

здатності, концентрації уваги. Хвороба супроводжується зменшенням маси тіла, вегетативними розладами з переважанням функціональної активності симпатичного відділу автономної нервової системи (тахікардія, тремор, іноді — епілептиформні прояви та ін.), посиленням сухожилкових рефлексів. При тиреотоксикозі тяжкого ступеня описані вище розлади посилюються й доповнюються маніакальними, галюцинаторно-маячними, деліріозними, аментивними станами. На противагу згадуваній симптоматиці у хворих на мікседему спостерігаються сонливість, афективна загальмованість, сповільнення темпу мислення, іноді — маніакальноподібні психічні стани, параноїдна симптоматика, галюцинації, брадикардія. Помітно знижуються фізична й психічна працездатність, рефлексу тощо.

Для гіперпаратиреозу характерні депресія, параноїдні симптоми, сплутаність свідомості. У хворих на гіпопаратиреоз бувають порушення пам'яті, тривога, депресія, сплутаність свідомості.

Іншим загальним положенням є залежність особливостей психопатологічних проявів від стадії й тяжкості перебігу ендокринної хвороби. Наприклад, на тлі гіпотиреозу виникають стани потьмарення свідомості, епілептиформні напади, кататонічні розлади. Для пацієнтів із природженим значним недорозвиненням ЩЗ (кретинізм) характерна затримка інтелектуального розвитку, що досягає ступеня ідіотії.

Закономірним є те, що в клінічній картині психічних розладів домінують прояви гіпо- або гіперстенічної астенизації, на тлі якої формуються гострі або хронічні психотичні чи непсихотичні відхилення. У разі погіршення функціонування ендокринних залоз прояви астенії наростають. При цьому можуть формуватися астеноабулічні та апатоабулічні стани. Нерідко порушується психоорганічне коло, аж до неспецифічної органічної деменції.

Психосоматичні розлади при автоімунному тиреоїдиті (АІТ) у поєднанні з гіпотиреозом вказують на наявність психологічної складової: виявлено певний взаємозв'язок між емоційним станом хворих і роботою імунної системи. Так, тривожні розлади, депресивні стани, стреси провокують ланцюг внутрішньоклітинних процесів, зокрема продукцію гормонів, як результат, розвивається хвороба, що вражає найбільш ослаблений орган — у даному випадку таким органом стає ЩЗ. АІТ і депресія різного ступеня вираженості часто взаємопов'язані. При цьому у пацієнта відзначається зниження рухової активності, байдужість до навколишнього світу, погіршення настрою.

З урахуванням патогенезу виникнення психосоматичних розладів оптимальним лікуванням є проведення психотерапії (психоаналітично орієнтованої, когнітивно-поведінкової, сімейної тощо) у комбінації з медикаментозним лікуванням (седативні засоби, транквілізатори, антидепресанти зі стимулюючою або збалансованою дією).

УДК 616.89-008:616.4.1

Карвацька Н.С., Русіна С.М., Савка С.Д.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Особливості психічних порушень у осіб похилого віку із захворюваннями щитоподібної залози

У пацієнтів похилого віку діагностика захворювань щитоподібної залози (ЩЗ) часто проводиться із запізненням, оскільки симптоми ледь помітні або відсутні та легко маскуються через інші супутні захворювання. Симптоми іноді відповідають віковій нормі, а тому необхідно мати настороженість щодо дисфункції ЩЗ у пацієнтів похилого віку.

Гіпотиреоз виникає у 10 % жінок і 2 % чоловіків серед осіб старше 60 років. У цих хворих спостерігається сповільнення мислення, труднощі у формулюванні відповіді, тому для з'ясування необхідної інформації та врахування звернень і прохань пацієнтів іноді необхідно витратити багато часу та терпіння. При цьому хворі відрізняються підвищеною афективністю, у них легко виникають емоційні реакції образи та протесту. Вони вимагають до себе підвищеної уваги, зокрема, у зв'язку зі створенням оптимальних умов комфорту, пов'язаних з основним захворюванням. Тому необхідно брати до уваги їх психічні особливості, а також давати відповідні рекомендації персоналу, який їх доглядає.

Спостерігається зниження психічної активності різного ступеня — від підвищеної виснаженості та пасивності в рамках астеничного стану до повної спонтанності зі значним звуженням кола інтересів і примітивізацією контактів з оточуючими, коли стан наближається до апатоабулічного. У разі тривалого й особливо тяжкого перебігу гіпотиреозу розвиваються розлади пам'яті та стани афекту, які характеризуються глобальним порушенням психічних функцій, що стосуються всіх сторін особистості та значно нівелюють її індивідуальну особливість. У більш тяжких випадках розвиваються значні розлади пізнавальної діяльності.

Для хворих на гіпотиреоз характерні зміни центральної нервової системи, той або інший ступінь психічних розладів спостерігається в усіх хворих, а іноді вони домінують у клінічній симптоматиці. Характерна млявість, підвищена стомлюваність, зниження працездатності. Виникають порушення в мотиваційній сфері — байдужість, відсутність інтересу до всього, що оточує. Разом із психічною

індиферентністю може спостерігатися підвищена дратівливість, нервозність, буркотливість, настирливість. Уповільнені психічні реакції на зовнішні подразники, знижена швидкість рухових реакцій. Погіршуються пам'ять та інтелектуальні здібності. Хворі не можуть концентрувати увагу, нерідко не можуть виконувати роботу, пов'язану з інтелектуальними навантаженнями. Типове спотворення формули сну — сонливість удень, безсоння вночі. Часто спостерігається стійкий головний біль, запаморочення, шум у вухах.

У пацієнтів літнього віку гіпотиреоз також часто супроводжується розвитком депресії й деменції. Гіпотиреоз може викликати порушення пам'яті та уповільнення мовлення й розумових процесів. Слід пам'ятати, що гіпертиреоз у пацієнтів похилого віку

також може супроводжуватися депресивними ознаками. Проявами порушеної тиреоїдної функції у літніх пацієнтів можуть бути мозочкова недостатність, нейропатія й макроцитарна анемія. При вираженому гіпотиреозі розвивається тяжкий хронічний гіпотиреоїдний психосиндром, що набуває рис шизофреноподібного, депресивного синдрому.

У літніх пацієнтів може суттєво переважати один симптом або один клінічний прояв, як при тиреоїдній міопатії. Втрата маси тіла, загальна слабкість, падіння, ажитована депресія або деменція свідчать про гіпотиреоз. Хоча ментальне та психічне уповільнення є частими в осіб із еутиреозом літнього віку, їх наявність має викликати підозру щодо гіпотиреозу. Це особливо важливо, якщо також наявні порушення рухомості, апатія або депресія.

УДК 616.34-118:616.4

Карвацька Н.С., Русіна С.М., Савка С.Д., Соколова М.І.

Вищий державний навчальний заклад України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна

Психологічні особливості жінок із порушеннями клімактеричного періоду

Внаслідок збільшення у нашій країні пенсійного віку для жінок на 5 років (до 60 років) питання профілактики й лікування клімактеричних розладів набуває особливої важливості. Крім того, тяжкі наслідки клімактеричних розладів у цьому віці погіршують якість життя жінки, впливають на ступінь працездатності, професійні та інтелектуальні можливості. Щороку збільшується число жінок, які вступають у період менопаузи. Так, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, 10 % усього населення земної кулі становлять жінки в клімактеричному періоді. З одного боку, це пов'язано зі збільшенням тривалості життя, з іншого — з раннім настанням клімактеричного періоду. Жінка понад третину свого життя знаходиться в стані дефіциту жіночих статевих гормонів. Відповідно питання якості життя в цей період стає дуже актуальним.

Попри те, що клімактерій не є захворюванням, він зумовлює порушення ендокринної рівноваги в організмі, що, у свою чергу, потребує медико-соціальних заходів щодо захисту здоров'я, збереження працездатності та гідної якості життя жінок у період постменопаузального періоду.

Клімактеричний синдром (КС) — своєрідний симптомокомплекс, що характеризується вегетосудинними, нейропсихічними і обмінно-ендокринними порушеннями. Патологія клімактеричного періоду виявляється у 55–80 % жінок. КС може виникати в пременопаузному періоді, з настанням менопаузи, а також протягом 1–5 років після менопаузи.

Виділяють кілька варіантів поведінки при КС: байдужу; пристосування; активне подолання; не-

вротичну. За даними сучасних дослідників, які вивчали клінічні прояви клімаксу, у жінок віком 45–54 років із тривалістю захворювання в межах 5 років розлади психоемоційної сфери виявляються в 78,4 % випадків.

Клінічно КС складається з трьох груп симптомів: вегетосудинні, обмінно-ендокринні та психічні порушення.

Важливими чинниками в розвитку психоемоційних порушень у період клімаксу є психотравми, стреси, особливості соціального статусу, самоповага, життєва задоволеність, якість сексуальних відносин, психічні розлади в анамнезі.

Розлади нервової та гуморальної систем починаються з погіршення настрою, швидкої стомлюваності, загальної слабкості, забудькуватості, агресивності, уразливості та депресії. На тлі цього може проявитися ще й психологічний фактор: починаючи усвідомлювати, що у неї настає клімакс, жінка може відчувати страх при думці про наближення старості та смерті або своєї неповноцінності (адже вона поступово стає нездатною до виношування та народження дитини, навіть якщо вагітність в сім'ї більше не планувалася).

Найчастіше зустрічаються такі психічні форми прояву КС: істеричні, астеничні, депресивні, фобічні, паранойяльні стани.

Нерідко депресивна симптоматика поєднується або з астеничними скаргами (астенодепресивний синдром) або з тривожними включеннями (тривожно-депресивний синдром). Найчастіше ці розлади не досягають психотичного рівня, супроводжуються соматовегетативними проявами КС