

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

і в більшості випадків залежать від їх тяжкості та тривалості.

Серед жінок із психопатологічними проявами КС особливу групу становлять хворі з надцінними та маячними ідеями, що виникають у період пременопаузи та після менопаузи в особистостей, схильних до надцінних утворень у преморбіді. У більшості хворих відзначаються ідеї ревнощів, рідше зустрічаються ідеї відносин, пов'язані з конфліктними ситуаціями на роботі. У таких жінок із настанням клімактерію спостерігається загострення характерологічних рис, посилення афективної ригідності, підозрливості, уразливості, конфліктності. У цих хворих вегетосудинні прояви КС виражені слабо.

Наведені психопатологічні синдроми зазвичай спостерігаються в перші роки КС. За тривалого перебігу КС з наростанням тяжкості вегетосудинних і обмінних порушень, впливу додаткових

психогенних і соматогенних чинників, при наявності певних характерологічних особливостей (відчуття тривоги, ригідності, демонстративності та ін.) до картини вищенаведених станів приєднується іпохондрична симптоматика. Відбувається формування більш складних станів із подальшою трансформацією в іпохондричний розвиток особистості.

Для лікування виражених емоційно-психічних розладів можуть використовуватися нейролептики, транквілізатори або фітопрепарати із заспокійливим ефектом. При сильних і частих припливах можуть призначатися антидепресанти, барбітурати й засоби, що впливають на вегетативні нервові центри. Велике значення мають харчування, помірні фізичні навантаження. Хворі потребують активної психологічної допомоги для подолання ними кризової ситуації й створення нової життєвої домінанти з урахуванням своїх можливостей.

УДК 616.8-009.17-07-08

Каспрук Н.М.

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

## Досвід лікування синдрому хронічної втоми

У клінічній практиці все більше відзначається висока частота поєданого перебігу легеневої патології та ендокринологічних порушень. При цих недугах формуються складні численні патогенетичні зв'язки, які в більшості випадків призводять до формування феномену замкнутого кола. Про метаболічний синдром (МС) говорять, коли наявні не менше трьох із таких симптомів: надмірна маса тіла, артеріальна гіпертензія, підвищення рівня цукру в крові, дисліпідемія. При цьому паралельно відзначається неврологічна симптоматика (частий головний біль, швидка стомлюваність, дратівливість, сльозливість, спалахи гніву), що притаманне й синдрому хронічної втоми (СХВ).

Дефекти ліпідного та вуглеводного обмінів провокують каскад генетичних, метаболічних, гормональних, нервових і інших реакцій, порушень, що провокує МС і асоційовані з ним патологічні стани. В патогенезі СХВ має значення розлад нейроімунно-ендокринної регуляції. Численні дані вказують на те, що при СХВ спостерігаються як кількісні, так і функціональні імунологічні порушення. Існує велика кількість пускових механізмів, що викликають патологічні імунологічні реакції. Раніше нами виявлена дисімуноглобулінемія зі зниженням IgG (за рахунок G1 і G3 підкласів) та IgA, зниження числа лімфоцитів із фенотипом CD3 і CD4, природних кілерів, підвищення рівня циркулюючих імунних комплексів, підвищення концентрації прозапальних цитокінів у хворих з інфекційним синдромом імунопатології (хронічні обструктивні захворювання легень) у комбінації з МС.

Для досягнення тривалого ефекту необхідний цілий комплекс заходів, який включає усунення багатьох факторів ризику. Надзвичайно важливим компонентом відновлення загального стану організму є нормалізація вегетативного балансу. Так, позитивні результати щодо впливу на вегетативні порушення у хворих із серцево-судинною патологією продемонструвало застосування препарату ноофен (гідрохлорид бета-феніл-гамма-аміномасляна кислота). Практична відсутність побічних ефектів, особливо притаманних міорелаксантам центральної дії та транквілізуючим лікарським засобам, робить ноофен безпечним у використанні при лікуванні вегетативних розладів у хворих із різною патологією внутрішніх органів.

**Мета дослідження:** вивчення впливу комбінації імуностимулятора мікробного походження бронхомуналу та ноофену на патологічний процес у пацієнтів з інфекційним синдромом імунопатології (інфекції дихальних шляхів та лор-органів), ускладненим МС і СХВ.

**Матеріали та методи.** Обстежено 30 хворих із вказаною поєднаною патологією, порівнюваних за статтю та віком. Визначення динаміки основних клінічних проявів патології проводилося двічі — при первинному обстеженні та через 3 місяці після початку лікування. Призначали ноофен по 500 мг двічі на добу (30 днів) і бронхомунал за традиційною схемою (по 7 мг 10 днів на місяць впродовж трьох місяців). Стан клітинного імунітету оцінювали за експресією поверхневих антигенів лімфоцитів у реакції непрямой флуоресценції з використанням