурностью, нелепостью, алогичностью. Менее распространенными были мотивы «самонаказания», «призыва» и «протеста» — 7,4 %, 5,6 % и 3,7 % соответственно. У 20,4 % мотивация не поддавалась классификации в силу сложности фабулы бредовых переживаний, символизма мышления, у 9,3 % — в силу грубой дезорганизации психической деятельности.

По степени тяжести самоповреждения классифицировались как легкие, средней тяжести и тяжелые. У мужчин легкие самоповреждения были нанесены в 61,3 % случаев, средней тяжести — в 29,0 %, тяжелые — в 9,7 % случаев. У женщин наблюдался больший удельный вес легких самоповреждений — 69,6 % случаев, несколько меньшая частота средних (21,7 %) и тяжелых (8,7 %) самоповреждений в сравнении с мужчинами.

По характеру наносимых травм наиболее частыми были порезы ножами, лезвиями, бритвами, колотые раны различными заостренными предметами, укусы и ожоги, наносимые общедоступными источниками огня (спички, зажигалки, реze — бытовые электроприборы). Значительно реже использовались растворы сильных кислот и щелочей, нанесение увечий происходило по специальному «ритуалу».

У более чем половины больных описанные аутоагрессивные действия повторялись многократно, в большинстве случаев имели комбинированный или стереотипный характер. У 42,6 % больных аутоагрессивные действия сочетались с гетероагрессивными тенденциями.

Анализ клинической картины заболевания больных с аутоагрессивными тенденциями показал, что более чем в половине случаев (57,4 %) самоповреждения входили в структуру бредовых и галлюцинаторно-бредовых синдромов, в каждом пятом случае (22,2 %) они были связаны с обсессивно-компульсивными явлениями, реже (11,1 %) являлись следствием депрессивного синдрома.

В результате проведенного исследования было установлено, что наиболее значимыми факторами риска аутоагрессивного поведения являются наличие аутоагрессивных действий в анамнезе, преобладание в клинической картине заболевания бредовых, галлюцинаторно-бредовых переживаний и обсессивно-компульсивной симптоматики. У мужчин аутоагрессивное поведение встречается с большей частотой, а сами повреждения имеют более тяжелый характер, что должно учитываться в лечении больных.

УДК:616.89-036.865

АСПЕКТИ ВИЗНАЧЕННЯ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПСИХІЧНОХВОРИХ НА ЕТАПІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

Г. А. Пріб

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)

Самостійне, незалежне, якісне життя людини з психічними розладами залежить від багатьох чинників, серед яких провідну роль відіграють рівень самооцінки, критика та наявність її глибина суїцидальних тенденцій (СТ). Вказані категорії є базовими складовими при визначенні та прогнозуванні ступеня обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності (СН) па-

цієнта. СТ є важким дезадаптуючим чинником та своєрідним індикатором якості медичної допомоги. Отже неврахування рівня самооцінки, критики та СТ на етапі розроблення реабілітації унеможливує її проведення та призводить до СН пацієнтів.

Мета: дослідити рівень самооцінки, критики, наявності та глибини СТ у пацієнтів, які страждають на психічні розлади, на етапах медико-соціальної експертизи та реабілітації.

Завдання: визначити рівень самооцінки, критики, наявності та глибини СТ у хворих з психічними розладами на етапах медико-соціальної експертизи та реабілітації.

Обстежено 327 пацієнтів (досліджувана група) та 211 пацієнтів (група порівняння). Пацієнти верифіковані за категоріями МКХ-10: F 07, F 20, F 21, F 23, F 25, F 41, G 40. Аналіз медико-експертних справ (МЕС) проводився за сприянням Управління МС МОЗ України.

Методи дослідження: структуроване інтерв'ю у рамках клініко-психопатологічного підходу, соціально-експертні, статистичні.

Виявлено, що у пацієнтів досліджуваної групи переважає діагностування зниження критики (48,0 %). У групі порівняння та за даними МЕС у більшості пацієнтів визначається відсутність критики — 70,0 % та 89,3 % ($p < 0,01$). Встановлено, що гіпердіагностика відсутності критики призводить до розроблення «пасивних» реабілітаційних програм. Самооцінка вивчалася з точки зору збереження здатності пацієнта вести незалежний спосіб існування у суспільстві. У досліджуваній групі зниження самооцінки діагностовано у 46,0 %, у групі порівняння — 66,0 %, за даними МЕС — 86,0 % ($p < 0,01$). Встановлено, що визначення рівня самооцінки як «зниженого» та відповідно розроблення неадекватних реабілітаційних заходів обумовлює втрату пацієнтами уявлення про свої можливості. Тобто «пасивні» реабілітаційні заходи, спрямовані лише на «формальне» пристосування пацієнта, руйнують наявний потенціал особистості, формують настановну поведінку та призводять до СН.

Розподіл СТ у обстежених пацієнтів виглядав таким чином. Спроби діагностувалися у 30 ($10,0 \pm 3,0$ %) пацієнтів досліджуваної та 20 ($10,0 \pm 3,0$ %) пацієнтів групи порівняння, за даними МЕС у ($12,6 \pm 3,3$ %) хворих ($p < 0,01$). Думки відповідно у 60 ($20,0 \pm 4,0$ %), 20 ($10,0 \pm 3,0$ %) та 35 ($11,7 \pm 3,2$ %) пацієнтів ($p < 0,01$). Відсутність СТ встановлено у 210 ($70,0 \pm 4,5$ %) пацієнтів досліджуваної та 156 ($78,0 \pm 4,1$ %) групи порівняння, за даними МЕС у 227 ($75,7 \pm 4,3$ %) пацієнтів ($p < 0,01$). У цілому діагностика наявності та глибини СТ у пацієнтів досліджуваної групи, групі порівняння та за даними МЕС збігається. Така ситуація є передбачуваною, оскільки наявність СТ достеменно вивчається на усіх ланках психіатричної допомоги. Проте, як свідчать результати досліджень, встановлення наявності та глибини СТ лише шляхом опитування пацієнта призводить до діагностичних помилок.

Визначено, що у психіатричних закладах повинні обов'язково впроваджуватися скринінгові методики діагностики наявності та глибини СТ. Встановлено, що використання в умовах МЕС тільки висновків лікувальних закладів щодо рівня самооцінки, критики, наявності та глибини СТ є необґрунтованим, оскільки впродовж періоду від здійснення клініко-психопатологічного та експериментально-психологічного дослідження у лікарні, на яке спирається експерт, клінічний та психологічний стан пацієнтів змінюються.

Таким чином, рівень самооцінки, критики та наявність суїцидальних тенденцій, виступаючи вагомими чинниками, які приводять до обмеження життєдіяльності та соціальної недостатності, повинні в умовах МСЕ досліджуватися більш глибоко.

УДК 616.89-008.444.9:616.891-053.6

АГРЕСІЯ ТА АУТОАГРЕСІЯ У ПІДЛІТКІВ З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

Т. Ю. Проскуріна, Е. А. Михайлова, Д. А. Мітельов
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
АМН України» (м. Харків)

Останнє десятиріччя характеризується кардинальними змінами, що зумовлені політичною трансформацією нашої держави, змінами в ньому виробничих та соціально-економічних відносин, у системі морально-етичних цінностей та орієнтирів, різким зниженням рівня життя загальної маси населення. Незважаючи на успішність розроблення проблем психічного здоров'я дітей та підлітків, її актуальність зростає в зв'язку з різким збільшенням поширеності психічних розладів з проявами девіантної поведінки.

Як відомо, девіантна поведінка може мати різну структуру та динамічні характеристики, формуватися як ізольоване явище, або як явище групового порядку, поєднувати в собі декілька клінічних форм, бути стійкою або нестійкою, мати різну спрямованість та соціальну значущість.

У практичній підлітковій психіатрії все частіше спостерігаються такі поведінкові залежності як фанатизм, ігроманія, комп'ютерна залежність, парасуїцидальна поведінка. Ці проблеми мають як медичне, так і соціальне значення, тому що девіантна поведінка формує тотальну психосоціальну дезадаптацію в юному віці.

Одним з найбільш значущих теоретичних та практичних питань девіантної поведінки є діагностика агресії та аутоагресії, суттю якої є розроблення об'єктивних та достовірних діагностичних критеріїв та кваліфікація їх як психологічних феноменів або психопатологічних симптомів.

Метою дослідження було вивчення агресивної та аутоагресивної поведінки у 276 підлітків з невротичними розладами. Нами розроблена мультиmodalна карта обстеження, яка включає такі блоки: соціодемографічних показників, реєстру актуальних варіантів девіантної поведінки, соматичних, неврологічних і психічних захворювань, психологічних показників (опитувальник Ч. Спілбергера щодо оцінки агресії як стану, як властивості темпераменту, як реакції, аутоагресія, гетероагресія та контроль агресії; тест «Будинок — дерево — людина», методика «Рівень співвідношення «цінності» та «доступності» у різних життєвих сферах»).

Агресивність зареєстрована у 72,5 % підлітків з невротичними розладами з домінуванням дратівливості, негативізму, ворожості, вербальної та непрямой агресії. У 5,4 % підлітків з невротичними розладами виділений варіант аутоагресивної поведінки (суїцидальні думки і вживання) з достовірним переважанням у дівчат, порівняно з хлопчиками (9,2 % і 0,8 %, відповідно, $p < 0,01$). Аутоагресивна поведінка у підлітків з невротичними розладами відрізнялася інфантильністю, пошуками нетрадиційних способів надання шкідливої дії на близьке оточення і привертання уваги дорослих або однолітків.

Отримано достовірний високий кореляційний зв'язок ($r = 0,62$) депресивного симптомокомплексу з варіантом аутоагресивної поведінки у підлітків.

У роботі було проаналізовано і частоту агресивної поведінки залежно від нозологічної форми невротичного розладу. Так агресивність вірогідно частіше реєструвалася у підлітків з депресивним невротичним розладом (у 85,3 %) та неврастенією (у 81,6 %) порівняно з тривожно-фобічним розладом (у 25,5 %). Аутоагресивну поведінку вірогідно частіше реєстровано у підлітків з депресивним невротичним розладом. У підлітків з невротичними розладами показник контролю агресії достовірно нижче нормативного показника. Серед чинників, що детермінують агресивну та аутоагресивну поведінку, виділено високий рівень емансипації, внутрішньоособистісні суперечності у зв'язку з вираженою агресією і відсутністю гнучкості, психологічна схильність до делінквентності, конфліктність з батьками, помірна церебрально-органічна недостатність, чинник тривожності, реакція групування, чинник неповної сім'ї.

Методологічний підхід дозволяє визначити біологічні, психологічні і соціальні детермінанти порушених форм поведінки у підлітків з невротичними розладами та визначити напрямки терапії та психопрофілактики.

УДК 616.89-008.441.44-07-036.2:614.87

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИХ ПОКАЗНИКІВ СУЇЦИДАЛЬНИХ СПРОБ ТА ЗАВЕРШЕНИХ СУЇЦИДІВ ПО ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ ЗА ПЕРІОД 1994—2004 рр.

В. О. Рудь
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
(м. Полтава)

Для дослідження клініко-епідеміологічних особливостей суїцидальної активності з урахуванням хронобіологічних чинників по Полтавській області, вивчено деякі медико-соціальні показники суїцидальних спроб, скоєних протягом 1994—2004 рр., та порівняно їх з показниками завершених самогубств за цей же період.

Серед парасуїцидентів було 906 (46,47 %) чоловіків та 1044 (53,53 %) жінки (1 : 1,15).

Порівняльний аналіз суїцидальних спроб та завершених самогубств показав, що динаміка останніх мала тенденцію до поступового повільного зростання з незначним піком у 1997 році, тоді як частота суїцидальних спроб мала зворотну динаміку у вигляді поступового зменшення.

Серед осіб, що здійснили спробу самогубства, мешканців міст було 1394 (71,48 %) особи, мешканці в сільській місцевості — 556 (28,52 %) осіб.

Аналізуючи розподіл суїцидальних спроб за віковими групами та порівнявши їх з аналогічними показниками завершених самогубств, з'ясували, що суїцидальні спроби переважно здійснювались у віці від 14 до 30 років (54,96 %), в той час як завершені самогубства найчастіше скоювали особи від 51 року і старше (53,15 %). Частота суїцидальних спроб різко наростала після 14 років і, досягнувши максимуму у віковій групі 21—30 років, поступово знижувалась. Завершені самогубства мали іншу вікову динаміку: вони повільно і поступово зростали від молодших до старших вікових груп.

Вивчення сезонної залежності завершених суїцидів та суїцидальних спроб показало, що їхня динаміка виявилась достатньо схожою. Так, вона помірно знижується від січня до лютого з подальшим підйомом у березні-квітні. Однак пік завершених суїцидів припадає на травень (11,00 %), у той час як найвищий рівень спроб самогубства спостерігається в квітні (9,70 %), а в травні він навпаки знижується. У червні завершені суїциди та спроби самогубства мають зворотний характер: рівень завершених самогубств помірно зменшується, а парасуїцидальних дій — зростає.

Таким чином, дані зіставлення епідеміологічних показників завершених самогубств та суїцидальних спроб у регіоні за 11 років демонструють протилежну динаміку — зростання кількості суїцидів та зниження парасуїцидальних дій. Спроби самогубства частіше здійснюють жінки, однак, переважання їх над чоловіками не є високим. Різняться завершені самогубства та суїцидальні спроби й за віковим розподілом: серед парасуїцидентів домінують молоді особи (від 14 до 30 років), в той час як серед тих, що здійснили завершене самогубство, переважають особи похилого та старечого віку. Сезонна динаміка завершених самогубств та суїцидальних спроб має подібний характер, однак, відрізняється менш різкими підйомами та спадами парасуїцидальної активності. Можна вважати, що парасуїциденти та суїциденти складають дві окремі популяції, що частково перекриваються, причому істотно відрізняються вони за найбільш стабільними в часі показниками віку та статі.

УДК 616.85:616.1/.4:616.839

АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ОБСТАВИН ТА ЇХ ВПЛИВ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНУ ВЕГЕТАТИВНУ ДИСФУНКЦІЮ

О. Є. Семікіна, Т. В. Канцедал

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України» (м. Харків)

Психотравмуюча ситуація має велике значення для формування невротичного зриву. Під час збігу певних зовнішніх умов з особистісними особливостями і специфікою світогляду людини може розвинути інтрапсихічний конфлікт, який є основою невротичного розладу.

В роботі було проведено детальне вивчення психотравмуючих ситуацій, що сприяли розвитку соматоформної вегетативної дисфункції (СВД) (F 45.3) у 61 хворого.

Як в цілому характерне для всіх невротичних розладів, серед хворих на СВД найчастіше область психотравмуючої ситуації стосувалася сімейних відносин. Разом з тим, нами було виявлено, що ефективність терапевтичної корекції була пов'язана з певними особливостями психотравми. Лікування хворих з патологією, що вивчається, зазнавало ускладнень у ситуаціях, коли негаразди, які турбували хворого, стосувалися і сімейних відносин (60,0 % хворих), і професійної діяльності (29,9 %), а також питань власного здоров'я, тобто спостерігалася генералізація психотравми, вона розповсюджувалася на декілька важливих галузей існування особистості.

Для хворих на СВД ми виявили таку важливу причину розвитку хвороби, як стан власного здоров'я

(51,6 %). Розвиток вегетовісцерального пароксизму як причину хвороби відмічали 35,5 % хворих. Причому, особливо несприятливою прогностичною ознакою щодо ефективності терапії є сполучення складних сімейних відносин та негаразди, пов'язані з власним здоров'ям. Комплексний характер психотравми ми спостерігали у 73,3 % хворих ефективність лікування яких була недостатня.

Для хворих з соматоформною вегетативною дисфункцією дуже актуальним був стан власного здоров'я. Особистість хворого має провідне значення для успішності лікування. Чим більший ступінь гармонійності та адаптивності особи, тим легше їй подолати емоційні проблеми. Під час детального вивчення цього аспекту ми з'ясували, що особистісні акцентуації істероїдного кола, а також вираженість епілептоїдних рис характеру суттєво обмежує можливості психотерапевтичної корекції у хворих на СВД. Вказані особливості особистості були виявлені у 53,3 % хворих, у яких ефективність лікування була недостатньою.

Для вивчення кола психічної травматизації ми використовували Опитувальник Колера — визначення ступеня задоволеності хворим своїм функціонуванням у різних сферах життя. Результати аналізу подано у таблиці.

Джерело труднощів у головних сферах життя у хворих на СВД

Показник	Середній показник (вираженість у балах)
Джерело труднощів:	
— у подружньому житті	45,4 ± 5,6
— у взаємовідносинах з родичами	34,1 ± 9,7
— у професійній сфері	19,9 ± 11,8
— у соціальній сфері	23,1 ± 10,0

За результатами оцінки джерела труднощів у різних сферах життя необхідно відмітити, що найбільш значущими для хворих на СВД виявились сімейні відносини. Хворі підкреслювали такі внутрішньосімейні негаразди, як невірний розподіл сімейних обов'язків, негаразди через різне ставлення до грошей.

Професійна діяльність обстежених нами хворих також мала суттєвий вплив на формування хвороби. Пацієнти частіше як причину стресу виділяли конфліктні відносини із керівниками та колегами, а також підлеглими, незадоволеність фінансовим станом.

Вивчення ускладнень у соціальній сфері показало, що найбільше значення цьому аспекту діяльності приділяли самотні пацієнти.

Особливостями психотравмуючих обставин у хворих був той факт, що область психотравми не була чітко визначена. Проблеми стосувалися декількох сфер функціонування хворого. Проблеми виникали і в сімейних стосунках, і в професійної діяльності, а також у спілкуванні з родичами. Причому, необхідно підкреслити, що частіше хворі як причину нервового зриву відмічали конфліктні стосунки і в сім'ї, і на роботі, і у відносинах з родичами. Окрім того, велике значення хворі приділяли питанням матеріального благополуччя, а емоційно-психологічні питання не вважали суттєвими.

Таким чином, вказані особливості психотравмуючих обставин мають негативний вплив на можливості терапевтичної корекції і повинні бути враховані під час проведення психотерапії. Це дозволить підвищити якість лікування хворих на СВД.

УДК: 616.895.87:616.89-008.444.9-055.2]-036/1:316.628

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ*І. Д. Спіріна, С. Ф. Леонов**Дніпропетровська державна медична академія
(м. Дніпропетровськ)*

Незважаючи на існування великої кількості праць, присвячених загальній характеристиці суїцидальної поведінки психічнохворих, залишається маловивченою мотивація аутоагресії при параноїдній шизофренії з безперервним типом перебігу. Аутоагресивні тенденції супроводжуються боротьбою вітальних і деструктивних мотивів, що базуються на особистісній настанові, причому наслідки цієї боротьби завжди залишаються непрогнозованими.

На основі обстеження 95 осіб, хворих на параноїдну шизофренію з безперервним перебігом, були з'ясовані чинники ризику аутоагресивної поведінки. Вивчалась структура мотивів, що стали її безпосередньою причиною, а також тенденції щодо взаємного переходу вербальних і фізичних форм аутоагресії. Так, вивчаючи патопсихологічні особливості фізичної аутоагресії (АФ), визначили високий рівень інтроверсії хворих, які під час обстеження відрізнялися замкнутістю, заглибленістю у світ власних переживань, труднощами комунікації. При порівнянні між собою груп АВ (вербальної аутоагресії) і АФ були виявлені достовірні розходження за деякими розглянутими факторами. Це дозволило припускати імовірність реалізації фізичної аутоагресії при наявності її вербальних проявів. Таким предиктором можна вважати явища моторного психічного автоматизму, рівень якого вірогідно вищий в групі АФ. Ці хворі заявляли, що чинили аутоагресивні дії, спрямовані на себе, під тиском сторонньої сили, протидіяти якій вони були не в змозі. У хворих з фізичними формами аутоагресії відзначалися низькі значення за шкалами «непряма агресія» і «загальний індекс агресивності». При цьому після здійсненого самоушкодження у висловлюваннях хворих з'являвся жаль з приводу свого вчинку, а також думки про прийнятність інших форм виходу з критичних ситуацій.

До патопсихологічних предикторів ризику недиференційованої аутоагресії хворих на параноїдну шизофренію з безперервним перебігом, виявлених за допомогою тесту Кеттла, належить також регрес комунікативних здібностей і така характеристика особистості як прямолінійність. Імовірності аутоагресії також сприяла недостатність емоційно-вольової сфери, що виражалася емоційною нестійкістю. Ці хворі відрізнялися низькою толерантністю до психогенних впливів, непевністю у собі, підвищеною дратівливістю. Важливим фактором у формуванні ризику даного виду агресії є й схильність бути в залежності від оточуючих, висока чутливість до висловленої думки інших на свою адресу, підвищений рівень тривоги. Характеристикою особистості, що підвищує ризик виникнення аутоагресивної поведінки, можна вважати і почуття власної провини у разі ускладнення міжособистісних відносин, високий рівень нейротизму, при якому мають місце надчуттєві реакції, напруженість, тривожність, невдоволення собою і навколишнім світом, ригідність, труднощі спілкування.

Таким чином, розроблені критерії ймовірно детермінують ризик аутоагресивної поведінки хворих на параноїдну шизофренію з безперервним перебігом,

водночас враховують клінічну картину хвороби і патопсихологічні особливості особистості, що дозволяє з більшою ефективністю здійснювати прогноз цих форм агресії.

УДК: 616.895.87:616.89-008.444.9-055.2]-036/1:316.

ФЕНОМЕНОЛОГІЯ МОТИВАЦІЙНОЇ СФЕРИ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ПРОЯВАМИ ФІЗИЧНОЇ АУТОАГРЕСІЇ*І. Д. Спіріна, С. Ф. Леонов**Дніпропетровська державна медична академія
(м. Дніпропетровськ)*

Досліджено 45 жінок, хворих на параноїдну шизофренію з різними варіантами перебігу в період загострення ендogenousного процесу. В 18 жінок відзначалася аутоагресивна поведінка у вигляді суїцидальних намірів і демонстративно-шантажних суїцидальних спроб.

Структура формальних розладів мислення виражена в більшості випадків паралогічністю мислення, різноплановістю і аутичністю. Серед продуктивних розладів мислення більшу частину складала сукупність маячних ідей переслідування (69 %), що спостерігалися у вигляді ідей відносин (41 %) і маячних ідей переслідування. Маячні ідеї самознищення склали п'яту частину випадків серед всіх продуктивних розладів мислення. У їхній структурі марення самозвинувачення спостерігалось у половині випадків, а маячні ідеї гріховності — у 37 %. Синдромологічна продуктивна симптоматика в клінічній картині хворих визначалася галюцінаторним і галюцінаторно-параноїдним синдромами (34 %). Більшість жінок мали спрямованість маячних ідей на «вузьке коло» близьких і рідних (71 %).

Аналіз безпосередньої мотивації фізичної аутоагресії жінок, хворих на параноїдну шизофренію, показав такі особливості. Більшість аутоагресивних дій були вчинені під впливом імперативних галюцинацій і явищ психічного автоматизму, у структуру якого входив ідеаторний і моторний варіанти. Розлади сприйняття частіше сполучалися з актуальним маренням, спрямованим на «вузьке коло» рідних і близьких. Мотив «самопокарання» спостерігався як вид протестної реакції особистості при шизофренічному розщепленні «Я» на роль судді та підсудного. Мотивація по типу «протест-помста», «заклик», «відмова-капітуляція», «нестерпність погрози» мала мінімальні прояви.

Аналіз різних варіантів диссимулятивної поведінки виявив 50 % випадків «психологізації» своїх вчинків, парціальний і тотальний типи диссимуляції (по 25 % випадків). Такі жінки прагнули виглядати жертвами різних, психологічно зрозумілих обставин, але тільки б не бути сприйнятими оточенням як психічнохвора людина.

Фактором, що сприяє формуванню мотивації фізичної аутоагресії, виявлена преморбідна недостатність адаптації до систематичних інтелектуальних навантажень (більша кількість, порівняно із групою контролю, випадків низької успішності у випускних класах загальноосвітньої школи та наявність незакінченого вищої освіти).

Таким чином, до факторів підвищеного ризику проявів фізичної аутоагресії у жінок, хворих на параноїдну шизофренію, під час активного перебігу процесу можна віднести розлади сприйняття у вигляді імперативних галюцинацій, пов'язаних з актуальним маренням,

спрямованим на «вузьке коло» рідних та близьких, моторний психічний автоматизм, мотивація поведінки по типу «самопокарання», «заклик», «протест-помста», «відмова-капітуляція» «нестерпність погрози».

УДК 616.853:616.89-008.444.9:616.895.4

ОЦЕНКА РИСКА АУТОАГРЕССИВНЫХ ДЕЙСТВИЙ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ С КОМОРБИДНЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

И. Н. Стрельникова

*Харьковский государственный медицинский университет
(г. Харьков)*

На современном этапе развития общества эпилепсия представляет собой одно из наиболее распространенных нервно-психических заболеваний, занимая в структуре неврологической патологии 3-е, а в психиатрической — 4-е место среди других болезней, а многообразие её проявлений определяет неизменную актуальность данной проблемы для здравоохранения.

Вышеизложенное обуславливает актуальность настоящего исследования, целью которого явилась оценка риска аутоагрессивных действий у больных эпилепсией с депрессивными расстройствами.

Для решения поставленной цели нами было проведено комплексное клиничко-анамнестическое, клиничко-психопатологическое и психодиагностическое исследование 79 больных эпилепсией, обоего пола, без грубых личностных изменений и выраженного интеллектуального дефекта, у которых имелись коморбидные расстройства.

Как показали результаты исследования, у обследованных больных в структуре коморбидной патологии доминировали депрессивные расстройства. Депрессивные расстройства включали в себя: тоскливые депрессии (46,7 % обследованных) и проявлялись преобладанием тоскливого аффекта со стойким снижением настроения, раздражительностью; больные отмечали душевный дискомфорт, тяжесть в груди, возникающие на фоне физического недомогания (головная боль, кардиалгии) и сопровождающиеся моторным беспокойством. Адинамические депрессии (29,4 %) протекали на фоне сниженной активности и гипобулии, больные большую часть времени находились в постели, с трудом выполняли несложные функции по самообслуживанию. Ипохондрические депрессии (14,2 %), сопровождались ипохондрически окрашенными фобиями, сенестопатиями с интракраниальной локализацией. Тревожные депрессии (8,9 %), проявлялись в виде немотивированного беспокойства, страхов, тревоги, опасений. Депрессии с деперсонализационными нарушениями (0,8 %) проявлялись доминированием в клинической картине ощущений измененности восприятия собственного тела, окружающего, времени. Указанные переживания, в отличие от истинных пароксизмов деперсонализации, характеризовались сохранностью сознания с полной ориентировкой и носили фрагментарный характер.

Результаты психодиагностического исследования показали у обследованных больных превышение нормативных показателей уровня суицидального риска, что особенно характерно для женщин (28,5 балла мужчины и 32,5 балла женщины). По методике само-сознания смерти у больных эпилепсией с депрессив-

ными расстройствами отмечались низкие результаты (мужчины — 20,1 балла, женщины — 20,6 балла), что может быть проявлением склонности к совершению аутодеструктивных действий, самоубийства.

Полученные данные позволяют определить основные направления коррекционной и профилактической работы с больными эпилепсией.

УДК 616.895.8-008.19:615.213

АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

*С. И. Табачников, А. Ю. Васильева,
С. Г. Бугайцов, Ю. Ю. Мартынова*

*Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии
и наркологии МЗ Украины
(г. Киев)*

Онкологическая патология относится к группе заболеваний, при которых процесс осознанного умирания нередко сопровождается выраженными депрессивными реакциями с аутоагрессивными тенденциями. Диагноз данного заболевания приводит к сильнейшему стрессу и воспринимается пациентами как «послание смерти». По данным ВОЗ суициды среди больных со злокачественными новообразованиями составляют 15—18 % от общего числа случаев аутоагрессии среди населения. Так, частота самоубийств у мужчин с онкологической патологией в 1,9 раза выше, чем без таковой, а среди больных раком женщин — в 1,6 раза выше, чем у здоровых.

Достаточно противоречивы сведения о распространенности суицидальных мыслей у больных со злокачественными новообразованиями. Так, по данным Н. В. Герасименко, из 53 пациентов, направленных для оперативного вмешательства по поводу рака желудка, ни у одного не было выявлено суицидальных мыслей, в то время как А. В. Гнездилов указывает на наличие суицидальных мыслей у 80 % обследованных им онкологических больных. Такие различия в результатах могут быть обусловлены как разными группами обследованных больных, так и наличием установки на активное выявление суицидальных мыслей и тенденций у пациентов онкологического профиля. В целом считается, что только незначительной части больных с распространенными формами рака самоубийство представляется рациональным и неизбежным.

Многие исследователи указывают на связь выраженности аутоагрессивных тенденций с определенными личностными чертами. Так, А. В. Гнездилов выявил повышенный риск возникновения аутоагрессии у лиц с шизоидными, эпилептоидными и истерическими чертами в преморбиде. По наблюдениям автора, онкологические больные с шизоидными и эпилептоидными чертами способны совершить истинные суицидальные попытки, а у лиц с истерическими чертами суицидальное поведение является демонстративным. В то же время он связывает развитие суицидального поведения со стадией агрессии, возникающей практически у всех больных в ответ на онкологическое заболевание.

J. Holland и соавторы среди факторов, увеличивающих риск самоубийств у онкологических больных, выделяют следующие: наличие депрессии, ощущение изоляции и заброшенности семьей и близкими,

поздние стадии заболевания с выраженным болевым синдромом.

Основой суицидального поведения является тревожно-депрессивная симптоматика, которая развивается у пациентов со злокачественными новообразованиями с частотой от 7—24 % до 58—71 % случаев. Особую роль в возникновении аутоагрессивного поведения играют вид противоопухолевого лечения и успешность социально-психологической адаптации больного после его проведения. Объемные оперативные вмешательства, приводящие к существенным косметическим дефектам, провоцируют выраженные эмоциональные реакции, а отсутствие психологической поддержки онкобольного со стороны семьи способствует его изоляции, углублению депрессивных переживаний и появлению суицидальных мыслей и тенденций. Большое значение в формировании аутоагрессии имеет болевой синдром: практически все пациенты в терминальной стадии нуждаются в обезболивающей терапии. Неконтролируемая боль расценивается больными как показатель отсутствия успеха противоопухолевого лечения и провоцирует некоторых из них рассматривать самоубийство как наиболее оптимальный выход из сложившегося положения и избавление от страданий].

S. Valente и соавторы, S. Richards отводят большую роль в выявлении суицидальных тенденций у пациентов как лечащим врачам, так и медицинским сестрам онкологических отделений. По их наблюдениям, до 60 % медсестер правильно идентифицировали суицидальную настроенность больных.

В связи с вышеизложенным в обязанности врача-онколога должно входить не только непосредственное лечение пациентов основного онкологического заболевания, но и профилактика суицидального поведения у них с привлечением в лечебный процесс психиатров, психотерапевтов и медицинских психологов.

Большое значение в профилактике аутоагрессивного поведения больных с распространенными формами злокачественных новообразований имеет коррекция их эмоционального состояния. Так, психотерапия направлена на стабилизацию психического состояния, независимо от стадии онкологического процесса, которая достигается путем формирования здоровой самооценки, адекватных эмоциональных методов защиты, приобретения коммуникативных навыков и опыта, оптимистического видения будущего.

Индивидуальная психотерапия, применяемая в структуре реабилитационных мероприятий, включает следующие виды: рациональная — новая оценка психотравмирующей ситуации, формирование представлений и адекватных видов реагирования; гипносуггестивная — создание эмоциональной стабильности проявлений (снятие тревоги, депрессии, страха смерти, суицидальных мыслей, алгических проявлений, расстройств сна, аппетита и др.), оптимизация восприятия окружающей среды; когнитивная — обучение больных способам и технике рационального мышления.

Групповая бихевиоральная психотерапия проводится с целью формирования адекватного активного поведения для преодоления болезни, а также активных патологических факторов стрессового состояния: тревоги, депрессии, суицидального поведения, различных невротических расстройств, обусловленных

психозомоциональным перенапряжением, расстройств сна, социальной дезадаптации]. Позитивными в лечебном процессе являются встречи с больными, которые уже перенесли подобные операции, преодолели свой страх и находятся в состоянии компенсации.

Параллельно с индивидуальной и групповой проводится семейная психотерапия (работа с родственниками), которая направлена на обеспечение взаимопонимания, психологическую поддержку больного, оптимизацию его положения.

Несмотря на достаточно большое количество опубликованных работ зарубежных исследователей, посвященных проблемам аутоагрессивного поведения больных с распространенными формами злокачественных новообразований, многие вопросы требуют более детального изучения. Наш опыт показывает, что своевременное применение комплекса диагностических, коррекционных и психотерапевтических мероприятий позволяет добиться существенных результатов в предупреждении суицидов среди данного контингента пациентов.

УДК 616.89-008.444.9:616.13-004.6:616.899

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ НЕСУИЦИДАЛЬНОГО АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНОГО С АТЕРОСКЛЕРОТИЧЕСКОЙ ДЕМЕНЦИЕЙ

А. И. Тарасенко, В. С., Кухарев

*Кировоградская областная психиатрическая больница
(г. Кировоград)*

Несуицидальные самоповреждения являются одним из видов аутоагрессии и трактуются как действия, направленные на причинение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью. По данным современных авторов самоповреждения являются самыми разнообразными. Наша публикация посвящена редкому случаю, который в литературе вообще еще не был описан.

Больной Г., 67 лет, находился на стационарном лечении впервые в жизни с 17.05.2007 г. по 17.11.2007 г. по поводу атеросклеротической деменции с депрессией. Ранее у больного имели место суицидальные попытки (вскрывал вены). В отделении на фоне дементного синдрома отмечалась депрессивная симптоматика: больной сообщал, что у него все болит и что он не хочет жить. Вечером 27.10.2007 г., находясь в палате и лежа на койке, в течение крайне малого промежутка времени больной голыми руками внезапно вырвал себе оба глаза. С диагнозом: анофтальм обоих глаз, в urgentном порядке был доставлен в офтальмологическое отделение, где ему произведена хирургическая обработка ран орбитальных полостей.

По свидетельству оперирующих офтальмологов, на аутоэнуклеацию одного глаза необходимо не более 1,5 минут. В отделении больной продолжал принимать активное лечение антидепрессантами, ноотропами, принимал симптоматическое лечение. В последующем больной предпринял попытку энуклеации, которая была предотвращена.

Данный редкий случай указывает на необходимость длительного и непрерывного наблюдения за больными с вышеуказанной патологией.

УДК 616.895.8-07:616.89-008.441.44

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПОЛІМОРФНИЙ ПСИХОТИЧНИЙ РОЗЛАД З СИМПТОМАМИ ШИЗОФРЕНІЇ

А. В. Харченко, Р. В. Лакинський

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України» (м. Харків)

Дослідження було проведено у 35 хворих на гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії (F 23). Мета дослідження — вивчення клініко-психопатологічних предикторів формування суїцидальної поведінки у хворих на гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії (F 23) для підвищення якості профілактики самогубств у таких пацієнтів. Для досягнення мети дослідження були використані такі новітні шкали як «Спосіб визначення суїцидального ризику», «Спосіб оцінки самосвідомості смерті», «Тест самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів (пресуїцидального синдрому)», а також шкала вираженості депресії Гамільтона.

Для хворих на гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії середній показник суїцидального ризику по групі склав 24,3 бала, що свідчило про підвищений рівень суїцидального ризику у цілому по групі, у 31,4 % з них середній бал був 32,7, що свідчило про високий ризик аутодеструктивних дій, 68,6 % хворих мали низькі показники (середній бал 15,9), що характерно для низького ризику аутодеструктивних дій;

Під час обстеження за шкалою «Спосіб оцінки самосвідомості смерті» у хворих на гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії середній бал показника самосвідомості смерті складав 24,25; однак у 65,7 % випадків був характерним низький рівень самосвідомості смерті (середній бал 20,7), що свідчило про високий ризик аутодеструктивних дій.

Було виявлено, що у хворих на гострий поліморфний психотичний розлад за показниками шкали Гамільтона наявність суїцидальних намірів була виявлена у 40,0 % обстежених хворих.

Таким чином, у хворих на гострий поліморфний психотичний розлад з симптомами шизофренії суїцидальні наміри пов'язані з афективними порушеннями, звуженням та розладом когнітивних функцій, аутоагресією. Рівень аутоагресивних предикторів відповідає помірному рівню, який збігається з клінічними проявами депресії в структурі даного захворювання.

УДК 616.89-008.441.44

О ПРОФИЛАКТИКЕ СУИЦИДОПАСНЫХ СОСТОЯНИЙ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

А. И. Химчан, М. Л. Сулов

Городской психоневрологический диспансер № 3 г. Харькова

Большинство современных отечественных и зарубежных исследователей не склонны излишне оптимистически рассматривать возможности современной психиатрии и психотерапии в предупреждении суицидоопасных состояний. Оценка места и роли, силы влияния на конечное количество суицидов медицинских и психологических институций скорее сдержанная, если не скептическая. Социальным и культуральным, т. е. средовым, а также популяционно-генетическим

факторам, ответственным, в конечном итоге, за число суицидов, принадлежит, без сомнения, основное место. Однако все без исключения сходятся в том, что основные усилия должны быть направлены на профилактику, причем не вторичную, а первичную, т. е. на широкое поле состояний и нозологий, имеющих пресуицидальные диспозиции. Профилактика должна начинаться, по общему мнению, не с момента суицидальной активности, а тогда, когда о суициде еще нет и речи.

Современные психоаналитические исследования создали теоретическую базу, позволяющую рассмотреть пресуицидальную диспозицию не только в случаях манифестирования депрессивной симптоматики, но и в ситуациях кажущегося благополучия, имитирующих психическое здоровье. Теория нарциссической организации личности и суицида как агрессивной реакции, направленной на самого себя, в условиях острой или хронической нарциссической травмы, приводящей к кризису, является в настоящий момент рабочей теорией большинства европейских школ. Нарушенная нарциссическая регуляция, т. е. регуляция самооценки, сферы между Идеальным-Я и Реальным-Я, а также зависимость от объекта, делает индивида крайне ранимым по отношению к внешним и внутренним фрустрациям и заставляет реагировать нарциссической яростью, направляемой на себя самого. Это ведет к суициду, как способу окончательной победы над несправедливостью мира и невыносимостью душевной боли.

В условиях амбулаторной психиатрической и психотерапевтической помощи работа с уже совершавшими суицидальные действия пациентами зачастую проблематична, сам факт обращения за помощью для них уже ранит и унижает, они избегают психиатров. В то же время работа с пресуицидальными диспозициями внешне благополучных пациентов, имеющих депрессивную невротическую симптоматику, проблемы в учебе и в отношениях с другими людьми, особенно семейные проблемы, демонстрирует возможность эффективного вмешательства.

В Харьковском городском психоневрологическом диспансере № 83 создан Центр профилактики кризисных состояний, который включает дневной стационар и психотерапевтическое отделение. Главной особенностью этого подразделения является сочетание возможностей биологического лечения (медикаментозного, физиотерапевтического и рефлексотерапевтического) под наблюдением психиатра и психотерапевтического ведения с участием психотерапевта и медицинского психолога. Взаимодействие такого рода позволило создать т. н. терапевтическую среду организации, которая, по мнению многих ученых, является едва ли не важнейшим лечебным фактором, позволяющим временно компенсировать утраченный или фрустрирующий объект в жизни пациента.

Основной метод в психотерапевтической работе с пациентами — психодинамически ориентированная психотерапия в индивидуальной и групповой форме, позволяющая привлечь к обсуждению и прояснению имеющие патогенетическое значение проблемы пациентов и их конфликты. Выдающимся является тот факт, что зачастую только после длительной работы и снятия защит стыда и вины пациенты рассказывают о своих суицидальных фантазиях и приготовлениях, что единственно ведет к возможности осознания и проработки возможных опасностей скрытых депрессивных переживаний. Опыт работы убеждает нас

в том, что отсутствие манифестирования депрессивной симптоматики и явных суицидальных намерений не должно закрывать видение и предвидение суицидальной опасности и удерживать от диагностирования депрессивных расстройств, соответственно, и оказания соответствующей помощи. Наличие в психодиагностической картине нарциссических черт, неустойчивости самооценки, историй фрустраций, детских травм, суицидов в семейной истории — все требует тщательного внимания и исследования.

Особое внимание, по нашему мнению, заслуживает пропаганда психологических знаний и идей. Наше общество еще недостаточно цивилизованно в отношении психологической культуры и обращения за психологической, психотерапевтической и психиатрической помощью. И хотя в последнее время средства массовой информации больше внимания уделяют вопросам такой помощи, необходимо активное участие специалистов для создания и продвижения социально привлекательного образа психиатрической службы в массовом сознании.

Таким образом, трезво осознавая относительность возможностей психоневрологической амбулаторной службы во влиянии на конечное число завершённых суицидов, наш опыт указывает на возможность и необходимость деятельности, направленной на сохранение психического здоровья и предупреждение его нарушений.

УДК 616.89-591.2

ПСИХОТРОПНЫЙ ЭФФЕКТ ДЕЛЬФИНОТЕРАПИИ

*А. П. Чуприков, С. В. Келюшок, Н. Ю. Василевская,
Н. М. Марканов, М. А. Чуприкова*

*Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика (г. Киев),
Одесский дельфинарий «Нерум» (г. Одесса)*

Среди психопатологических феноменов в детско-подростковом возрасте заметное место занимают элементы аутоагрессивного поведения — причинения себе боли в виде укусов, ударов головой о стену, в подростковом возрасте — самопорезов и парасуицидального поведения, а также самоповреждения (выдергивания волос, выщипывание бровей, обгрызания до крови ногтей и др.).

Далеко не всегда фармакотерапия этих состояний приводит к позитивному эффекту. Одним из методов комплексной терапии является психотерапия, которая может носить т. н. отвлекающий характер. Ею является целенаправленное общение с животными: грызунами, кошками, собаками, лошадьми (иппотерапия). Отдельные публикации в популярной и редко — в научной печати сообщают о положительном влиянии такого рода «отвлечений» на психосоматическое состояние детей и подростков.

Дельфинотерапия среди методов терапевтического общения людей с животными выделяется не только своей экзотичностью, но и научно доказанным влиянием на соматическое и психосоматическое состояние человека (Лукина Л. Н., 1995, 2007 и др.).

В данном сообщении мы хотим обратить внимание на наличие в дельфинотерапии психотропного компонента, который может быть целенаправленно использован для лечения различных психопатологических феноменов, прежде всего у детей и подростков, а также при лечении пограничных состояний у взрос-

лых. Первым обратил на это внимание Н. Doobs (1996), который выводил больных депрессиями на корабле и в открытом море устраивал купание больных, их общение с дикими дельфинами, сопровождавшими корабль. Дельфины безошибочно выделяли людей, страдающих депрессиями, старались вовлечь их в игру, привлекали внимание акустическими сигналами. Автор отмечал улучшение психического состояния больных.

По данным А. Я. Креймера, D. Cole, В. И. Лысенко и других авторов, среди лечебных факторов дельфинотерапии, таких как психология общения, гидрокinezитерапия, талассотерапия, особое место занимает сонофорез (или резонансная биостимуляция, или гидролокация).

В ходе сонофореза пациенты подвергаются как исследованию их состояния (естественно, что это для дельфина не единственный, но важный источник информации), так и биорезонансному воздействию. Считается, что сонофорез воздействует на человека через эффект кавитации, который в свою очередь вызывает химические и биохимические сдвиги в головном мозге и теле человека. Попытки создать технические системы по типу «биообратной связи», обладающие такой же терапевтической эффективностью, что наблюдается у дельфинов, пока не увенчались успехом.

По нашим наблюдениям общение с дельфинами дети и подростки с отклонениями в поведении (с диагнозами детский аутизм, навязчивые страхи и другие неврозы, ночной энурез, заикание) упорядочивают своё поведение, становятся более жизнерадостными, веселыми и коммуникабельными, лучше воспринимают воспитательные и социопедагогические меры воздействия, делают рывок в своём развитии, избавляются от навязчивостей и аутоагрессии. Такого рода последствия общения с дельфинами (от 6 до 10 сеансов) отслеживаются в течение 4—6 месяцев, что само по себе в развитии ребенка является достижением. То есть дельфинотерапия демонстрирует примеры длительных психотропных эффектов, которые могут целенаправленно использоваться в лечебной практике, включаться в комплексную терапию расстройств поведения и психики.

УДК: 616.89-008.441.13

АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ, ВЫЗВАННОЕ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

А. П. Чуприков, А. А. Педак

*Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика (г. Киев),
Областная психиатрическая больница № 2
(г. Николаев)*

Алкогольное опьянение, алкоголизм и аддиктивное поведение не только тесно связаны с антисоциальным и делинквентным типами поведенческих реакций, но и являются частой причиной аутоагрессивных и суицидальных действий. У наркозависимых также наблюдаются истинные суицидальные тенденции, когда они наносят себе тяжелые повреждения (порезы), однако эти действия носят больше демонстративный характер, с целью снятия психоэмоционального напряжения на высоте аффекта.

Завершённые суицидальные действия у лиц, страдающих алкоголизмом, достоверно чаще сочетаются с такими факторами как социально-профессиональная деградация, неоднократные высказывания о намерении

самоубийства или же повторные попытки. Попытки самоубийств при алкоголизме имеют свои отличия, в зависимости от состояния, в котором они предпринимаются, а именно: на фоне опьянения, абстиненции, алкогольной деградации личности, в структуре острого и хронического психотического состояний.

Для простого алкогольного опьянения характерно усложнение и усиление психогенных аффективных реакций, болезненная актуализация и гиперболизация реальных психотравмирующих факторов, усиление эмоциональной неустойчивости, импульсивности. Аутоагрессивные действия обычно совершаются без заблаговременной подготовки, а мотивами чаще служат семейные конфликты. Из способов самоубийств преобладают самопорезы и повешения. Наибольший удельный вес самоубийств составляют лица с эпилептоидным, эксплозивным и депрессивным характером опьянения. У пациентов с чертами истеричности, а также с неизменной картиной опьянения частота суицидов незначительна.

В состоянии абстиненции суицидальные поступки в большинстве случаев связаны с депрессивной симптоматикой и раздражительным типом аффекта.

При хроническом течении алкоголизма повышенная суицидальная опасность связана с особенностями личности, формирующимися в процессе алкогольной зависимости: аффективная неустойчивость, сенситивность, склонность к импульсивным действиям, психопатические и астенические проявления алкогольной деградации, социальная неустроенность больных, а также с непосредственным действием алкоголя, характерными проявлениями хронического алкоголизма и алкогольных психозов, характером опьянения.

Аутоагрессивные действия при острых алкогольных психозах обычно провоцируются содержанием психотических переживаний — императивным характером слуховых галлюцинаций, зрительными обманами, бредовыми переживаниями и связанными с ними витальными аффектами тревоги и страха, доходящими в отдельных случаях до степени раптусы.

При хронических алкогольных психозах суицидальные действия наблюдаются гораздо реже, однако вследствие сложности и многообразия клинических проявлений этих состояний часто завершаются необычными и жестокими способами: саможжением, огнестрельными и ножевыми ранениями, поражением электрическим током, падением с высоты и под колеса автотранспорта, отравлениями. Аутоагрессивные акты, как правило, совершаются в ночное время, на высоте психотического состояния. Алкогольный параноид часто сопровождается общественно опасными деяниями с последующей аутоагрессией в виде суицидальных действий.

Алкогольная деградация личности с психопатизацией и массивной истерической симптоматикой, снижением интеллектуальной продуктивности, выраженной истощаемостью, своеобразной эмоциональной организацией является основной причиной развития демонстративно-шантажных аутоагрессивных тенденций, с целью вызвать жалость и сочувствие окружающих, или служат в целях «материального» вымогательства.

По мере нарастания признаков алкогольной деградации ведущими мотивами суицидальных попыток являются гипертрофированные личностные обиды. Аутоагрессивные действия совершаются как в состоянии алкогольного опьянения, так и вне его, путем вскрытия вен, отравления, повешения, падения с вы-

соты. По мере нарастания тяжести проявлений черт деградации личности, связанных с формированием психоорганического дефекта, тем реже фиксируются истинные суицидальные тенденции.

УДК 616.89-008.441.13-055.1:616.89-008.444.9

ПОКАЗАТЕЛИ И ФОРМЫ АГРЕССИИ У МУЖЧИН, СТРАДАЮЩИХ ГАШИШНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

М. А. Шах

*Харьковская медицинская академия
последипломного образования (г. Харьков)*

В последние годы в психологии все больше внимания уделяется изучению психических состояний, свойственных не только наркозависимым — стрессу, тревоге, беспокойству, ригидности и фрустрации, которые в определенной степени отражаются на всей психической сфере индивида. Одна из самых частых реакций на фрустрацию — агрессия — включает в себя не только прямое нападение, но и угрозу, желание напасть, враждебность. Состояние агрессии может быть внешне ярко выражено, но может носить и скрытый характер в форме недоброжелательности и озлобленности. Типичное состояние при агрессии характеризуется острым, часто аффективным переживанием гнева, импульсивной беспорядочной активностью, злостью, в ряде случаев — желанием на ком-то сорвать зло. Особый вид агрессии — аутоагрессия, направленная против самого себя и выражающаяся в самообличении, самобичевании, иногда самоповреждениях. Таким образом, агрессия является одним из ярко выраженных стенических или активных проявлений фрустрации.

Целью нашей работы было исследование показателей и форм агрессии у мужчин, страдающих гашишной зависимостью. В соответствии с поставленной целью мы использовали методику А. Басса и А. Дарки в адаптации А. К. Осницкого. Для удобства сопоставления полученные данные были переведены в нормированные показатели, характеризующие групповые результаты.

Группу обследованных составили 100 мужчин в возрасте от 17 до 37 лет, страдающих гашишной зависимостью, среди которых были выявлены две подгруппы: первую составили 55 человек с I стадией, где сроки потребления гашиша составляли от 1 года до 5 лет, и вторую подгруппу составили 45 человек со II стадией гашишной зависимости, со сроком потребления 6 и более 10 лет, обратившихся за помощью в наркологический кабинет. В качестве контрольной группы были обследованы 30 здоровых мужчин, обратившихся в наркологический кабинет по поводу получения справки о состоянии здоровья для получения водительского удостоверения.

В результате проведенного нами исследования были получены следующие данные. В первой подгруппе основной группы довольно высокими были нормированные показатели вербальной (77,9), физической (76,2), косвенной (75,9) форм агрессии и раздражительности (69,7); индекс агрессивности составлял 76,2, индекс враждебности 55,7 баллов. Во второй подгруппе основной группы преобладали показатели по шкале подозрительность (112,4), обида (98,2), чувство вины (97,7) и негативизм (95,5); индекс агрессивности составлял 88,4, а индекс враж-

дебности — 105,3. В контрольной группе доминировали показатели по вербальной (71,4) и физической (66,7) формам агрессии, которые были значительно ниже, чем в основной группе. Остальные показатели были практически равнозначными. Индекс агрессии составил 67,2, индекс враждебности — 57,9 баллов. Сопоставление полученных данных свидетельствует о том, что у мужчин с гашишной зависимостью ярко выражены свойства личности, характеризующиеся наличием деструктивных тенденций в области субъектно-субъектных отношений.

Таким образом, во многих случаях мощными детерминантами агрессии могут являться некоторые устойчивые характеристики потенциальных агрессоров — те личностные черты, индивидуальные установки и склонности, которые остаются неизменными вне зависимости от ситуации. Что касается агрессии мужчин с гашишной зависимостью, то в качестве аффегирующих агрессивное поведение психологических характеристик проявляются такие черты как боязнь общественного неодобрения, раздражительность, тенденция усматривать враждебность в чужих действиях (предвзятость атрибуций враждебности), убежденность индивида в том, что он в любой ситуации не может быть хозяином своей судьбы (локус контроля), склонность испытывать чувство стыда и вины во многих ситуациях.

В практике психологического консультирования знание проявлений различных форм агрессии является значимым для понимания поведения зависимой личности, поскольку выявление индивидуальных способов реагирования во многом обуславливают успешность психологической коррекции гашишной зависимости.

УДК 616.89-008.444.9-07:616.45-001.1/3

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ТА ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ПОСТТРАВМАТИЧНІ СТРЕСОВІ РОЗЛАДИ З АУТОАГРЕСИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

Л. Ф. Шестопалова, Д. М. Болотов, В. А. Кожевнікова
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
АМН України» (м. Харків)

Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) є однією з найбільш несприятливих форм психічних розладів, що виникають внаслідок впливу екстремальних подій. Відмічено, що серед осіб, які пережили життєво небезпечні ситуації, існує велика кількість пацієнтів з різними формами аутоагресивної поведінки (за літературними даними частота суїцидів серед хворих на ПТСР у середньому становить 7—10 %, частота суїцидальних думок — 38—45 %, а в деяких випадках — 57—60 %).

Для визначення клініко-психопатологічних і патопсихологічних особливостей хворих з аутодеструктивною поведінкою було обстежено 22 особи з діагнозом «Посттравматичний стресовий розлад» — 9 чоловіків і 13 жінок у віці від 18 до 46 років, які пережили ті чи інші екстремальні події (фізичне або сексуальне насильство — 23 % і 44 % випадків відповідно, загрозу зброєю — 19 %, транспортну аварію — 14 %) і які мали в анамнезі як мінімум одну незакінчену суїцидальну спробу.

Було виявлено, що серед усіх клінічних варіантів ПТСР у пацієнтів з аутоагресивною поведінкою най-

більш частіше спостерігалися тривожний, астенічний та іпохондричний. *Тривожний варіант* характеризувався високим рівнем немотивованої тривоги, часто з вегето-судинними пароксизмами, а також нав'язливими переживаннями і уявленнями, що відображали події пережитої психотравмуючої ситуації. При цьому аутодеструктивні дії мали місце на піці тривожного стану і виступали як чинник, який «призупиняє» тривожний афект. Домінуючими ознаками *астенічного варіанту* були почуття слабкості та млявості, депресивний фон настрою, який поєднувався з відчуттям безнадійності, втратою життєвої перспективи, а також проявами пасивності і рисами ангедонії. Суїцидальні наміри в рамках такого варіанту були проявом пасивного протесту проти стану безпорадності, неспроможністю спрогнозувати майбутнє. *Іпохондричний варіант* відзначався вираженими соматичними скаргами, які виникали на тлі недиференційованої гіпотимії з чіткими фобічними включеннями, що супроводжувались унікаючою поведінкою. Основним мотивом щодо реалізації аутоагресивної поведінки була спроба «втечі від свого захворювання».

Наявність суїцидальних думок і тенденцій в структурі ПТСР є однією з ознак несприятливого перебігу цього психічного розладу. Як правило, у таких хворих мав місце *прогредієнтний тип перебігу* захворювання. Також у значної кількості цих пацієнтів відмічалась коморбідна патологія у вигляді депресивних розладів і різних форм хімічної залежності (переважно від алкоголю і ліків).

Було також встановлено, що наявність у клінічній картині ПТСР аутоагресивних проявів пов'язана зі змістом і характером психотравмуючої події, а також особистісними особливостями постраждалих внаслідок життєво небезпечних ситуацій. За даними наших досліджень, у жертв екстремальних подій формується специфічний *постстресовий патопсихологічний симптомокомплекс* (наявність та подальше посилення рис підозріливості і відгородженості, своєрідність та ригідність поведінкових і емоційних реакцій, обмеженість діапазону і стереотипність механізмів психологічного захисту та копінг-стратегій, обмеженість мікросоціальних зв'язків, соціальної підтримки і формування унікаючої поведінки), який є проявом особистісної деформації внаслідок травматичного впливу.

Результати проведених досліджень свідчать, що формування у хворих на ПТСР суїцидальної мотивації та її поведінкової реалізації обумовлена характером та динамічними змінами складних співвідношень між характеристиками стресової події, особливостями преморбідних рис, ступенем особистісних деформацій, рівнем розвиненості і якістю соціальних чинників.

УДК 616.853-085+616.89-008.441.44

СОЦІАЛЬНІ ТА ОСОБИСТІСНІ ПРЕДИКТОРИ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ

Я. В. Щеглова

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології
(м. Київ)

Проблема аутоагресивної поведінки хворих на епілепсію в останні роки набула особливої актуальності у зв'язку зі значним зростанням частоти самогубств серед цього контингенту хворих. З метою виявлення

предикторів аутоагресивної поведінки були обстежені 230 хворих з верифікованим діагнозом епілепсії, серед яких у 150 хворих спостерігалася аутоагресивна поведінка (основна група) та 80 хворих без ознак аутоагресії. Використовувалися клініко-психопатологічний, анамнестичний, експериментально-психологічний (методика Баса — Даркі) та статистичний (критерій кутового перетворення Фішера) методи дослідження.

Шляхом статистичного порівняння отриманих фактичних даних у основній та порівняльній групах були виділені такі соціальні та особистісні фактори ризику виникнення аутоагресивної поведінки у хворих на епілепсію:

— неправильне виховання (найчастіше — за типом гіпопротекції, «культу хвороби», домінуючої гіперпротекції та жорстокого відношення) у дитинстві, незалежно від повного чи неповного складу сім'ї: до 66,7 % хворих основної групи застосовувалося неправильне виховання, тоді як у групі порівняння цей відсоток складав 48,7 % ($p < 0,01$). Така ж тенденція зберігалася і при порівнянні статевих підгруп хворих — серед чоловіків основної групи неправильно виховувались 68,3 %, тоді як у групі порівняння — 50,0 % ($p < 0,05$), а у жінок — 65,6 та 48,0 % відповідно ($p < 0,05$);

— низький рівень сімейної адаптації: відсутність власної сім'ї (одруженими були 36,0 % хворих основної групи та 53,7 % хворих групи порівняння — $p < 0,01$); для хворих жіночої статі — проживання на одній житлоплощі з колишнім чоловіком після розлучення (11,1 % проти 2,0 % жінок групи порівняння, $p < 0,05$); конфліктні взаємовідносини з найближчим оточенням (50,7 % хворих основної групи та 26,3 % хворих групи порівняння, $p < 0,001$);

— низький рівень трудової адаптації: відсутність працевлаштування (84,7 % хворих основної групи проти 67,5 % хворих групи порівняння, $p < 0,001$; значно менша кількість працюючих інвалідів в основній групі (3,3 %), ніж у групі порівняння (21,3 %), $p < 0,001$); для хворих чоловічої статі — відсутність роботи та інвалідності (20,0 % хворих основної групи та 6,7 % хворих групи порівняння, $p < 0,05$); важкі матеріальні умови проживання (52,0 % хворих основної групи та 38,7 % хворих групи порівняння, $p < 0,05$);

— зловживання психоактивними речовинами (22,0 % хворих основної групи та 6,3 % хворих групи порівняння, $p < 0,001$);

— збудливий (26,0 % хворих основної групи та 16,3 % — порівняльної, $p < 0,05$), сенситивний (13,3 % хворих основної групи та 6,3 % — порівняльної, $p < 0,05$) та циклоїдний тип особистості (13,3 % хворих основної групи та 5,0 % — порівняльної, $p < 0,05$) у преморбіді;

— високий індекс агресивності (52,0 % хворих основної групи та 26,3 % — порівняльної, $p < 0,001$) та ворожості (5,0 % хворих основної групи та 21,3 % — порівняльної, $p < 0,001$), такі ж співвідношення зберігалися і у статевих підгрупах.

Таким чином, більшість предикторів аутоагресивної поведінки хворих на епілепсію є такими, що можуть змінюватися під цілеспрямованим впливом зовні. Максимальне, в межах можливо, усунення цієї групи чинників шляхом спеціально розроблених лікувально-реабілітаційних заходів має важливу роль у профілактиці аутоагресивної поведінки у хворих на епілепсію.

616.89-008.441.44:061.6:161.261(477)

О НЕОБХОДИМОСТИ СОЗДАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В УКРАИНЕ

Л. Н. Юрьева

Днепропетровская государственная медицинская академия
(г. Днепропетровск)

Согласно данным официальной статистики и шкалы оценки ВОЗ Украина относится к числу стран с высоким уровнем суицидов. Данные эпидемиологического исследования, проведенного в Украине в 2002 году, также подтвердили наличие неблагоприятной суицидологической ситуации в Украине. Было выявлено, что 12,7 % украинцев отметили у себя те или иные проявления суицидального поведения в течение жизни и 3 % — в течение последних 12 месяцев. Причем, распространенность всех проявлений суицидального поведения у женщин почти в 2 раза выше, чем у мужчин. Было выявлено также, что среди тех, кто имел суицидальные намерения только 25,1 % (18,8 % — мужчин и 28,0 % женщин) обращались за медицинской помощью. Большинство суицидентов остаются вне поля зрения психиатров, психологов и психотерапевтов, либо им вовремя не осуществляется суицидологическая диагностика, а следовательно, не оказывается и помощь. Известно, что люди, страдающие недиагностированными психическими болезнями, совершают около 90 % всех суицидов.

В Украине клиническая суицидология до сих пор не включена в государственную номенклатуру видов специализированной медицинской помощи населению. Ею занимаются, в основном, только психиатры и психотерапевты, которые в большинстве своем не имеют специальной подготовки по суицидологии в связи с отсутствием государственных образовательных программ по клинической суицидологии. Лишь в некоторых регионах Украины функционируют организационные структуры суицидологической службы, созданные на основе модели суицидологической службы СССР. Например, суицидологическая служба Днепропетровской области функционирует более 20 лет и включает в себя: круглосуточно работающий Телефон Доверия, расположенный за пределами психиатрической больницы; кабинет социально-психологической помощи, являющийся структурным подразделением ПНД; кризисный стационар, являющийся структурным подразделением КУ «ДОПБ».

Несмотря на то, что существовавшая в СССР организационная структура суицидологической службы не утратила своей актуальности, она требует реформирования в соответствии с современными стандартами оказания помощи населению, законодательными актами, регламентирующими деятельность медицинских работников, Законом Украины «О психиатрической помощи» и социально-экономической ситуацией.

Первостепенной задачей реформирования является организация специализированной суицидологической службы, соответствующей принципам кризисной терапии. Суицидологическая служба должна иметь свою инфраструктуру, профессионально подготовленных штатных сотрудников (врачи, психологи, социальные работники, средний и младший медицинский персонал), законодательно утвержденное штатное расписание, регламент работы и функциональные обязанности сотрудников. Кроме того, должны быть созданы нормативно-правовая документация, регламентирующая порядок оказания суицидологической помощи в виде специализированных клинических протоколов.