

СТРУКТУРА ЭЙФОРИИ У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ.

Григорян А.З., Марченко Е.П., Матвийчук И.А.

Научный руководитель: проф. Чугунов В.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии

Актуальность. Аналитико-дескриптивные исследования клиники зависимости берут начало с 20-х гг. XX ст. Среди исследователей – М. Н. Гернет, А. С. Шоломович, Ю. П. Лисицын, А. М. Раппорт, А. А. Герцензон и др. разработали различные способы обследования наркозависимых. Они приводили в пример плотную связь наркотизации с социально-бытовыми условиями жизни.

Цель исследования: формирование клинического инструментария для анализа структуры эйфории у пациентов с зависимостью от ПАВ.

Методы исследования: психодиагностический, клиничко-анамнестический, катamnестический, медико-статистический.

Результаты исследования. Проведено сравнительное обследование 50 лиц мужского пола в возрасте 20-30 лет (средний возраст на момент обследования составлял $25,87 \pm 3,09$), с синдромом зависимости от психоактивных веществ со стажем наркотизации от 5 до 10 лет (средний срок составил $8,24 \pm 1,21$). Больные были разделены на 4 группы сравнения: I группа – пациенты с синдромом зависимости от опиоидов (12 лиц); II группа – пациенты с синдромом зависимости от психостимуляторов (12 лиц); III группа – пациенты с синдромом зависимости от каннабиноидов (13 лиц); IV группа – пациенты с синдромом зависимости от галлюциногенов (13 лиц).

Нами был разработан опросник, с помощью которого исследовалась выраженность компонентов эйфории у пациентов с различными видами зависимости от психоактивных веществ.

В ходе исследования было выявлено, что у пациентов I группы преобладали такие компоненты, как ощущение легкости в теле ($23,01 \pm 0,21$), умиротворение ($19,21 \pm 0,14$), парестезии ($17,57 \pm 0,32$).

У пациентов II контрольной группы преобладали усиление физической активности ($19,51 \pm 0,13$), прилив энергии ($17,98 \pm 0,97$), кратковременное улучшение памяти ($14,11 \pm 0,35$) и внимания ($12,01 \pm 0,61$), усиление сексуальной активности ($11,32 \pm 0,18$).

У пациентов III контрольной группы сильно выражено повышенное настроение ($23,98 \pm 0,60$) и неконтролируемое веселье ($22,12 \pm 0,71$).

У IV контрольной группы преобладали обострение чувствительности ($25,91 \pm 0,74$) и парестезии ($24,17 \pm 0,63$).

Анализ структурных особенностей эйфории позволяет дифференцировать ее структуру в группах исследования.

Выводы. 1. В группе пациентов, зависимых от опиатов преобладали такие компоненты эйфории, как ощущение легкости в теле ($23,01 \pm 0,21$), умиротворение ($19,21 \pm 0,14$), парестезии ($17,57 \pm 0,32$). 2. В группе пациентов с синдромом зависимости от психостимуляторов преобладают следующие компоненты эйфории: усиление физической активности ($19,51 \pm 0,13$), прилив энергии ($17,98 \pm 0,97$), кратковременное улучшение памяти ($14,11 \pm 0,35$) и внимания ($12,01 \pm 0,61$), усиление сексуальной активности ($11,32 \pm 0,18$). 3. У пациентов с синдромом зависимости от каннабиноидов преобладают повышенное настроение ($23,98 \pm 0,60$) и неконтролируемое веселье ($22,12 \pm 0,71$). 4. У пациентов с синдромом зависимости от галлюциногенов преобладают обострение чувствительности ($25,91 \pm 0,74$) и парестезии ($24,17 \pm 0,63$).

ЗМІСТОВНИЙ КОМПОНЕНТ ПСЕВДООБСЕСІЙ

Данілевська Н.В.

Науковий керівник: проф. Чугунов В.В.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології

Актуальність дослідження. Недосконалість критеріїв диференційної діагностики розладів obsесивного спектру все гостріше постає в сучасній клініці психіатрії в контексті ідентифікації нозологічної приналежності. Наявність obsесій в клінічній картині захворювань ендogenousного регістру суперечить класичним уявленням, тому потребує доказової бази щодо розуміння існуючого феномену.

Мета дослідження – вивчити особливості змісту явищ obsесивного спектру у хворих на шизофренію.

Матеріали і методи дослідження. На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» ЗОР обстежено 30 хворих на шизофренію (F20) з obsesivними феноменами в структурі захворювання.

Застосовувалися клініко-психопатологічний, психодіагностичний, анамнестичний та катamnестичний методи дослідження.

Результати дослідження. Аналіз структури obsesivних явищ у хворих на шизофренію (по суті, псевдоobsesії, етіопсихопатогенез яких лежить у площині параноїдного синдрому) дозволив скласти наступну їх класифікацію щодо змістовного компоненту:

а) псевдоobsesії із автохтонним змістом (збереженою фабулою по відношенню до автохтонної маячної ідеї); фактично, у вигляді нав'язливої виступає автохтонна маячна ідея (53,33 %);

б) псевдоobsesії із недорозвинутою або резидуальною фабулою по відношенню до автохтонної маячної ідеї. У цьому випадку нав'язливі думки і / або нав'язливі дії є наслідком автохтонної маячної ідеї, впливають з неї, сюжетно пов'язані з нею, однак сама маячна ідея не виступає в якості нав'язливої і зазвичай частково амнезується хворим (46,67 %). Зміст передуючої їй маячної ідеї зміст вдається встановити тільки за допомогою детального розпитування з психоаналітичним компонентом.

Висновки. Встановлено, що в більшості випадків етіопсихопатогенез obsesivних явищ в структурі шизофренії розміщувався в площині параноїдного синдрому, фактично йшлося про псевдоobsesії, які вдалося розділити щодо змістовного компоненту на псевдоobsesії із автохтонним і резидуальним змістом.

КОМПЬЮТЕРНО-ТОМОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАЛЛЕЛИ У БОЛЬНЫХ В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ РАЗЛИЧНЫХ ТИПОВ МОЗГОВЫХ ИНСУЛЬТОВ

Дарий И.В., Баранова Е.В., Бирюк В.В.

Научный руководитель: доц. Сикорская М.В.

Запорожский государственный медицинский университет

Кафедра нервных болезней

Цель. Выявить параллелизм между компьютерно-томографическими данными и клинико-неврологическими показателями у больных в остром периоде ишемического (ИИ) и геморрагического (ГИ) инсульта.

Материалы и методы. Был проведен мета-анализ 131 историй болезни с МИ: ИИ-94, ГИ- 37. Все пациенты были обследованы и проходили лечение в 6-й клинической городской больнице. Больным было проведено неврологическое обследование (тяжесть состояния оценивали по шкале NIHSS), компьютерная томография (КТ), где учитывались объем очага (ОО) и смещение срединных структур (ССС). КТ головного мозга проводилось на томографе «Siemens SOMATOM Spirit». Объем очага определяли по формуле эллипсоида: $V = 0,52 \times A \times B \times C$, где V – объем очага поражения, 0,52 – коэффициент для расчета неправильного эллипса, A, B, и C – его диаметры.

Результаты исследования. Было установлено, что при ИИ из 34 пациентов, у которых ОО был менее 25 см³, ни у кого не было СССР; из 30 больных с ОО более 25 и менее 100 см³, смещение было у 7 (23,3%); из 10 пациентов с ОО более 100 см³, смещение было у 8 (80%). Из 94 больных ИИ у 15 исследуемых (15,9%) было выявлено СССР, их ОО составил в среднем 107,24 см³. При ГИ из 37 больных у 22 пациентов (59,5%) было СССР, их ОО в среднем составил 37,6 см³. У 19 исследуемых (86,4%) из 22 было определено, что очаг локализовался в непосредственной близости от срединных структур.

Выводы. 1) Частота смещения срединных структур прямо-пропорциональна объему очага при ИИ. 2) У больных ИИ угроза смещения срединных структур возникает при объеме очага более 25 см³, что может быть одним из критериев прогноза развития дислокационного синдрома. 3) При ГИ смещение наступает чаще при меньшем объеме очага, чем при ИИ. Это связано с тем, что при ГИ имеет значение не столько объем очага, как его локализация: не зависимо от объема, смещение срединных структур прямо-пропорционально тому, насколько близко располагается очаг к срединным структурам.