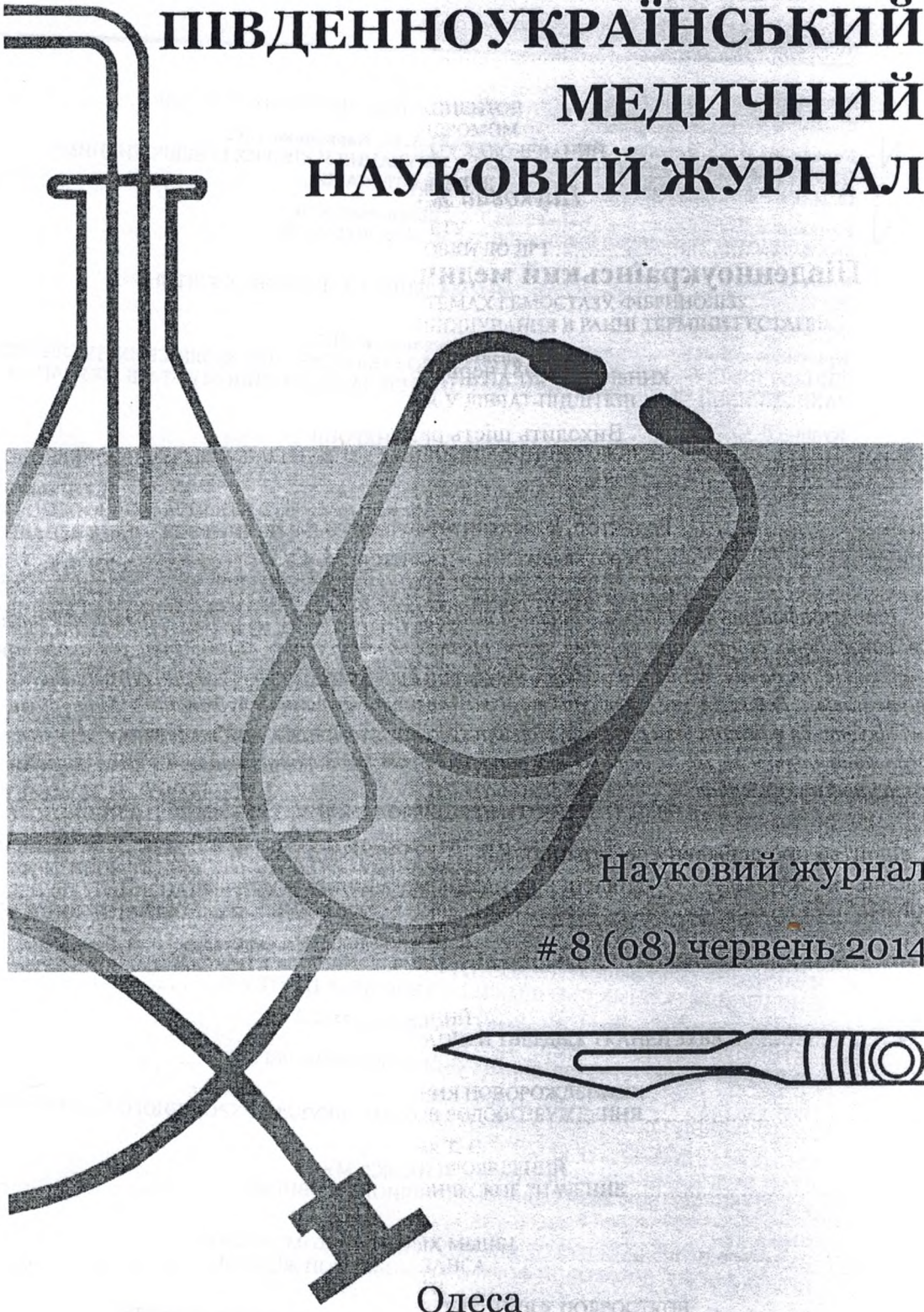


ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ



Науковий журнал

8 (08) червень 2014

Одеса
2014

Кавчук О. М.

ВПЛИВ ПАСИВНОГО КУРІННЯ НА СТОМАТОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я СТУДЕНТІВ.....

Карвацька Н. С., Пашковський В. М., Левицька А. П., Карвацька Т. Г.

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ У ХВОРИХ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ, ПОВ'ЯЗАНИМИ ЗІ СТРЕСАМИ.....

Карвацька Н. С., Курик В. І., Карвацька Т. Г., Вілігорська К. В.

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ЗАТЯЖНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ.....

Ключникова А. І., Лісяний М. І.

РЕГЕНЕРАТИВНИЙ ПОТЕНЦІАЛ МЕЗЕНХІМАЛЬНИХ СТОВБУРОВИХ КЛІТИН (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).....

Кривокульський Б. Д., Жулкевич І. В., Кривокульський Д. Б.

ДИНАМІЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА СИСТЕМОЮ ГЕМОСТАЗУ ПРИ ЗЛОЯКІСНИХ ПУХЛИННИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ ЖІНОЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ НА ОПЕРАЦІЙНОМУ ЕТАПІ ЛІКУВАННЯ.....

Кулініч В. С.

ПАТОГЕНЕТИЧНА І ПРОГНОСТИНА РОЛЬ ДИССИНХРОНІЇ У РОЗВИТКУ ХРОНІЧНОЇ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ.....

Мирович Е. Д., Багликова А. Э., Егорова М. А., Карандей Ж. В.

АНАЛІЗ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ВНУТРИПЕЧЕНОЧНЫМ ХОЛЕСТАЗОМ.....

Кузняк Н. Б., Годованець О. І., Мороз А. В.

СТОМАТОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ У ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ТИПУ.....

Леонтьєва Ф. С., Морозенко Д. В., Рябкова Л. П.

БІОХІМІЧНІ МАРКЕРИ ПОРУШЕНЬ БІЛКОВОГО ТА ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ВЕЛИКИХ СУГЛОБІВ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ.....

Онїпко Д. А., Лазаріди Я. А., Руденко О. В.

ЗАЛЕЖНІСТЬ ЧАСТОТИ ЗАГОСТРЕНЬ ЧПІ ВІД НАЯВНОСТІ ОРТОПЕДИЧНИХ КОНСТРУКЦІЙ У ПОРОЖНИНИ РОТА.....

Орлова В. В., Сімрок В. В., Коробкова О. А., Романенко І. Ю., Лисенко О. А.

ВІКОВІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИЧНОЇ ЦІННОСТІ ВИЗНАЧЕННЯ МЕЛАТОНІНУ В ЖІНОК.....

Ошмянская Н. Ю., Гайдар Ю. А., Бабий А. М.

ОСОБЕННОСТИ ОСТРОВКОВОГО АППАРАТА ПРИ ФИБРОЗНОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ.....

Пинчукова А. А., Руденко О. В., Пинчуков А. В.

ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОФЛОРЫ ПОЛОСТИ РТА, СВЯЗАННЫЕ С НОШЕНИЕМ ПОЛНЫХ СЪЕМНЫХ ПЛАСТИНОЧНЫХ ПРОТЕЗОВ.....

Погорелов В. М., Брек В. В., Денисова С. В., Бірюков М. С.

АНТИГІПЕРТЕНЗИВНА ТЕРАПІЯ ХВОРИХ ХРОНІЧНИМИ ОБСТРУКТИВНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЛЕГЕНЬ.....

Приймак С. Г., Торак М. С., Богусевич О. П.

ЗАСТОСУВАННЯ ЛОНГІДАЗИ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ЕНДОМЕТРИТУ.....

Степан Н. А., Денисенко О. І.

СТАН ТА ДИНАМІКА ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ЕКЗЕМУ У ЖИТЕЛІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ (ПІВНІЧНОЇ БУКОВИНИ).....

Шай А. Н.

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОНКОМАРКЕРОВ ПРОТОВОКОВОЙ И ДОЛЬКОВОЙ ФОРМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.....

Шумейко О. В., Шумейко М. В.

УДОСКОНАЛЕННЯ НАУКОВО-МЕТОДИЧНИХ ТА ДИДАКТИЧНИХ ПІДХОДІВ У МЕДИЧНОМУ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ПЕДАГОГІЧНОМУ ПРОЦЕСІ.....

Юрценюк О. С., Рудницький Р. І., Соколова М. І.

ТРИВОЖНІСТЬ ЯК РИСА ОСОБИСТОСТІ У КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ.....

Карвацька Н. С.,

доцент кафедри нервових хвороб, психіатрії

та медичної психології імені С.М.Савенка

Буковинського державного медичного університету

Пашковський В.М.,

професор, завідувач кафедри нервових хвороб,

психіатрії та медичної психології імені С.М.Савенка

Буковинського державного медичного університету

Левицька А.П.,

головний лікар Чернівецької обласної психіатричної лікарні

Карвацька Т.Г.,

студентка 6 курсу медичного факультету

Буковинського державного медичного університету.

**ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ, КЛІНІКИ ТА ЛІКУВАННЯ У
ХВОРИХ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ,
ПОВ'ЯЗАНИМИ ЗІ СТРЕСАМИ**

Анотація: стаття присвячена дослідженню особливостей діагностики, клініки та лікування невротичних психічних розладів, пов'язаних зі стресами. Чітко показано ефективність комплексного підходу у застосуванні психофармакотерапії і психотерапії.

Аннотация: статья посвящена исследованию особенностей диагностики, клиники и лечения невротических психических расстройств, связанных со стрессами. Четко показано эффективность комплексного подхода в применении психофармакотерапии и психотерапии.

Summary: The article is devoted to the study of the peculiarities of diagnosis, clinical picture and treatment of the neurotic mental disorders related to stress. The effectiveness of integrated approach in the application of pharmacotherapy and psychotherapy is clearly demonstrated.

Актуальність: Останнім часом в структурі захворюваності психічними розладами, за даними літератури, спостерігається зростання захворюваності непсихотичними формами психічних розладів, серед яких переважають невротичні порушення, пов'язані зі стресами. А серед невротичних порушень переважають афективні і, зокрема, депресивні розлади. Проблема афективної патології, особливо депресивних і тривожних станів, має важливе значення для клінічної практики і теоретичної психіатрії. Це обумовлено тим, що кількість депресій в даний час значно збільшується: за даними ВООЗ депресією страждають більше 110 мільйонів людей в світі – 3-6% в загальній популяції [5, 7]. Також наголошується тенденція до коморбідності депресивних проявів іншими групами розладів, особливо непсихотичного рівня, зокрема, тенденція до «тривожності» депресії [1, 2]. Тому актуальним залишається питання діагностики та лікування невротичних розладів, що обумовлено наявністю пацієнтів із хронічними, важкими формами невротичних розладів, а також хворих, для яких повсякденне соціальне оточення є постійним джерелом декомпенсації і настільки важкого емоційного стресу, що це робить майже неможливим лікування в амбулаторних умовах. Тому необхідно формувати нові лікувально-реабілітаційні підходи до лікування цих розладів.

Мета дослідження: вивчити особливості діагностики, клініки та лікування пацієнтів із невротичними, пов'язаними зі стресами, розладами.

Матеріал і методи досліджень: Обстежено 150 пацієнтів з різними формами невротичних, пов'язаних зі стресом, розладів. Хворі були віком від 35 до 54 років (середній вік – 44 ± 1 роки). Застосовували клінічний, клініко-психопатологічний, патопсихологічний. Використовували методики дослідження акцентуації особистості, особистісної та реактивної тривожності,

визначення рівня депресії та механізмів захисту на початку курсу лікування та при виписці. Паралельно вивчалася медична документація, проводилася клінічна бесіда з подальшою клініко-психопатологічною оцінкою кожного випадку. У ході дослідження використані наступні методики: шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера–Ханіна, шкала депресії Гамільтона, методика визначення механізмів захисту Плутчика-Келлермана-Конті. Акцентуацію рис особистості вивчали за допомогою тесту Шмішека [3].

Результати дослідження та їх обговорення. Основними скаргами у обстежуваних хворих були: головні болі — у 82,6%; плаксивість — у 21,7%; порушення сну — у 73,9%; зниження працездатності — у 95,6%; підвищена тривожність — у 60,8%; страх за стан свого здоров'я — у 43,5%; зниження настрою — у 86,9%. Аналіз психопатологічних проявів у хворих виявив емоційну лабільність (нестійкість настрою у 90,6% обстежених, тривогу за стан свого здоров'я у 71,9%, дратівливість у 93,8%) і сомато-вегетативні симптоми (короткочасні цефалгії у 87,5%, запаморочення у 50%, відчуття «грудки» в горлі у 31,3%, лабільний пульс, частіше брадикардія — 59,4%, гіпотонія у 46,9%, біль в епігастрії 21,9%, дизуричні розлади у 25%, статеві розлади у 21,9% пацієнтів). У досліджуваних хворих переважали астенічний — у 60 пацієнтів (40%), депресивний — у 56 пацієнтів (37,5%) синдроми. У 17 осіб діагностований тривожно-астенічний синдром (11%), у 7 — тривожний (5%) і в 2 хворих — астено-депресивний синдром.

Як показали результати досліджень, при поступленні у більшості хворих визначалася акцентуація рис характеру за дистимним, збудливим, емотивним, застрягаючим, циклотимним та екзальтованим типом. У процесі дослідження в обстежених виявлено, що у більшості хворих статистично достовірно переважали дистимний (середній бал $18,0 \pm 1,0$), емотивний (середній бал $17,3 \pm 1,3$), застрягаючий (середній бал $17,0 \pm 1,5$), циклотимний (середній бал $16,8 \pm 1,5$), екзальтований (середній бал $16,7 \pm 1,0$) типи акцентуації особистості. Ізольовано типи акцентуації зустрічалися рідко, частіше спостерігалось їх

поєднання: емотивний + застрягаючий (у 15% хворих), емотимний + циклотимний (у 20% хворих), дистимний + застрягаючий (у 40% хворих).

У процесі дослідження в обстежених при поступленні виявлено помірний рівень особистісної та реактивної тривожності, депресію легкого ступеня. При поступленні у більшості хворих частіше використовувалися такі механізми захисту особистості, як раціоналізація, проекція, компенсація та гіперкомпенсація, рідше – витиснення, заперечення та регресія. Виявлені механізми психологічного захисту, з одного боку, мали адаптивний характер, і захищали свідомість хворого від хворобливих почуттів та спогадів, однак при проведенні психотерапевтичної роботи створювали опір переробці психотравмуючого змісту переживань. Опір відображав наявність суперечливої мотивації щодо лікування: з одного боку свідомого прагнення до одужання, з іншого, несвідома необхідність в збереженні захворювання, так звана «умовна бажаність хвороби». Пацієнт здійснював опір в певні моменти психотерапевтичного процесу, використовуючи типовий для нього стиль захисту за допомогою якого він уникав болісних, неприємних переживань [6].

Особливості психологічного захисту проявлялися в період інтенсивної психотерапевтичної роботи при обговоренні суттєвих проблем хворого, аналізі самооцінки, проясненні нечітко виражених пацієнтом емоцій, конфронтації, співставленні та демонстрації хворому його суперечливих висловлювань і поведінки, з метою досягнення усвідомлення внутрішнього конфлікту при спілкуванні з психотерапевтом.

Психотерапевтичний вплив при наявності психологічного захисту міг здійснюватися на різних рівнях. Конструктивна зміна психотравмуючої життєвої ситуації, симптоматичне зниження тривоги, зміцнення «Я» і підвищення самооцінки сприяли зниженню дезадаптивної захисної діяльності пацієнта, емпатичне спілкування (співчуття та емоційна підтримка) з хворим призводить до зменшення його захисного опору. При цілеспрямованій роботі з певним механізмом психологічного захисту відбувалася зміна порушених стосунків особистості, усвідомлення і вирішення конфлікту. У процесі

психотерапії відбувалася заміна примітивних захисних реакцій, таких, як витиснення, більш вибірковими і свідомими адаптивними способами пригнічення і опанування. Таким чином досягався вербальний контроль, і пацієнт починав використовувати більш досконалі, свідомі механізми психологічного захисту. Відкриття та переробка деяких захисних механізмів (заміщення, ідентифікація) проводилося з метою зміцнення «Я» пацієнта. Відкриття та переробка таких захисних механізмів як раціоналізація, інтелектуалізація, фантазування, реалізація в дії і витиснення проводилося для навчання контролю і керування ними, а таких, як втеча в хворобу і регресія проводилися для їх усунення.

Результати експериментально-психологічних досліджень відображали різний ступінь залучення особистості до хворобливого процесу і різний ступінь функціонування адаптивних особистісних механізмів. Характерними були емоційна нестабільність, низька стійкість до психоемоційних навантажень, помірний рівень особистісної та ситуативної тривоги, що створювали передумови для емоційної дезорганізації діяльності та формування певних психопатологічних феноменів.

У лікуванні хворих із невротичними розладами, пов'язаними зі стресами, використовували психотерапію й психофармакотерапію. Комплексна психофармакотерапія і психотерапія невротичних розладів, психопрофілактична робота була направлена на забезпечення високої ефективності лікування хворих [4, 6]. Система терапії та медико-соціальної реабілітації хворих із невротичними, пов'язаними зі стресами, розладами розроблена з урахуванням сучасних факторів їх формування, була комплексною, диференційованою, спрямованою на відновлення соціального функціонування особистості та мала вищий терапевтичний ефект, ніж застосування традиційних методів лікування та реабілітації.

При виборі лікувально-реабілітаційних заходів враховували виразність психосимтоматики. При переважанні астеничної симптоматики основні зусилля спрямували на нормалізацію сну, відпочинок, загальнозміцнюючу терапію,

психотерапію — на формування упевненості в своїх силах. При переважанні депресивної симптоматики проводилася відповідна медикаментозна терапія із застосуванням антидепресантів і комплексу психотерапевтичних заходів. При переважанні істеричної симптоматики основний наголос здійснювався на психотерапевтичні дії в різній модифікації.

У лікуванні астеничного синдрому паралельно із раціональною психотерапією до основного лікування додавали загальнозміцнюючі засоби та седативні фітопрепарати (фітосед, новопассіт), полівітаміни, вітаміни групи В у таблетованій формі, що сприяло покращанню стану хворих впродовж першого тижня після початку терапії. При тривожному синдромі застосовували транквілізатори бензодіазепінового ряду: феназепам в дозі 0,5 мг вранці та на ніч впродовж 3 тижнів. На 4 - 5 добу після початку лікування у хворих зменшувались прояви тривоги, емоційної напруги, дратівливої слабкості, емоційної лабільності; покращувались сон, загальне самопочуття. При тривожно-астеничному синдромі препаратом вибору став денний транквілізатор рудотель (10 мг двічі на день), що має меншу міорелаксаційну дію, ніж феназепам, і не викликає сонливості, в'ялості у хворих [5].

Після проведеного лікування зменшилася кількість пацієнтів зі скаргами на дратівливість з 93,8% до 15,6%, на тривогу за стан свого здоров'я з 71,9% до 12,5%, на головний біль — з 87,5% до 18,7%. У результаті проведеного комплексного лікування відбулося покращення самопочуття хворих, зменшення тривоги і депресії, зниження рівня напруженості захисних механізмів, пом'якшення акцентуйованих рис характеру, що дозволяє зробити висновок про те, що проведення індивідуально-орієнтованої психотерапії значно інтенсифікує процес лікування і здійснює позитивний вплив за рахунок усунення причин і урахування механізмів розвитку хвороби, що обумовлює зменшення або ліквідацію симптоматики.

Висновок. На перебіг хвороби впливає комплекс чинників, що включає акцентуацію особистості, рівень напруження захисних механізмів, показники особистісної та реактивної тривоги, депресії, негармонійне ставлення хворого

до хвороби. Вони формують механізми синдрому утворення невротичних розладів у пацієнтів. У лікуванні хворих доцільно застосовувати диференційований підхід із обов'язковим використанням методів психотерапії та психофармакотерапії.

Усе вище викладене свідчить про актуальність пошуку нових і модернізації відомих методів терапії невротичних розладів, пов'язаних зі стресом. Необхідно продовжити роботу по розробці ефективніших моделей комплексної фармако- і психотерапії невротичних розладів, пов'язаних зі стресом, психопрофілактичної роботи, направлених на забезпечення високої ефективності лікування та медико-соціальної реабілітації психічно хворих, підвищення якості їх життя і рівня реінтеграції та адаптації в суспільстві.

Література:

1. Марута Н.О. Депресивні розлади у мешканців сільської місцевості: клініко-психопатологічна характеристика, діагностика та терапія / Н.О. Марута, Ж. І. Білостоцька // Архів психіатрії. — 2008. — Т. 14, № 3. — С. 14–19.
2. Александровский Ю. А. Системный анализ механизмов психической дезадаптации, сопровождающей пограничные психические расстройства / Ю. А. Александровский // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2010. — № 5. — С. 27–35.
3. Леонгард К. Акцентуированные личности. – К.: Вища школа, 1982. – 392с.
4. Петрюк А. П., Петрюк П. Т. Клинические аспекты применения миртастадина в лечении депрессивных расстройств / А. П. Петрюк, П. Т. Петрюк // Укр. вісник психоневрології. — 2010. — Т. 18, вип. 2. — С. 68–73.
5. Стан психічного здоров'я населення та психіатричної допомоги в Україні: Інформаційно-аналітичний огляд за 2001—2010 рр. // [М. К. Хобзей, О. М. Коллякова, О. М. Зінченко та ін.] — 2011. — 175 с.
6. Психотерапия / Под ред. Б.Д.Карвасарского. – СПб: “Питер”, 2000. – 544с.
7. Henningsen P. Depression, pain, and somatoform disorders / P. Henningsen, B. Lowe // Curr. Opin. Psychiatry. — 2006. — № 19 (1). — P. 19–24.