

УДК 616.08-039

Сарвир И. Н.

*Харьковская медицинская академия
последипломного образования МОЗ Украины (г. Харьков)*

**Особенности эмоционально-аффективной сферы
у больных с острыми сердечно-сосудистыми
и сосудисто-мозговыми заболеваниями**

Проблема психосоматических заболеваний продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Прежде всего, это обусловлено их широкой распространенностью среди трудоспособного населения, сочетанностью соматической симптоматики с разнообразными пограничными психическими расстройствами.

Одним из ключевых звеньев патогенеза психосоматических заболеваний является наличие длительно существующего «застойного» отрицательного эмоционального состояния. С возникновением клинических проявлений психосоматических заболеваний действие эмоциогенных и личностных факторов не прекращается, напротив, создаются новые условия для взаимосвязи между сомой и психикой.

Всё это обуславливает необходимость проведения комплексного исследования больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями. Необходимо также внедрение новых организационных форм реализации медико-психологических и психотерапевтических мероприятий на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Для выявления особенностей состояния эмоционально-аффективной сферы у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями на основе клинико-психопатологического и психодиагностического исследования было проведено обследование 309 больных, перенесших острые сердечно-сосудистые и сосудисто-мозговые состояния, в возрасте от 39 до 70 лет. Психодиагностическое исследование проводилось с использованием шкалы У. Цунга для самооценки депрессии, шкалы реактивной тревоги и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина, методики диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки; выполнен статистический анализ полученных результатов.

Исследование эмоционально-аффективной сферы позволило выявить следующие особенности.

Для больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями характерно наличие общих особенностей эмоционально-аффективной сферы.

Большинство больных в остром периоде психосоматического заболевания характеризуется отсутствием депрессивной симптоматики.

При наличии высокого уровня личностной тревожности, как базовой характеристики личности, средний уровень реактивной тревоги находится в диапазоне умеренных значений, несмотря на имеющуюся объективную витальную угрозу существования индивида.

Сочетание среднего уровня враждебности и низких уровней как мотивационной агрессии, так и общей агрессивности, свидетельствует о наличии у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями пассивного отношения к своему состоянию, а также интериоризации агрессивных импульсов.

Основной для разработки патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекции состояний психической дезадаптации у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболева-

ниями являются данные клинико-психопатологического и психодиагностического обследования.

Интегративная психотерапевтическая модель в комплексной терапии больных с острыми соматическими состояниями должна включать в себя сочетание мотивационных, когнитивно-поведенческих и рациональных методов.

УДК 616.89-008.454-036-08-053.9

Саржевський С. Н.

*Запорізький державний медичний університет
(м. Запоріжжя)*

**Особенности клиники та лікування депресій
в похилому віці**

Увага до діагностики та лікування афективної патології в похилому віці зумовлена загальносвітовою тенденцією до збільшення тривалості життя і зростанням емоційних розладів у популяції. Однак правильна кваліфікація цих порушень і їх адекватне лікування утруднені атипівістю та маскуванням симптоматики, поєднанням з соматоневрологічної патологією, наявністю органічних або когнітивних змін.

Мета — вивчення структури та різновидів депресій в похилому віці для визначення диференційованих терапевтичних підходів.

Обстежено 27 чоловіків (54—67 років), що лікувалися в гострому психіатричному відділенні КУ «Запорізька обласна клінічна психіатрична лікарня». Депресії дебютували в цьому віці, раніше в анамнезі не зазначалися. Критерії виключення — виражені когнітивні розлади і деменції. Клініку і лікування простежували в період активної терапії (до 12 тижнів).

В результаті оцінювання афективних розладів провідними виявлені депресії різного ступеня вираженості і тривалості. Відповідно до МКХ-10, найбільш доцільною є їх синдромальна кваліфікація. Виокремлювали такі різновиди депресій в похилому віці:

- з домінуванням тривоги;
- з включенням іпохондричних висловлювань, аж до маячних;
- помірно виражені, з переважанням соматовегетативних і конверсійних симптомів;
- з включенням різної психоорганічної симптоматики.

Кожен з варіантів вимагав особливостей в лікувальній тактиці.

Депресії при домінуванні тривоги, що найчастіше посилюється надвечір, найбільш небезпечні проявами суїцидальної активності. Це потрібно враховувати під час призначення антидепресантів, розуміючи, що їх клінічно значуща ефективність проявиться лише через 10—12 днів. Тому в комплексне лікування в перші дні треба включати транквілізатори в середніх рекомендованих дозах.

У черговій підгрупі депресій іпохондричні переживання вимагали точної кваліфікації, з виключенням можливих супутніх соматичних захворювань. Часто такі різновиди швидко трансформувалися в надцінні і маячні побудови, аж до нігілістичного марення. Характерною особливістю лікування був акцент на нейрорептику з активуючою і антипсихотичною дією, бажано з групи атипіків.

Депресії з вегетативними і конверсійними проявами були психогенними; характеризувалися хронічним перебігом, помірно вираженою симптоматикою, проте великою кількістю скарг, демонстрацією суїцидів. Часто вони маскувалися серцево-судинними захворюваннями, правильна діагностика проводилася після неодноразових

безуспішних курсів лікування у лікарів-інтерністів. У комплексному лікуванні обов'язковою й ефективною, поряд з антидепресантами (бажано селективної дії), була психотерапія. Не менш важливим було подальше проведення цих підходів амбулаторно.

Найбільш складними щодо ефективності лікування є депресії з поєднанням незначного когнітивного дефіциту. Вони схильні до рецидиву і прогресивності. На перший план виступають прояви астенії в поєднанні з сльозливістю, емоційною лабільністю, «мерехтінням» симптоматики, психічною виснаженістю. У лікуванні обов'язковим було поєднання антидепресантів з препаратами судинної дії і ноотропами. Пацієнти цієї підгрупи вимагали обережного підвищення дозувань, тому що проявлялися побічні дії, і в період курсового лікування доводилося змінювати базову терапію.

В результаті проведеного дослідження виявлено окремі клінічні особливості симптоматики депресій в інволюційному періоді, що дозволило знайти диференційований підхід в їх ефективному лікуванні.

УДК 616.89-008.431-079.94-085.214.2.036

Сафонов Д. Н.

Запорізький державний медичний університет

(м. Запоріжжя)

Типологія патоморфозу кататонічного синдрому

Процес патоморфозу (ПМ) психічної патології призводить до поліморфізму або дисоціації її клінічних проявів — і, як наслідок, до ускладнень в ідентифікації та диференціальній діагностиці окремих психопатологічних форм. Вирішення цієї проблеми полягає в адаптації діагностичної методології до клінічних реалій сьогодення, виявленні напрямків і чинників ПМ психопатологічних форм, аналізі поширеності останніх і створенні досконаліших діагностичних алгоритмів, диференціальних критеріїв і відповідних стандартів терапії.

У цьому ракурсі найбільш показовим прикладом — як з нозодескриптивних і епідеміологічних, так і з клініко-методологічних позицій — є ендогенна кататонія (ЕК).

З метою систематизації структурно-динамічних характеристик патоморфозу ендогенного кататонічного синдрому було обстежено 144 хворих на кататонічну форму шизофренії. Шляхом аналізу коморбідних станів та характеру чинників патопластичної модифікації кататонічного синдрому (КС) було виявлено 4 базових типи його патоморфозу.

1. **Фармакогенний** — при якому домінують патопластичні ефекти фармакотерапії.

Структурні девіації КС при фармакогенному типі ПМ:

- нівелювання психомоторних порушень (завдяки прямим ефектам терапії);
- включення в структуру синдрому дискінетичних феноменів та потенціювання кататонічних дискінезій;
- домінування поведінкових порушень (завдяки ефективній корекції психічних).

Динамічні девіації КС при фармакогенному типі ПМ:

- лімітування періоду психомоторних порушень із тенденцією до його скорочення;
- персистенція поведінкових феноменів в період фармакогенної ремісії.

2. **Токсичний** — при якому домінують інтоксикаційні та/або дисметаболическі чинники.

Структурні девіації КС при токсичному типі ПМ:

- включення галюциаторних і параноїдних феноменів;
- включення деліріоформних порушень свідомості, що заміщують типові форми;

— включення кататонімімічних поведінкових феноменів психопатологічної структури через ампліфікацію мікрокататонічної семіотики;

Динамічні девіації КС при токсичному типі ПМ:

- формування тригерного значення інтоксикації для екзацерації КС;
- стабілізація динаміки прогресування психопатологічного епізоду після виходу з періоду інтоксикації та абстиненції.

3. **Альтеративний** — домінують органічні ураження морфологічного субстрату ЦНС.

Структурні девіації КС при альтеративному типі ПМ:

- включення в структуру КС сутінкових порушень свідомості;
- потенціювання дискінетичних феноменів, включення тиків та тремору;
- включення в структуру КС афективних аранжувань кола ейфорія — дисфорія.

Динамічні девіації КС при альтеративному типі ПМ:

- поява персистуючих терапевтично-резистентних симптомів;
- зниження якості ремісій внаслідок кататоніформних розладів органічного кола.

4. **Інволюційний** — притаманні інволюційні або атрофічні феномени ЦНС.

Структурні девіації КС при інволюційному типі ПМ:

- включення сутінкових і деліріоформних порушень свідомості;
 - переважання психомоторних компонентів КС над поведінковими;
 - випадання окремих компонентів КС.
- Динамічні девіації при інволюційному типі ПМ КС:
- добова флуктуація глибини психопатологічних порушень;
 - поглиблення психомоторних порушень у тривалій хронологічній перспективі.

УДК 616.89:616.136-073.48

Свиридова З. В., Панченко О. А.***

**ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины» (г. Константиновка);*

***Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика (г. Киев)*

Ультразвуковая диагностика патологии органов брюшной полости у пациентов с хроническими психическими расстройствами

Состояние психического статуса больного влияет на клиническую картину острых и хронических заболеваний органов брюшной полости.

Многие соматические заболевания у больных с сопутствующей психической патологией имеют необычное течение. Страдая долгие годы от хронического заболевания, они зачастую умирают в результате несвоевременно выявленного осложненного течения заболевания.

На базе ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины» проводилось исследование, в котором приняли участие 49 человек с хроническими психическими расстройствами и контрольная группа, состоящая из 25 условно здоровых лиц. Всем пациентам было проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости. На момент обследования пациенты жалоб не предъявляли.