



Південна
Фундація
Медицини

ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ
УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ

**«ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ
ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ
ЯК ПРІОРИТЕТНА ФУНКЦІЯ ДЕРЖАВИ»**

5-6 квітня 2013 р.

**Одеса
2013**

**Громадська організація
«Південна фундація медицини»**

**ЗБІРНИК НАУКОВИХ РОБІТ
УЧАСНИКІВ МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ
ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИСТОСТІ
ЯК ПРІОРИТЕТНА ФУНКЦІЯ ДЕРЖАВИ»**

5-6 квітня 2013 р.

**Одеса
2013**

ЗМІСТ

НАПРЯМ 1. ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ

Машенко П. С., Андреев А. И., Малкова Т. Л.
ХИМИКО-ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НОВОГО
ПСИХОАКТИВНОГО ВЕЩЕСТВА ТМЦП-018 С ЦЕЛЬЮ ОТНЕСЕНИЯ
К АНАЛОГАМ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ.....6

Романчук М. І., Корнієнко О. М., Левицька О. Р.
КОНКУРЕНТНІ ПЕРЕВАГИ ЗАСОБІВ РОСЛИННОГО ПОХОДЖЕННЯ
У ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ГОРЛА.....10

НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

Бараннік Н. Г., Манухіна О. М., Мосейко О. О.
РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ КАНДИДОЗУ ПОРОЖНИНИ РОТА
У НАРКОЗАЛЕЖНИХ ПАЦІЄНТІВ З ОСТЕОМІЄЛТОМ ЩЕЛЕПИ.....12

Бурак І. А., Горбаченко Л. А., Скальська С. І.
ХАРАКТЕРИСТИКА ЗМІН КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ У ХВОРИХ
НА ХРОНІЧНІ ОБСТРУКТИВНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ЛЕГЕНЬ
В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД СТУПЕНЯ КИШКОВОГО ДИСБАКТЕРІОЗУ.....14

Руснак І. Т., Тащук В. К., Глуха М. О.
МІКРОЕЛЕМЕНТИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ.....16

Горбаченко Л. А., Курікеру М. А.
ВИВЧЕННЯ ЗВ'ЯЗКУ ЕКСПРЕСІЇ ЕСТРОГЕННИХ РЕЦЕПТОР
ТА СПАДКОВОГО АНАМНЕЗУ ХВОРИХ НА РАК ТОВСТОЇ КИШКИ.....18

Білогорцева О. І., Доценко Я. І., Шехтер І. Є.
ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СИТУАЦІЯ ЩОДО ТУБЕРКУЛЬОЗУ
У ДІТЕЙ В 2011 РОЦІ В УКРАЇНІ.....19

Карвацька Н. С., Пашковський В. М., Федотова А. В.
ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ,
КЛІНІКА ТА ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
ІЗ СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ.....23

Карвацька Н. С., Пашковський В. М., Смірнова Т. В.,
ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКИ, ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ
ІЗ СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ.....28

Карвацька Н. С., Блажина І. Ю., Соколова М. І., Шваб Н. А.
ПРОБЛЕМА ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ ФОРМ
ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ.....33

Примушко Н. А., Курик Л. М., Турчина І. П.
РОЛЬ ПАТОГЕННОЇ МІКРОФЛОРИ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ
У ПЕРЕБІГУ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ.....37

Фещенко Ю. І., Пархоменко Н. В., Адамчук О. І.
ОЦІНКА КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ДИСФУНКЦІЇ КАРДІОРЕСПІРАТОРНОЇ
СИСТЕМИ У ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ.....39

**Особливості клініки, діагностики і лікування
хворих із соматоформними розладами**

Карвацька Наталія Семенівна, канд. мед. наук, доцент

Пашковський Валерій Мелетійович, д. мед. наук, професор, зав.кафедри

Смірнова Тамара Василівна, канд. мед. наук, доцент

Карвацька Тетяна Георгіївна, студ. 5 курсу медичного факультету

Буковинський державний медичний університет

Актуальність теми. Останніми роками в Україні, як і у всьому світі, в загальній структурі психічних захворювань спостерігається істотне зростання хворих із соматоформними розладами [5, с. 29]. Як показують клініко-епідеміологічні зіставлення, соматоформні розлади є провідною клінічною формою в структурі неспсихотичних психічних захворювань [4, с. 27]. При цьому також наголошується значний патоморфоз клінічної картини і динаміки їх течії, що гостро ставить проблему діагностичних, прогностичних критеріїв, предикторів їх розвитку, а також церебральних механізмів, що обумовлюють їх розвиток [6, с. 67; 9, с. 194].

У МКХ-10 «Соматоформні розлади» виділені в рубриці F45. У цю рубрику повинні бути віднесені так звана вегето-судинна дистонія і нейроциркуляторна дистонія в тих випадках, коли відсутні ознаки органного або системного соматичного пошкодження [8, с. 327].

На відміну від неврозоподібних станів, які схожі за клінічними проявами з відповідними соматоформними розладами, при соматоформних розладах дуже яскравими є численні прояви сомато-вегетативної лабільності [1, с. 27]. У походженні неврозоподібних станів, разом з ситуативними, головного значення набувають соматичні (ендогенні, метаболічні) або екзогенні (інтоксикаційні, інфекційні) чинники, які привносять в клініку нові якості — соматогенні, психоорганічні, що потребують урахування при лікуванні [12, с. 206].

Таким чином, на сучасному етапі розвитку психосоматичної і соматопсихічної медицини набуває особливої актуальності вивчення клініко-психопатологічних особливостей порушень у хворих із соматоформними розладами з метою підвищення ефективності лікування, покращення якості життя і соціального функціонування даного контингенту осіб.

Мета дослідження. Метою нашого дослідження було виявлення психопатологічних особливостей, що лежать в основі виникнення соматоформних розладів, визначення їх ролі у патогенезі даної патології та урахування при проведенні терапії.

Матеріал і методи. Дослідження проведено на 25 хворих із соматоформними розладами віком від 29 до 43 років. Усі пацієнти дали інформовану згоду на участь в дослідженні. Тривалість захворювання становила від 1 до 3 років. При проведенні дослідження були використані клінічний, експериментально-психодіагностичний, патопсихологічний, статистичний методи. Визначення акцентуацій рис характеру проводили за К. Леонгардом, рівня тривожності – за допомогою «Шкали самооцінки і вимірювання рівня тривожності» (опитувальник Спілберга, адаптований Ханіним). Вивчення тривожної та депресивної симптоматики проводилося за допомогою шкали Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Для визначення рівня алекситимії була використана шкала Toronto Alexithymia Scale (TAS), а для оцінки суб'єктивної оцінки стану хворих — шкала візуальних аналогів.

Результати досліджень. Основу клініко-психопатологічної симптоматики у хворих із соматоформними розладами складали різноманітні сомато-вегетативні прояви (кардіоваскулярні, гастроінтестинальні, респіраторні, церебральні), що поєднувалися з депресією, тривогою і загально-невротичною симптоматикою.

Аналізуючи скарги обстежених хворих, необхідно відзначити, що усіх хворих на соматоформні розлади непокоїли порушення травлення. В якості додаткових скарг у 53,26% із них мали місце головний біль або підвищена

втомлюваність. У 34,78% хворих відмічали порушення сну. Під час бесіди також з'ясовувалося, що пацієнтів турбували зниження настрою, тривога, страхи, дратівливість тощо.

У обстежених хворих із соматоформними розладами, були виявлені акцентуації рис характеру дистимного, тривожного, циклотимного, педантичного і застрягаючого типів. Значної виразності набули тривожні риси особистості, стримування почуттів, імпульсивні афективні реакції, боязкість, необґрунтовані каяття совісті, відчуття зобов'язання, сумніви, страх перед можливими помилками, метушливість, недовіра, очікування небезпеки, втрата перспективи, що обумовлюють виникнення конфліктів та активацію механізмів захисту особистості. У досліджуваній групі осіб отримані результати, які свідчили про високий рівень особистісної і реактивної тривожності, середній рівень депресії (див. табл. 1).

Таблиця 1

**Розподіл показників за субшкалами HADS
у хворих на соматоформні розлади ($p < 0,05$)**

Назва синдрому	Середній бал ($M \pm m$)			
	за субшкалою депресії HADS	за субшкалою тривоги HADS	за шкалою візуальних аналогів	за шкалою TAS
Депресивно-іпохондричний синдром	12,50±0,50	10,50±2,50	8,7±1,0	74,25± 1,56
Тривожно-депресивний синдром	5,25±2,25	17,50±0,50	7,3±0,5	65,25±2,23
Депресивно-фобічний синдром	12,50±1,50	11,20±1,50	10,3±0,5	68,43±1,52
Астено-депресивний синдром	11,25±3,25	11,65±2,25	6,4±1,0	70,27±3,26
Депресивно-тужливий синдром	18,50±0,50	7,15±2,25	6,7±0,5	72,52±1,51

У хворих з депресивно-тужливим синдромом спостерігалися найбільші показники за субшкалою депресії (18,50±0,50) та найменші — за субшкалою тривоги (7,15±2,25). При тривожно-депресивному синдромі показники були

протилежними: за субшкалою депресії — $5,25 \pm 2,25$ та за субшкалою тривоги $17,50 \pm 0,50$. При депресивно-іпохондричному синдромі з незначною перевагою на перше місце вийшла депресивна симптоматика: $12,50 \pm 0,50$ проти $10,50 \pm 2,50$ за шкалою тривоги. Розподіл показників депресії та тривоги при астено-депресивному та депресивно-фобічному варіантах був схожий, з незначною перевагою депресивної симптоматики.

Усім хворим до початку лікування було запропоновано визначити важкість свого стану за десятибальною шкалою візуальних аналогів. Найгіршим своє самопочуття визнали пацієнти з депресивно-фобічним синдромом — $10,3 \pm 0,5$ бала, друге місце зайняли хворі з депресивно-іпохондричним синдромом — $8,7 \pm 1,0$ бала. Показники в інших групах були нижчими та між собою значно не відрізнялися (див. табл. 1).

Усі хворі були обстежені за допомогою Торонтської алекситимічної шкали (TAS). Середній бал за шкалою складав $70,98 \pm 3,49$ балів ($p < 0,01$). Найвищий рівень алекситимії був зареєстрований у групах пацієнтів з депресивно-іпохондричним та депресивно-тужливим синдромами — $74,25 \pm 1,56$ та $72,52 \pm 1,51$ відповідно, найнижчий — у хворих з тривожно-депресивною симптоматикою ($65,25 \pm 2,23$) (див. табл. 1). Отримані дані свідчать, що алекситимія грає значну роль в патогенезі функціональної патології органів та систем організму пацієнтів.

Основними особистісними особливостями обстежених хворих були імпульсивність емоцій в стресових ситуаціях, переважне реагування на внутрішні імпульси, переоцінка своїх потенціальних можливостей, незрілість і егоцентризм, пасивна залежність. Важливу роль відігравали специфічні особистісні характеристики: домінування рис демонстративності, бажання показати себе в кращому світлі, емоційної лабільності, слабкої стійкості до стресу і виразної соматизації психопатологічних феноменів, збільшення тривожності.

Лікування пацієнтів із соматоформними розладами потребувало комбінованого застосування психофармакологічних (транквілізаторів,

антидепресантів, анксиолітиків, ноотропів, вітамінів, мікроелементів тощо) та психотерапевтичних заходів [2, с. 97; 3, с.68; 10, с.20]. Серед найбільш перспективних психотерапевтичних методик лікування при пограничних психічних розладах, у тому числі й соматоформних, сьогодні вважається когнітивно-біхевіоральна терапія [11, с. 285]. Висока ефективність і специфічність даного виду психотерапії для корекції емоційних розладів підтверджена численними дослідженнями [4, с. 29]. Когнітивна терапія була спрямована на перебудову дисфункціонального мислення. Вона допомагала забезпечувати адекватний контроль емоцій не за рахунок їхнього пригнічення, а шляхом оптимальної саморегуляції та була безпосередньо спрямована на подолання пасивності, реакції уникнення та вегетативної дисфункції, корекції акцентуованих рис характеру [7, с. 452].

Висновки. Проведені клініко-психопатологічні, патопсихологічні і соціально-психологічні дослідження дозволили розробити систему терапії і профілактики хворих із соматоформними розладами. Подальше вивчення даної проблеми вважається необхідним проводити шляхом глибокого аналізу зв'язку клініко-анамнестичних даних з характером перебігу захворювання у хворих, що допоможе робити більш точні довготривалі прогнози щодо ефективності лікування даної патології з використанням методів медикаментозної і психотерапевтичної допомоги.

Список використаних джерел

1. 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.
2. Коваленко О. Є. Клінічна оцінка оптимізації лікування вегетативних порушень у студентів з використанням препарату «Ноофен»/ О. Є. Коваленко, Л. П. Рощина // Український вісник психоневрології. - Харків, 2012. - Том 20, випуск 2 (71). - С. 97.

3. Погосов А. В. Соматизированные расстройства (клиника, диагностика, терапия) / А. В. Погосов, Ю. В. Богушевская — Курск: ГОУ ВПО КГМУ Росздрава, 2008. — 268 с.
4. Погосов А. В. Соматизированные расстройства (клинико-динамические и терапевтические аспекты) / А. В. Погосов, Ю. В. Богушевская // Психические расстройства в общей медицине. — 2008. — № 3. — С. 29–34.
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. Федченко В.Ю. Специфіка факторів психічної травматизації у хворих на соматоформні розлади та їх вплив на клініко-психопатологічну структуру даної патології / В. Ю. Федченко // Український вісник психоневрології . - Харків, 2012. - Том 20, випуск 3 (72). - С. 60 — 67.
7. Bensing J. M. Somatisation: a joint responsibility of doctor and patient / J. M. Bensing, P. F. Verhaak // Lancet. — 2006, Feb. — № 367 (9509). — P. 452–554.
8. Bradfield J. W. A pathologist's perspective of the somatoform disorders / J. W. Bradfield // J. Psychosom. Res. — 2006, Apr. — № 60 (4). — P. 327–330.
9. General medical and psychiatric perspectives on somatoform disorders: separated by an uncommon language / M. Strassnig, K. R. Stowell, M. B. First et al. // Curr. Opin. Psychiatry. — 2006, Mar. — № 19 (2). — P. 194–200.
10. Henningsen P. Depression, pain, and somatoform disorders / P. Henningsen, B. Lowe // Curr. Opin. Psychiatry. — 2006. — № 19 (1). — P. 19–24.
11. Hollon S. D. Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety / S. D. Hollon, M. O. Stewart, D. Strunk // Annu. Rev. Psychol. — 2006. — № 57. — P. 285–315.
12. Janca A. Diagnosis and assessment of somatoform disorders: facts and controversies / A. Janca. In: Book of Abstracts of XIV World Congress of Psychiatry. — Prague, 2008. — P. 206.