

країни. У 2014 р. в Україні поширеність хвороб периферичної нервової системи становила 1 325,1 на 100 тис. населення. Всього з цією патологією зареєстровано серед дорослого населення 467 882 мешканців нашої країни.

Розсіяний склероз (РС) посідає друге місце з інвалідизації серед хвороб нервової системи. У 2014 р. в Україні було зареєстровано серед дорослого населення 19 114 хворих на РС, що на 100 тис. населення становить 54,1. У 2014 році вперше захворіли на РС 1 215 мешканців України, що на 100 тис. населення становить 3,4. Поширеність запальних хвороб ЦНС у 2014 р. становила 155,1 на 100 тис. населення. Всього зареєстровано серед дорослого населення з цією патологією 54 746 хворих. Вперше захворіли на запальні хвороби нервової системи 5 878 осіб, що на 100 тис. населення становить 16,6. Хвороба Паркінсона та синдром паркінсонізму є чи не найпоширенішою формою рухової патології людини, що вражає понад 1 % популяції людей старших за 60 років. На 2014 р. в Україні зареєстровано серед дорослого населення 22 246 пацієнтів з цією недугою, що на 100 тис. населення становить 63,0 випадки. В 2014 році діагноз «хвороба Паркінсона» вперше був встановлений 1 990 жителям України, що на 100 тис. населення становить 5,6 випадки. Епілепсія та епілептичні синдроми залишаються одними з найпоширеніших і соціально значущих захворювань нервової системи. В Україні на неї страждають в середньому 50—73 особи на 100 тис. населення. Поширеність епілепсії в Україні у 2014 р. становила 76,6 на 100 тис. населення, а захворюваність — 5,4 на 100 тис. населення. В цілому по Україні у 2014 році, порівняно з минулими роками, спостерігалось незначне збільшення кількості неврологічних хвороб.

Для надання допомоги хворим на неврологічні захворювання в Україні є 23 143 ліжка, що на 10 тис. становить 5,41. Обіг неврологічного ліжка становив 32,53. Середній показник зайнятості неврологічного ліжка становив 350 днів. Середня тривалість перебування хворого на ліжку становила у 2014 році 10,76.

УДК 616.45-001.1/.3-003.96:001.8

Т. П. Мозгова¹, І. В. Лещина¹, С. В. Федорченко²

¹Харківський національний медичний університет;

²Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Стрес і розлади адаптації

Збільшення і розповсюдженість пограничної психічної патології наголошують як вітчизняні, так і закордонні вчені. Сформована в останні роки в Україні соціальна, економічна і політична ситуація робить негативний вплив на психічне здоров'я населення, знижуючи адаптивні можливості організму. За статистичними даними, на розлади адаптації страждають від 5 до 51 % пацієнтів лікарів-інтерністів. Усе вищеперелічене обумовлює актуальність вивчення даної проблеми.

Мета дослідження: оптимізувати стратегію психотерапевтичних заходів у хворих з розладами адаптації.

Серед загальної кількості пацієнтів, які звернулися за психіатричною допомогою амбулаторно протягом року, з розладом адаптації було 53 хворих, що становило 35,33 %.

У дослідженні був використаний клініко-психопатологічний метод.

Для створення загальної характеристики та визначення окремих особливостей було вирішено включати

в дослідження без гендерних та вікових обмежень усіх хворих, клінічні прояви яких відповідали діагностичним критеріям розладів адаптації. В результаті віковий показник хворих мав діапазон від 18 до 67 років, при цьому основну частину становили хворі 36—48 років. У досліджуваній групі переважали жінки — 67,92 % випадків.

Психогенний характер виникнення розладів адаптації передбачає початкову предиспозованість біологічної основи у вигляді особистісно-типологічних характеристик обстежених хворих. Клініко-психологічний аналіз дозволив виявити індивідуальну чутливість пацієнтів, при якій порушенню схильні тонкі, високодиференційовані особливості особистісної індивідуальної пристосованості (самоусвідомлення, самооцінка, самоорганізація і самоконтроль). Особливу роль у патологічному процесі відіграє особиста значимість емоційно-стресової ситуації.

У проведеному нами дослідженні для хворих жіночої статі найбільш актуальною була сімейна або особиста драма, хвороба або втрата близької людини; для чоловіків на першому місці значилися події соціального і матеріального характеру — успіх у кар'єрному зростанні, підприємницької діяльності та проблема власного здоров'я.

На думку деяких авторів розлади адаптації характеризуються порівняно сприятливим перебігом, однак поліморфізм клінічних проявів суб'єктивно важко сприймається хворими. Найбільш тяжкими є симптоми соматоневрологічного профілю, емоційні порушення у вигляді тривоги, туги, депресії, а також диссомнії та запаморочення.

Таким чином, для хворих з розладами адаптації характерна високодиференційована організація особистісних характеристик і лімітовані адаптаційні можливості організму; до розладів найбільш схильний контингент середнього віку (частіше жінки); стратегія психотерапевтичного паттерну передбачає індивідуальний підхід з урахуванням виявлених вікових, гендерних та інших особливостей.

УДК 616895.8-08.316.6

Г. В. Морванюк, А. Є. Волощук

Одеський національний медичний університет, м. Одеса
Гендерний підхід в комплексній терапії параноїдної форми шизофренії

Вплив фактора статі залишається до теперішнього часу відносно мало вивченим аспектом в клінічній психіатрії, хоча статеві відмінності захворювань є однією серед головних біологічних, медичних та соціальних проблем. В психіатрії гендерні відмінності досить чітко виступають не лише серед таких хвороб як депресії, фобії, панічні атаки, афективні розлади, адиктивні залежності, а й під час дослідження шизофренії. Більшість психіатрів — дослідників шизофренії вважають, що чоловіки, на відміну від жінок, починають хворіти раніше, мають нижчий рівень преморбідного функціонування, гірші когнітивні показники, а також деякі відмінності в структурних та функціональних порушеннях мозку.

Мета дослідження: Розробити заходи психофармако-терапії з урахуванням гендерних особливостей хворих на параноїдну шизофренію. Виявити гендерні характеристики пацієнтів, які страждають на параноїдну шизофренію.

Дослідження проходило на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». До участі було включено 167 хворих на параноїдну форму шизофренії. Всі обстежувані були поділені на дві групи за гендерною

ознакою: 89 чоловіків склали групу один (Г1), а 78 жінок — групу два (Г2). Умови проведення роботи відповідають загальноприйнятим нормам моралі, вимогам дотримання прав, інтересів особистості учасників дослідження. Хворі та їхні родичі були поінформовані про тему, мету, та методи даного дослідження.

Хворі на параноїдну форму шизофренії чоловіки, в порівнянні з жінками, виявляли зниження гостроти емоційного реагування, виразності мімічних реакцій, модулювання емоцій, багатства комунікативної жестикуляції, а також недостатність інтересу, залучення та ефективної участі в життєвих подіях. Серед негативних синдромів у досліджуваних з обох груп рівномірно переважали усі негативні прояви сплосчення афекту, емоційна відгородженість, пасивно-апатичний соціальний відхід, стереотипність мислення.

Серед загальнопсихопатологічних симптомів для жінок більш характерні тривожність, соматична збентеженість, почуття провини, пов'язане з тривогою, манерність, дезорієнтованість. Чоловікам більш властиве порушення мислення, його стереотипність та незвичність змісту.

Отже, в клінічних проявах параноїдної шизофренії для жінок є більш характерними афективні порушення, для чоловіків більш властиві розлади мислення.

УДК 616.45-001.1/3-003.96-006

І. Р. Мухаровська^{1, 2}, М. В. Маркова¹

¹*Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків;*

²*Київський міський клінічний онкологічний центр, м. Київ*

Особливості нозогенно обумовленого стресу та психоадаптивний потенціал пацієнтів онкологічного профілю

Онкологічний діагноз — це потужний стресогенний чинник, що спричиняє глибокі психічні зрушення на емоційному, когнітивному та поведінковому рівнях функціонування особистості. Результуюча адаптації пацієнта онкологічного профілю залежить від багатьох чинників, які умовно можна поділити на персональні, нозогенні, психосоціальні, організаційні.

Яким чином пацієнт відреагує на стрес — безумовно, буде залежати від особливостей самого індивіда, а саме — співвідношення адаптивних та дезадаптивних рис характеру, індивідуального стилю копію, загального рівня стресостійкості, життєвого досвіду та успішності подолання попередніх психотравмуючих подій — це персональний чинник.

Нозогенний блок описує біологічні характеристики захворювання — тип перебігу, вираженість соматичного дистресу, тяжкість лікування, ускладнення та прогноз хвороби. В цьому сенсі особливістю онкологічних хвороб є їх прогресуючий перебіг та загроза для життя, високий рівень фізичного дискомфорту, в тому числі і у зв'язку з лікуванням. Таким чином, онкопатологію вирізняє інтенсивний нозогенний стрес, що додатково посилюється соціальною стигматизацією — стійким уявленням про причетність онкологічного хворого.

Психосоціальний компонент відображає соціальний статус та пов'язаний з ним зовнішній психологічний ресурс пацієнта — наявність сторонньої підтримки і можливості заміщення тимчасових чи стійко втрачених функцій. Це обумовлює погляд на сім'ю та близьких хворого як невід'ємних учасників лікувального процесу та суб'єктів

психологічної допомоги, нарівні з пацієнтами на кількох етапах терапії — в кризові періоди рецидиву, переходу на паліативне лікування, коли оточуючі самі переживають сильний натиск стресу.

За допомогою організаційного чинника регулюються питання надання медико-психологічної допомоги хворим онкологічного профілю: укомплектованість спеціалістами, проходження психологами відповідної фахової підготовки та підвищення кваліфікації, наявність приміщень для проведення індивідуальних та групових психологічних заходів, взаємодія медичної, психологічної та психіатричної служб, загальні та локальні протоколи і стандарти медико-психологічної допомоги, документація та звітність.

Вищеназвані чинники формують психоадаптивний потенціал, характеристиками якого є інтегративність, вимірюваність, можливість модульно впливати на його зміну, оцінювати ефективність проведених медико-психологічних заходів.

Варто зауважити, що незважаючи на широкий спектр проблем, пов'язаних з психічним здоров'ям у онкологічній клініці, ініціативи щодо медико-психологічної допомоги в цілому залишаються локальними, розрізненими та ситуативними. На сьогодні клінічна практика потребує визначення єдиної стратегії та створення моделі надання медико-психологічної допомоги пацієнтам онкологічного профілю, розроблення гнучких алгоритмів та протоколів, стандартів, що регулюють роботу психологічної служби.

УДК 616.89-008.441.13:616.895.4-07

Н. Ю. Напрєєнко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Походження та клінічні варіанти депресій при алкогольній залежності

До найпоширеніших психічних порушень у хворих із алкогольною залежністю (АЗ) відносять депресивні розлади (ДР). Наявність ДР при АЗ часто зумовлює актуалізацію патологічного потягу до алкоголю, що є рецидивонебезпечною ситуацією і значною мірою зумовлює зниження якості та тривалості ремісії.

Комплексне обстеження 160 таких хворих показало, що ДР при АЗ є гетерогенною групою афективної патології. В цілому подібні депресії можна поділити на психогенні (106 пацієнтів — 66,3 %), ендогенні (18 — 11,3 %), органічні (36 — 22,4 %) та змішані. Серед причин їх виникнення велику питому вагу мають соціально-психологічні чинники. З одного боку, в таких осіб наявне усвідомлення необхідності докорінної зміни стилю життя, стереотипів, манери поведінки. З другого боку, хворі не спроможні адекватно контролювати власні емоції, реагувати на стресогенні ситуації повсякденного життя без вживання алкоголю. Внаслідок цього у пацієнтів розвивається соціальна дезадаптація, збільшується ризик аутоагресивної поведінки, знижується ефективність лікувальних та реабілітаційних заходів. При цьому формується замкнене коло: зловживання алкоголем спричиняє емоційні порушення, які, в свою чергу, ведуть до посилення алкоголізації. Поглиблення преморбідних тенденцій до депресивного реагування на несприятливі чинники внаслідок соматичних, цереброорганічних і соціальних ускладнень залежності, небажання визнати себе хворими, некритичність, неможливість усвідомити негативний вплив наслідків вживання алкоголю на соціальні відносини, відсутність