

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я MENTAL HEALTH

Міждисциплінарний науково-
практичний журнал

Випуск 2(3) 2004 року

Засновники і видавники:

Київська медична академія
післядипломної освіти.

Київська міська клінічна
психоневрологічна лікарня №1
(Міський науковий інформаційно-
методичний центр з організації
психіатричної допомоги)

Журнал зареєстровано
Державним комітетом
інформаційної політики,
телебачення і радіомовлення
України

Свідоцтво про державну
реєстрацію: серія KB №7877 від
10.09 2003 року

Мови видання: українська,
російська, англійська.

Рекомендовано до друку вченою
радою КМАПО (протокол засідання
№3 від 19.05. 2004 р.)

Літературний редактор,
коректор - Світлана Івченко

Адреса редакції:

вул. Фрунзе, 103-А, корпус 1, 04080
Київ, Україна
Міський науковий інформаційно-
методичний центр з організації
психіатричної допомоги
Тел. 468-29-32.
E-mail: mnimc@health.kiev.ua

Макет верстка, друк:

Друкарня "Атопол".
Свідоцтво до внесення до
Державного реєстру видавців,
виготівників та розповсюджувачів
видавничої продукції КІ №30
від 24.05.02 р.
Пр-т Московський, 9,
м.Київ, 04073
Тел. 496-04-80, 468-68-69
E-mail: atopol_inc@ukr.net

Підп. до друку 24.06.04 р.
Формат 60х84/8
Папір офсетний.
Гарнітура Arial.
Ум. друк. арк. 12,0. Обл.-вид. арк.
8,93. Тираж 500
Зам. 315

Зміст

Вступне слово головного редактора

3

Психічне здоров'я: соціальні, біологічні та психологічні аспекти
Грузева Т.С., Кульчицька Т.К. Сучасні тенденції психічного здоров'я населення та заходи щодо його поліпшення

Розлади психіки та поведінки, психосоматика
Спіріна І.Д., Леонов С.Ф., Серебритьська О.В., Лагутін В.А., Дячук А.М. Особливості діагностування психічного стану хворих на ревматоїдний артрит
Формалізовані процедури діагностики та оцінки якості життя у хворих на депресивні розлади

Дитяча та підліткова психіатрія
Кузнецов В.Н. Состояние психиатрической помощи детям Украины

Геронтопсихіатрія
Дзержинська Н.А. Непсихотические психические расстройства у больных пожилого возраста с хронической кардиальной патологией
Олійник А.В. Клініка і лікування депресій у осіб похилого віку

Аддиктивні розлади
Гордийчук С.А. Особенности психопатологической структуры алкогольного делирия у подростков и юношей

Фармакотерапія психічних розладів
Нетрусова С.Г., Дзюб Г.К. Психофармакологические средства преодоления резистентности при эндогенной патологии
Штефан Лойхт Амисульприд - избирательный антагонист допамина и нетипичный антипсихотик: результаты анализа метарандомизированных управ-
ляемых испытаний
Энн М. Мортимер Как мы выбираем между нетипичными антипсихотиками? Преимущества амисульприда

Психотерапія та медична психологія
Короткоожкин В.Г. Интегральный подход к лечению психических расстройств

Етичні та правові аспекти психічного здоров'я
Мельник В.И. Клинико-социальные характеристики психически больных, находящихся на принудительном лечении в психиатрической больнице со строгим наблюдением
Роцин О.А., Шуренок Г.Г., Голубничий О.С., Жогов Ю.О., Манжуленко Т.О., Шуляк Н.М. Роль етологічного методу у виявленні дисимулятивних тенденцій хворих на параноїдну форму шизофренії, які перебувають на примусовому лікуванні у відділеннях з посиленням та звичайним наглядом у зв'язку зі скоєними суспільно небезпечними діями

Організація і управління психіатричною допомогою
Барановська Л.М., Юдін Ю.Б., Мазуренко М.О., Барановський К.Л., Івченко С.М., Лоза Д.Д. Про інтеграцію лікарів загальної практики в систему охорони психічного здоров'я

Огляди, дискусії, обмін досвідом
Бурчинский С.Г. Бупропион (веллбутрин): новый подход к фармакотерапии депрессий
Манзуби В.А. Связь феноменологических форм депрессивных расстройств с нарушениями определенных нейротрансмиттерных систем и использование феноменологических классификаций депрессий для выбора антидепрессанта
Олійник О.П. Актуальні аспекти профілактики суспільної небезпеки та примусового лікування психічно хворих з органічним ураженням головного мозку

Хроніка, ювілеї, інформація
Shumliansky V.G. Mental health care development in Ukraine. Local experience .
Петрюк П.Т. Профессор Николай Васильевич Краинский - известный представитель отечественной психиатрической школы (к 135-летию со дня рождения)
Стоименов Й. Признание заслуг украинского ученого в Болгарии
Пам'яті Іди Дмитрієвни Шевчук (некролог)
Чернявский Владимир Мечиславович - выдающийся психиатр
До уваги авторів (вимоги до написання статей)

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

В.А. Абрамов (Україна)
 І.Ф. Аршава (Україна)
 К.Л. Барановський (Україна)
 А.М. Бачеріков (Україна)
 В.Г. Бідний (Україна)
 Л.О. Булахова (Україна)
 В.В. Вандиш-Бубко (Росія)
 Н.В. Вербенко (Україна)
 Л.П. Гульчий (Україна)
 І.С. Зозуля (Україна)
 Ю.П. Закаль (Україна)
 М.О. Качаєва (Росія)
 В.Г. Коротоножкін (Україна)
 В.П. Котов (Росія)
 В.М. Краснов (Росія)
 Р.Т. Крутікова (Україна)
 Х. Лопез-Ібор (Іспанія)
 М.О. Мазуренко (Україна)
 Р.М. Макомела (Україна)
 М.М. Мальцева (Росія)
 О.М. Морозов (Україна)
 Г. Нанейшвілі (Грузія)
 Р.І. Никифору (Україна)
 А.В. Олійник (Україна)
 П.Т. Петрюк (Україна)
 В.С. Подкоритов (Україна)
 Ю.М. Полієнко (Україна)
 Л.В. Ромасенко (Росія)
 В. Рутц (Швеція)
 В.П. Самохвалов (Україна)
 Н. Сарторіус (Швейцарія)
 І.Д. Спіріна (Україна)
 С.І. Табачников (Україна)
 О.С. Чабан (Україна)
 А.В. Хмелевська (Україна)
 В.А. Шумлянський (Україна)
 В.Д. Юрченко (Україна)
 Л.М. Юр'єва (Україна)
 В.С. Ястребов (Росія)

Contents

The opening word of head editor	3
Mental health: social, biological and psychological aspects	
<i>Hruseva T.S., Kulchitska T.K.</i> Modern tendencies in the population's psychic health and actions towards their improvement	4
Mental and behavioral disorders, psychosomatic	
<i>Spirina I.D., Leonov S.F., Serebriiska O.V., Lagutin V.A., Dyachuk A.M.</i> Features of diagnosing of mental disorders in rheumatoid arthritis patients	
<i>Blazhevych Y.A.</i> The formalized procedures of diagnostics and estimation of quality of a life at patients with depressive frustration	
Infant and adolescent psychology	
<i>Kuznetsov V.N.</i> Psychiatric assistance to a children in Ukraine.....	
Herontopsychiatry	
<i>Dzeruzhinskaya N.A.</i> Nonpsychotic psychiatric disorders at the gerontological patients with a cardiac pathology	
<i>Olijnyk O.V.</i> Clinic and treatment of depressions at persons of advanced age	
Addictive disorders	
<i>Gordiychuk S.A.</i> Particularities of psychoathological features at the hospital of alcoholic delirium with teen-agers and youth	
Pharmacotherapy of mental disorders	
<i>Netrusova S.G., Dzub G.K.</i> Psychopharmacological of means of overcoming of resistency at endogenous pathologies	
<i>Stefan Leucht</i> Amisulpride - a selective dopamine antagonist and atypical antipsychotic: results of a meta-analysis of randomized controlled trials	
<i>Ann M. Mortimer</i> How do we choose between atypical antipsychotics? The advantages of amisulpride	
Psychotherapy and medical psychology	
<i>Korotonozhkin V.G.</i> Integrated the approach to treatment of mental frustration.....	
Ethical and legal aspects of mental health	
<i>Melnik V.I.</i> Clinical-social performances mentally the patients, were on forced treatment into psychiatric hospital with strict observation	
<i>Roshchin O.A., Shurenok G.G., Golubnichij O.S., Zhogov J.O., Manzhulenko T.O., Shulyak N.M.</i> Role of ethologic method in detection of dissimulative tendencies in patients with the paranoid form of schizophrenia, which on compulsory medical treatment in departments with intensified and ordinary supervision in connection with the social dangerous acts	
Psychiatric assistance organization and management	
<i>Baranovska L.M., Yudin Y.B., Mazurenko M.O., Baranovsky K.L., Ivchenko S.M., Loza D.D.</i> About integration of doctors of the general practice into system of protection of mental health	
Reviews, discussions, experience' exchange	
<i>Burchynskij S.G.</i> Bupropione (Wellbutrin): a new approach to pharmacotherapy of depressions	
<i>Mangubi V.A.</i> Interrelation between phenomenological forms of depressive disorders and certain neurotransmitter system disturbances and usefulness of phenomenological depression classifications for antidepressant choice	
<i>Olijnyk O.P.</i> Actual aspects of prophylaxis of public danger and compulsory treatment mentally patients with the organic defeat of a cerebrum	
Chronicle, jubilees, information	
<i>Shumliansky V.G.</i> Mental health care development in Ukraine. Local experience	
<i>Petryuk P.T.</i> Professor M.V. Kravynskiy - the known representative of domestic psychiatric school (to the 135-anniversary from birthday)	
<i>Stoimenov Y.</i> Recognition of merits of the Ukrainian scientist in Bulgaria	
<i>To remember of Ida Dmitrivna Shevchyuk</i> (necrologue)	
<i>Chernyavsky M. Volodymyr</i> - outstanding psychiatrist	
The notice for our authors (requirements to the articles)	

Шановні читачі !

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Європейська комісія і Рада Європи організовують Європейську конференцію ВООЗ на рівні міністрів з охорони психічного здоров'я, що відбудеться в Хельсінкі (Фінляндія) з 12 по 15 січня 2005 року, і на неї будуть запрошені представники всіх 52 держав-членів Європейського регіону ВООЗ і ряду організацій. Передбачається, що на основі ретельної підготовчої роботи і вихідних документів міністри охорони здоров'я зможуть обговорити і погодити Декларацію, у якій буде викладено принципи плану дій з охорони психічного здоров'я для всіх країн, що беруть участь у конференції. Передбачається, що цей план повинен бути пристосований до країн з різними рівнями розвитку медичних служб, ресурсної бази і політики в цій галузі.

За експертними оцінками ВООЗ, сьогодні близько 400 млн чоловік страждають на нервово-психічні захворювання і відчувають психологічні проблеми, пов'язані з алкоголем чи наркотиками. Більше 45 млн чоловік у віці більше 18 років хворіє на шизофренію. Близько 11 млн чоловік в усьому світі страждає на хворобу Альцгеймера і прогнозується, що ця кількість збільшиться удвічі до 2025 року. На епілепсію у світі хворіє 45 млн чоловік. Депресивні розлади і шизофренія є причиною 60% усіх суїцидів. В усьому світі 12% випадків втрати працездатності пов'язано з психічними порушеннями. У високорозвинених країнах це число досягає 23%. У багатьох країнах існують труднощі з вирішенням питань охорони психічного здоров'я на різних рівнях, також спостерігається велика розмаїтість підходів і методів, застосовуваних для подолання цих труднощів. Міністри охорони здоров'я, що беруть участь у конференції, зможуть не тільки ознайомитися з проблемами, що стоять перед державами, але й одержати інформацію про раціональні шляхи їхнього розв'язання в різних країнах.

У конференції будуть розглянуті ключові питання зміцнення психічного здоров'я, профілактики психічних розладів і надання медичної допомоги особам з такими розладами. Перед конференцією в Хельсінкі в 2005 р. заплановано проведення серії передконференційних нарад. На сьогодні відбулося 5 нарад:

- Нарада з питань прав людини стосовно проблем осіб із психічними розладами, що організована Радою Європи і Європейським регіональним бюро ВООЗ у Копенгагені в лютому 2003 р.
- Конференція під егідою Європейського союзу на тему "Психічні захворювання і стигматизація в Європі", що відбулася в Афінах у березні 2003 р.
- Нарада експертів на тему "Стратегії профілактики самогубств", організована урядом Бельгії разом з Європейським регіональним бюро ВООЗ у березні 2004 р.
- Передконференційна нарада з соціального стресу, Москва, 3-5 червня 2004 р.
- Передконференційна нарада, присвячена стану психічного здоров'я населення країн Європейського Союзу, Париж, 30 червня 2004 р.

Повинні відбутися ще 2 передконференційні наради:

- З питань охорони психічного здоров'я дітей і підлітків, Люксембург, 20-21 вересня 2004 р.
 - На тему "Психічне здоров'я і професійне життя", Таллін, 4-5 жовтня 2004 р.
- Редколегія нашого журналу обов'язково проінформує читачів про результати Європейської конференції ВООЗ на рівні міністрів з охорони психічного здоров'я.

З повагою В.М. Кузнецов,
головний редактор

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я: СОЦІАЛЬНІ, БІОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ

УДК 312.6:616.89-06-082-084

Сучасні тенденції психічного здоров'я населення та заходи щодо його поліпшення

Т.С. ГРУЗЄВА, Т.К. КУЛЬЧИЦЬКА
Український інститут громадського здоров'я,
м. Київ



Резюме. В статье представлены проблемы и современные тенденции психического здоровья населения в Украине и в мире. Показана динамика показателей, которые отображают расстройства психики и поведения детей, подростков, трудоспособного населения и лиц пожилого возраста за последние 5 лет. Освещены некоторые аспекты распространенности и программно-целевое регулирование вопросов охраны психического здоровья.

Ключевые слова: расстройства психики и поведения, алкоголизм, наркомания, суицидальное поведение, заболеваемость, распространенность, охрана психического здоровья.

Summary. The paper covers problems and actual tendencies in the population's psychic health development. The dynamic of indices showing psychic disorders and behavior in children, adolescents, working population and elderly people over the last 5 years has been presented. Some aspects concerning prevalence of alcoholism, drug addiction, suicidal behavior have been elucidated. The legislation and the target-program regulation concerning psychic health protection is given.

Key words: disorders of psychics and behavior, alcoholism, drug addiction, suicidal behavior, morbidity, prevalence, protection of mental health.

Головним завданням у сфері охорони здоров'я є збереження та зміцнення здоров'я громадян, забезпечення їх доступною і якісною медичною допомогою з метою підвищення тривалості активного життя, поліпшення його якості.

Важливою складовою громадського здоров'я є психічне здоров'я поряд з фізичним, соціальним і духовним. Одним із завдань ВООЗ у руслі виконання Європейської політики "Здоров'я для всіх на ХХІ століття" є досягнення стійкого і безперервного скорочення психічних розладів, покращення якості життя всіх осіб із такими розладами та порушеннями, а також запобігання зростанню тенденцій самогубств та спроб до самогубств. Крім того, повинно бути значно скорочено споживання таких шкідливих для здоров'я речовин як алкоголь і наркотичні засоби [1].

Епідеміологічні дослідження свідчать, що на сьогодні близько 450 млн людей у світі страждають на психічні і неврологічні розлади і мають психосоціальні проблеми, які пов'язані з алкоголізмом і наркоманією. За прогнозами, у наступні 20 років другою причиною тягаря хвороб стане депресія, яка найчастіше призводить до інвалідності. Значно поширені у світі алкоголізм, епілепсія, шизофренія, на які страждають відповідно 70, 50 і 24 млн осіб. Характер епідемії набули випадки самогубств. Щорічно від 10 до 20 млн осіб здійснює спроби

самогубств, близько 1 млн з яких закінчуються трагічно [2,3,4].

Уже зараз психічні розлади являють собою п'яту з десяти провідних причин інвалідності у світі. Погане психічне здоров'я може відігравати значну роль у зменшенні захисних функцій імунної системи, розвитку певних хвороб і передчасної смерті. Отже, людський соціальний і економічний тягар психічних хвороб надто великий. Тому зрозуміла причина детального розгляду всіх аспектів психічного здоров'я Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я у 2001 р.

Сучасні наукові досягнення розширюють наші уявлення про те, як фізіологічні, біологічні, соціальні, психологічні, екологічні чинники викликають психічні розлади.

Нині значного поширення в популяції набули порушення, пов'язані зі стресом, що може бути зумовлено напруженим ритмом сучасного життя, а також зниженням стресової стійкості в умовах дефіциту часу, надміру інформації, проблемами в родині та на виробництві [5,6,7].

Сучасні дослідження свідчать [8], що вплив чинників, які викликають стрес, на різних етапах асоціюється з постійною гіперактивністю мозку і підвищує вірогідність виникнення депресій в пізні періоди життя. Дуже важливими є соціальні чинники, такі як неконтрольована урбанізація, бідність, різкі соціально-еконо-

мічні зміни, а також конфлікти, вікові зміни, стійкі катастрофи, соматичні захворювання, сімейні стосунки. Важко переоцінити внесок нейронауки, генетики, психології, соціології в покращення нашого розуміння цих складних взаємовідносин.

Наше повсякдення характеризується послабленням не тільки фізичного, а й психічного здоров'я [9 -14].

Психічні хвороби, кількість яких значно зростає і в нашій країні, призводять до тяжких страждань людей і значного зниження якості життя.

Статистичні дані свідчать, що у 2003 р. вперше виявлено 227,9 тис. випадків психічних хвороб (або 476,9 на 100 тис.), всього їх зареєстровано 2,2 млн (або 4695,0 на 100 тис.). Частка розладів психіки і поведінки в структурі поширеності хвороб серед всього населення становить 2,9%.

Поширеність розладів психіки та поведінки серед дитячого населення щорічно зростає і досягла у 2003 р. 258,1 тис. випадків хвороб (або 34,3 на 100 тис.), що вище, ніж 5 років тому на 8%. Частка цих хвороб у структурі поширеності хвороб дорівнює 2%. У 2003 р. всього виявлено 95,8 тис. випадків психічних розладів у підлітків (або 414,7 на 10 тис.). Це стільки ж, як у 2002 р. і на 8,4% менше, ніж 5 років тому. Лише у 2003 р. вперше діагностовано 14,9 тис. випадків розладів психіки і поведінки у підліткового населення (або 64,4 на 10 тис.). Ця патологія значно поширена у підліткового контингенту, її частка складає 2,7% у структурі поширеності хвороб. Розлади психіки і поведінки у 2,6 разу частіше зустрічаються у юнаків.

Ще більше поширені психічні розлади у осіб працездатного віку (4,2% у структурі всіх зареєстрованих хвороб). Всього у 2003 р. у працездатного населення зареєстровано 1,6 млн випадків хвороб (або 5699,8 на 100 тис.). З них вперше виявлено 149,6 тис. хвороб (або 531,6 на 100 тис.). І захворюваність, і поширеність цих хвороб як порівняно з попереднім, так і з 1998 р. має тенденцію до зниження. У осіб непрацездатного віку частка розладів психіки і поведінки у структурі поширеності складає 1,4%. У 2003 р. вперше виявлено 32,3 тис. хвороб (або 284,4 на 100 тис.). Всього їх зареєстровано 381,8 тис. (або 3357,6 на 100 тис.). Непрацездатне населення у 2003 р. зверталося по медичну допомогу з цих причин на 8,0% частіше, ніж 5 років тому, і на 1,7% частіше, ніж рік тому.

Проблема психічного здоров'я людей літнього віку є одним із провідних напрямів у су-

часній психіатрії. Поширеність розладів психіки і поведінки у цих осіб складає 10 - 25%. Водночас особи літнього віку з межевими психічними розладами виявляються рідко, що призводить до прогресування хвороб і розвитку інвалідності. Для осіб цього віку дуже характерними є депресивні стани - від 11 до 80%.

Серед психічно хворих, що перебувають під наглядом психоневрологічних диспансерів в Україні більшість належить до дорослого міського чоловічого населення. Щодо нозологічних форм, то більшість хворих складають особи з органічними розладами, розумовою відсталістю, невротичними розладами, пов'язаними зі стресом, та соматоформними [9].

Повені на Закарпатті, масове захворювання дітей під впливом екологічних чинників у Первомайському районі Миколаївської області, аварії на шахтах Донецької, Луганської та Дніпропетровської областей, авіакатастрофа у Львові та інші стали причиною виникнення у постраждалих, їхніх рідних, рятувальників різного роду психічних та психологічних порушень. Враховуючи можливість повторення в країні тих або інших антропогенних чи природних катастроф, розвитку інших екстремальних ситуацій, проблема профілактики, діагностики і лікування постстресових психічних розладів залишається актуальною.

Значною важкістю характеризується інвалідизація психічно хворих. Значну частину загальної кількості психічно хворих складають особи працездатного віку. Кількість психічно хворих, визнаних в Україні інвалідами первинно на 100 тис. населення, з 2000 р. не змінилась і становить 27,3%⁰⁰⁰. 9,2% від усіх інвалідів з психічних розладів складають діти до 14 років [9].

Тривогу викликає також стрімке зростання в країні пияцтва та алкоголізму, збільшення споживання населенням міцних спиртних напоїв. Визнано, що одних тільки існуючих законодавчих норм і адміністративних заходів явно не достатньо для протистояння цим страшним загрозам тисячам людських життів. У цьому питанні є широке поле для сумісної діяльності закладів охорони здоров'я та освіти, правоохоронних органів та законодавців.

Згідно з Європейським опитуванням учнівської молоді, здійсненим Державним інститутом проблем сім'ї та молоді, Українським інститутом соціальних досліджень у 1995,1999,2003 роках, переважна більшість опитаних представників молодого покоління України має досвід "знайомства" з алкогольними напоями, причому активне вживання алко-

голю більше по мірі дорослішання підлітків і притаманне як хлопцям так і дівчатам [15].

У 2003 р. у свої 15-16 р. кожна п'ята дівчина та кожний четвертий юнак вживали алкогольні напої 40 разів і більше. При порівнянні цих результатів з даними 1999 р. чітко простежується тенденція до зростання рівня поширення вживання алкоголю і серед хлопців, і серед дівчат.

Так у 1999 р., питома вага хлопців і дівчат у віці 13-15 років, які вживали алкоголь протягом життя 20 і більше разів, становила відповідно 16% і 17%, у 2003р. - відповідно 30% і 32%. У віці 15-16 років ці показники досягали 30% у 1999 р. та 37% і 32% у 2003 р.

Частка хлопців і дівчат 13-15 років, які за останні 12 міс. вживали алкоголь 20 разів і більше, у 2003 р. порівняно з 1999 р. зросла відповідно на 6% і 3%, хлопців і дівчат 15-16 р. - відповідно на 6% і 1%.

Дані соціологічного дослідження свідчать, що вживають пиво частіше, ніж щотижня, 15% підлітків 13-15 р., 20% - 15-16 р. і 25% - 16-17 р. Вживають вино частіше, ніж щотижня, 6% підлітків 13-15 р., 7% - 15-16 р., 8% - 16-17 р. Отримані дані виявили, що майже 3% хлопців та 1% дівчат вже можна віднести до залежних від алкоголю, оскільки вони практикують практично щоденне його вживання.

Проблема алкоголізму в підлітковому віці набула особливого значення ще з початку 80-х років і залишається дуже актуальною і сьогодні. Профілактика та лікування раннього алкоголізму є однією з загальнодержавних проблем, яку вивчають психіатри, наркологи, психологи, соціологи, педагоги, юристи.

Що стосується вживання наркотиків, молоді люди, як правило, наважуються вперше вжити наркотичну речовину в 14-16 р., тобто в період свідомої соціалізації особистості. Чим більший рівень урбанізації, тим істотніше більше питома вага підлітків, які мають досвід вживання наркотиків. Серед хлопців - 29%, а серед дівчат - 12% мали спробу вживання наркотику протягом життя. Порівняно з показниками 1995 р. спостерігається збільшення частки тих, хто здійснив першу спробу: серед хлопців з 20 до 29%, а серед дівчат з 9 до 12%.

Серед психоактивних речовин, спробу вживання яких здійснюють молоді люди, виділяються марихуана або гашиш, токсини (клеї тощо), алкоголь разом з ліками.

Аналіз показників у динаміці свідчить про досить стабільний рівень залучення неповнолітніх до більш-менш систематичного вживання наркотиків: протягом останніх 30 днів до моменту опитування 6-7% хлопців та 2-3% дівчат

вживали марихуану або гашиш.

Питома вага підлітків, які вживали протягом життя будь-які наркотики, зросла у хлопців з 20% у 1995 р. до 27% у 1999 р. і до 29% у 2003 р., у дівчат відповідно з 9% до 14% та 12%. Відсоток підлітків, які протягом життя вживали марихуану або гашиш, зріс із 29% у 1995 р. до 39% у 1999 р. та до 41% у 2003 р.

Надмірне вживання алкоголю підлітками є причиною розвитку у них розладів психіки, які реєструвалися у 2003 р. з частотою 4,2 на 100 тис. Порівняно з 2002 р. показник знизився на 16,0%. Вперше виявлено хронічні алкогольні синдроми у 2003 р. реєструвалися з частотою 2,4 випадку на 100 тис. Всього близько 100 підлітків страждають на цю недугу (4,1 у 2003 р. і 4,75 на 100 тис. у 2002 р.). Гострі психотичні алкогольні розлади реєструють з частотою 4,0 на 100 тис.

Значно частішими у підлітків є розлади психіки та поведінки від вживання наркотичних речовин. У 2003 році вперше звернулися по допомогу з цієї причини більше 200 підлітків (або 9,4 на 100 тис.), всього їх налічується близько 400 (або 15,5 на 100 тис.). З метою лікування та реабілітації у 2003 р. всього було здійснено 1024 звертання в ЛПЗ (або 44,0 на 100 тис.). У 2002 р. їхня кількість складала 1064 (або 45,5 на 100 тис.).

Почастішала кількість випадків хронічного алкоголізму у дорослих (88,2 у 2003 р. проти 85,9 на 100 тис. у 2002 р.). Алкогольні психози з однаковою частотою реєструвалися у 2003 р. і 2002 р. склали 21,8 випадку на 100 тис. Поширеність хронічного алкоголізму у 2003 р. становила 642,8 тис. випадків (або 1345,2 на 100 тис.), алкогольних психозів 15,6 тис. випадків (або 32,8 на 100 тис.).

В Україні у 2003 р. офіційно зареєстровано 85,4 тис. випадків вживання наркотиків з немедициною метою (або 178,8 на 100 тис. у 2003 р. проти 173,9 - у 2002 р.). Кількість випадків токсикоманії складає 2,8 тис. або 5,9 на 100 тис. (рік тому зареєстровано 2,7 тис. випадків, або 5,7 на 100 тис.).

Вперше всіх наркологічних розладів у 2003 р. зареєстровано 61,8 тис. (проти 63,1 у 2002р.), або 129,2 проти 130,8 на 100 тис. у 2002 р. Всього у 2003 р. їх діагностовано 746,8 тис. (або 1562,7 на 100 тис.), що майже стільки, як і рік тому.

Регіони України відрізняються залежністю населення від різних психоактивних речовин. Так, найбільша поширеність наркоманії спостерігається переважно в південно-східному регіоні країни (Дніпропетровська, Одеська, Миколаївська та Запорізька області), а най-

більша поширеність алкоголізму - переважно в центральному і північному регіонах (Чернігівська, Хмельницька, Кіровоградська, Київська, Полтавська області).

Різні види залежності від психоактивних речовин тісно пов'язані між собою. Тому адекватна оцінка динаміки будь-якого виду залежності неможлива без урахування впливу інших. Звертає на себе увагу те, що в областях з відносно високим рівнем поширеності наркоманії її подальше зростання супроводжується помітним зниженням поширеності алкоголізму. Навпаки, в областях з відносно низьким рівнем поширеності наркоманії (захід країни) її подальше зростання супроводжується ростом поширеності алкоголізму [16].

Зловживання алкоголем викликає серйозні порушення здоров'я, включаючи нещасні випадки та каліцтва, серцево-судинні захворювання, хвороби печінки тощо. Алкоголізація пов'язана зі злочинністю, призводить до руйнування сімей, відставання у навчанні, проблем на роботі. Тобто проблеми, пов'язані зі зловживанням алкоголю, зачіпають не лише тих, хто п'є, але й членів їхньої сім'ї, оточуючих, суспільство. Зловживання алкоголем є також однією з основних причин смертей, які можна попередити. Спеціальні дослідження свідчать, що збитки від пов'язаних з алкоголем проблем, становлять від 1% до 3% ВВП у різних країнах [17].

Україна увійшла в групу країн з високим рівнем суїцидальної активності (більше 20,0 самогубств на 100 тис. населення). Особливо високий рівень самогубств реєструються в центральному та південно-східному регіонах країни.

У 1988 р. на 100 тис. населення припадало 19 самогубств, у 2002 р. цей показник збільшився до 27,0 (у південно-східних областях країни - 33,2%-44,2%). Щороку близько 15 тис. жителів України чинять самогубства, що перевищує кількість випадків загибелі внаслідок насильницької смерті більше, ніж на 2 тис. осіб. Із загальної кількості суїцидальних спроб до 27% з них закінчуються смертю.

Психічні розлади спостерігаються у значної частини осіб з аутодеструктивною поведінкою. За даними світової статистики, депресивні розлади та шизофренія є причиною 60% всіх випадків самогубств психічно хворих, до 40% суїцидальних спроб здійснюються в стані алкогольного сп'яніння.

Самогубство притаманне як особам, які страждають на межові психічні розлади, так і особами з ендегенними психічними розладами. Проте лише 8% осіб, що скоїли завершене

самогубство, зверталися протягом свого життя по допомогу у державну психіатричну службу.

У останні десятиріччя підвищення рівня самогубств пов'язано зі зменшенням групи населення у віці до 15 р., зростання кількості людей у віці більше 65 р., та кількості жінок, які мають вищу освіту. Крім того чинниками ризику зростанню рівня самогубств є різке підвищення рівня безробіття, розлучень, вживання алкоголю та наркотиків. Соціальна дезадаптація, зокрема, безробіття, не тільки корелює з підвищенням суїцидального ризику, але й сприяє зростанню рівня психічних розладів. Серед соціальних характеристик суїцидентів-підлітків важливе місце займають безпритульність, зловживання наркотиками та алкоголем, безробіття батька [3].

Ця проблема є актуальною і для країн СНД, зокрема, Росії, де зареєстровано близько 8 млн осіб з психічними розладами і де щорічно під диспансерне спостереження беруть 130-135 тис. осіб. Дуже високі рівні первинної захворюваності у цій країні відзначаються у підлітковому віці, коли відбувається інтенсивна соціалізація особистості та активна фізіологічна перебудова організму. Суїцидна ситуація, що склалася в останні роки в Росії, набула масштабів національного лиха - щорічно 50 000 осіб закінчує життя самогубством [18].

Основи державної соціальної політики у галузі охорони здоров'я нашої країни закладені в Конституції України, Основах законодавства України про охорону здоров'я, нормативно-правових документах.

Однією з центральних проблем збереження психічного добробуту людини є визначення комплексу правових, соціальних, економічних, медичних заходів. У цьому переліку законодавче регулювання можна вважати стрижнем у діяльності щодо вирішення питань стосовно охорони здоров'я.

Верховна Рада України прийняла ряд законів України прямої дії в розвиток трьох (46-ї, 47-ї, 53-ї) статей V розділу "Основ законодавства України про охорону здоров'я" - "Лікувально-профілактична допомога" [19]. Це такі нормативно-правові акти: "Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів та зловживання ними" (1995), "Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів та зловживання ними" (1995), та постанови Кабінету Міністрів України про порядок діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин. У 2000 році прийнято Закон України "Про психіатричну допомогу", у 2003 р. опрацьовано за-

конопроект "Про основні засади державної політики запобігання алкоголізму в Україні".

Заходи щодо скорочення поширеності психічних розладів, алкоголізму та наркоманії започатковані у Міжгалузевій комплексній програмі "Здоров'я нації". Програму розроблено Міністерством охорони здоров'я України, Академією медичних наук України за участю провідних фахівців зацікавлених міністерств відомств і організацій. Координатором розробки програми є Український інститут громадського здоров'я, який здійснює моніторинг її виконання на державному рівні. Реалізація Міжгалузевої комплексної програми "Здоров'я нації" розрахована до 2011 року.

З метою скорочення поширеності психічних розладів, самогубств, алкоголізму та наркоманії, покращення якості життя усіх осіб з такими розладами і порушеннями, передбачено:

- створити систему державного захисту населення від непрофесійного лікування психічно хворих, шкідливого впливу рекламних заходів, загрозливих для здоров'я масових оздоровчих сеансів, а також пов'язаних із заподіянням шкоди здоров'ю відправ релігійного культу;

- розробити нові та підвищити ефективність діючих методів і засобів профілактики, лікування та реабілітації психічних розладів, зосередивши увагу на пріоритетності використання методів і засобів психогігієнічної корекції та реабілітації;

- здійснювати обмін інформацією про

охорону психічного здоров'я з ВООЗ;

- проводити наукові дослідження з епідеміологічних, психологічних та психогігієнічних аспектів психічної патології;

- здійснювати заходи з профілактики порушень соціально-психологічної адаптації населення до гострого і хронічного стресу;

- створити загальнодержавну систему превенції суїцидів у країні, насамперед для підлітків і молоді, шляхом створення кризових стаціонарів у загальносоматичних лікарнях (для парасуїцидентів);

- забезпечити надання належної медико-психологічної допомоги дітям та підліткам з граничними психічними розладами;

- впровадити сучасні методи профілактики суспільно небезпечних дій хворих на розлади психіки і поведінки;

- розгорнути мережу медичних закладів для надання медико-соціальної допомоги особам з тяжкими хронічними психічними розладами.

В Україні проводиться цілеспрямована політика щодо поліпшення медичного обслуговування хворих на розлади психіки і поведінки, поліпшення якості їхнього життя і здоров'я. Вона передбачає спільні дії психіатричної та загальносоматичної охорони здоров'я, інтеграцію психіатричної допомоги у практику загальної медичної, зміщення акцентів допомоги на позалікарняну мережу, розвиток соціально-реабілітаційної, психіатричної, психотерапевтичної та медико-соціальної служб.

Література:

1. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ (здоровье - 21). - ЕРБ ВОЗ. - Копенгаген, 1999. - 310 с.
2. The mental health context // World Health Organization, 2003. -44p.
3. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я. К вопросу о необходимости организации суицидологической службы в Украине // Укр. вісник психоневрології. -2002. -№10(20). -С.154-157.
4. Wasserman D. Suicide. An Unnecessary Death. -2001. -286 p.
5. Передерій В.Г., Безюк М.М. Стрес і його наслідки // Український мед. часопис. -2003. -№6/38. -С.65-69.
6. Organization of services for mental health // World Health Organization, 2003. -74p.
7. Stepoe A., Willemsen L Owen N. Acute mental stress elicits delayed increases in circulating inflammatory cytokine levels.// Clin. Sci. -2001. -№1. -p. 185-192.
8. Heim C., Newport D., Heit S. et al. Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood.// Journ. of the American Medical Association. -2000. -Vol 284, №5. -p.592-597.
9. Барановська Л.М., Юрченко В.Д. Характеристика громадського психічного здоров'я в Україні (за даними статистики МОЗ України, ГУОЗ та МЗ КМДА). // Психічне здоров'я. -2003. -№1. -С.7-10.
10. Кузнецов В.Н. Психіатрическая помощь детям Украины // Психічне здоров'я. -2003. -№1. -С.32-36.
11. Гордійчук С.А. Предпосылки и условия возникновения алкогольных психозов в подростковом и юношеском возрасте // Психічне здоров'я. -2003. -№1. -С.41-44.
12. Проблеми соціальної психіатрії (за ред. Л.М. Барановської). -К.: "Арата", 2003. -148 с.
13. Гайль-Еверс А., Гайль Ф. Психотерапевтична клініка - її рамкові умови і терапевтична концепція. В кн. "Стаціонарна психотерапія і рамкові умови" за ред. Шпанк, В. // Тези /форуму психіатрії та психотерапії. -Львів, 2003. -Т.4. -С.8-16.
14. Вієвський А.М. Охорона психічного здоров'я і наркологія // Психічні здоров'я. - 2003. - №1. - с. 5-6.
15. Динаміка поширення тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України: 1995, 1999, 2003. Європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотичних речовин. - Київ. - 2003. - 173 с.
16. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні // Центр медичної статистики МОЗ України. - К., 2002. - 448 с.
17. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2002 г. // Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, №97. - Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 2002. - 156 с.
18. Медик В.А. Социально значимые болезни современности // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2001. - №3. - С.18-20.
19. Основы законодательства Украины про охорону здоров'я. - К.: Б.В., 1992. - 38с.

РОЗЛАДИ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ, ПСИХОСОМАТИКА

УДК 616.89-02: 616.72-002.77-07-0.36.8

Особливості діагностування психічного стану хворих на ревматоїдний артрит

І.Д. СПІРІНА, С.Ф. ЛЕОНОВ,
О.В. СЕРЕБРИТСЬКА, В.А. ЛАГУТІН,
А.М. ДЯЧУК
Дніпропетровська державна медична академія

Резюме. Исследовано 80 женщин, больных ревматоидным артритом. Выявлены ведущие патопсихологические синдромы и личностные особенности больных. Определена зависимость уровня психических расстройств от клинических и возрастных факторов ревматоидного артрита. Разработан способ диагностики и прогнозирования психического состояния больных ревматоидным артритом.

Ключевые слова: психические расстройства, диагностика, функция, метод.

Summary. The mental disorders find out in is disturbing - depressive (46,15%), depressive (39,74%) and hypochondrial (14,11%) syndromes, which one are reshaped per the maiden 5 years of illness. The designed new functions both method of diagnosing and forecasting of mental condition ill on a rheumatoid arthritis both principles psycho- and pharmacotherapy of mental disorders coherent with a somatic pathology, which one are used in rheumatological, traumatological and psychosomatic establishments of public health services.

Key words: mental disorders, diagnostic, function, method.

Ревматоїдний артрит (РА) дуже поширений і складає більше одного відсотка в різних країнах (0,4% в Україні), часто вражає працездатних людей, особливо в молодому віці, та призводить до швидкої інвалідизації хворих, що являє серйозну медико-соціальну проблему [1-3]. РА - системне загальне захворювання сполучних тканин із переважним ураженням суглобів, до якого більше схильні жінки середнього віку (хворіють у 2-3 рази частіше, ніж чоловіки). Поступова обтяжливість клінічних проявів РА супроводжується психічними порушеннями, які впливають на динаміку хвороби, знижують ефективність терапії та реабілітації хворих [4].

Існує небагато досліджень з самоаналізу, тривожних розладів, ставлення до хвороби, типів реагування та спрямування, алекситимії хворих на РА [5 - 8], але в практичній медицині їх застосування гальмується або ігнорується, що обумовлено великим обсягом і часом на обстеження. Проте більшість хворих на РА - це хронічно хворі пацієнти, у яких змінюється звичайний життєвий стереотип та з'являються труднощі в адаптації [9].

Недостатність цілеспрямованих досліджень межових психічних порушень при ревматоїдному артриті зумовлює діагностичні помилки, несвоєчасне лікування вказаних розладів, а це, в свою чергу, призводить до зростання тривалості лікування, зниження ефективності те-

рапії та реабілітації, швидкої інвалідизації, втрати працездатності і соціальної дезадаптації.

Метою нашого дослідження було вивчення впливу вікових та клінічних факторів на психічний стан хворих на РА, удосконалення діагностики психічних порушень.

Для реалізації поставленої мети нами були поставлені такі **завдання**: визначити і вивчити індивідуально-типологічні особливості; вплив вікових, клінічних факторів на психічний стан хворих на РА; розробити комплексний метод діагностування і прогнозування психічного стану, придатного для практичної медицини.

Об'єкт та методи дослідження

Було обстежено 80 жінок хворих на РА. Вік хворих становив від 16 до 60 років, тривалість хвороби від 1 до 25 років та початком хвороби від 6 до 53 років.

Для виявлення психічного стану хворих проводились клініко-психопатологічне, експериментально-психологічне дослідження з використанням методик: самооцінки за Дембо-Рубінштейном; тривожності за Тейлором; кольоровий тест Люшера; ставлення до хвороби за особистісним опитувальником Бехтерєвського інституту (ЛОБІ); тест фрустраційної толерантності Розенцвейга та алекситимії за Торонтською шкалою алекситимії.

Таблиця 1

Віковий склад хворих

Кількість хворих	Стать, Ж	Діагноз	Вік хворих (років)			
			до 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60
Усього	80	РА	14	15	29	22
%	100		17,50	18,75	36,25	27,5

Таблиця 2

Розподіл хворих за тривалістю хвороби

Кількість хворих	Стать, ж	Діагноз	Тривалість (років)			
			До 5	6 - 10	11 - 20	21 і більше
Усього	80	РА	38	21	15	6
%	100		47,5	26,25	18,75	7,5

Серед клінічних характеристик РА домінували: суглобно-вісцеральна форма 82,5%; повільно прогресуючий перебіг 72,5%; другий ступінь активності процесу 68,8%, другий ступінь НФС (недостатність функції суглобів) 76,8%, інфекційний та стресовий початкові фактори хвороби 58,8% і 23,8% відповідно.

Результати та їх обговорення

На першому етапі були визначені провідні синдроми: тривожно-депресивний - 46,15%, астено-депресивний - 39,74% та іпохондричний - 14,11% хворих. Індивідуально-типологічні особливості особистості виявилися у вигляді акцентуацій. У 7 (8,25%) пацієнтів акцентуацій характеру не виявлено. У решти хворих на РА виявлено: емотивний 11 (13,75%), тривожний 9 (11,25%), дистимічний 8 (10%), педантичний (ананкастний) 6 (7,5%), застрягаючий, демонстративний (істеричний) 5 (6,25%), збудливий 5 (6,25%), гіпертимний 4 (5,4%), екзальтований 4 (5,4%), циклотимічний 4 (5,4%) типи акцентуацій.

За даними експериментально-психологічних досліджень у хворих на РА домінували: висока тривожність 91,3%; тривожний 37,5%, неврастенічний 32,5% і паранойяльний 16,25% типи ставлення до хвороби; упертий 58,75% і домінантний 40% типи реагування; імпульсивна 60% та інтрапунітивна 37,5% спрямованості особистості; високий індекс самостійності 55%, низька і середня комфортність 97,5%, підвищена і середня чутливість до самозвинувачування 86,2% і висока алекситимічність 66,25% хворих.

Найбільш тяжким клінічним проявам РА (швидкопрогресуючому перебігу, суглобно-вісцеральній формі, 2 та 3 ступеня активності запального процесу та порушенню функції суглобів 2 та 3 ступеня) передували емотивна, педантична, тривожна та дистимічна акцентуації ($p < 0,001$).

За приклади наведемо клінічні спостереження хворих:

Хвора Г. 46 років, хворіє шість років, суглобно-вісцеральна форма, друга ступінь активності запального процесу, швидко-прогресуючий перебіг хвороби, НФС 1 - 2 ступенів, інвалід третьої групи, не працює, тривожний тип акцентуації. Згідно з дослідженнями виявлено риси: ранимість, висока вимогливість, схильність до депресії, емоційна стисненість, втом-

леність і незадоволеність. Після 6 років хвороби з'явилися: самообмеженість, відчуття неповноцінності, сором'язливість, слабкість, плаксивість, безсоння, важке засинання і перерваність сну, неухважність, зниження сексуального інтересу, відчуття провини, байдужість до зовнішнього вигляду, зниження самооцінки, відчуття безпомічності, апатія, ідеї самозвинувачування, тривога. Сформувався тривожно-депресивний синдром. Згідно з тестуванням встановлено, що самооцінка розуму і здоров'я нижче середнього рівня, високий рівень тривоги, упертий тип реагування, висока чутливість до прямого звинувачення, низька конформність, імпульсивна спрямованість (очікувальна тактика згладжування гострих ситуацій), алекситимічна 75 балів, тривожний і невротичний типи ставлення до хвороби (роздратованість, тривожність і нетерплячість).

Хвора Ч. 52 роки, 17 років хворіє, суглобно-вісцеральна форма, другий ступінь активності процесу, повільно-прогресуючий перебіг хвороби, НФС 2 - 3 ступенів, не працює, збудливий тип акцентуації. Згідно з дослідженнями особистих рис характеру були виявлені: відчуття неповноцінності, схильність до депресії, емоційна стисненість, роздратованість, незадоволеність собою та оточуючими, байдужість до зовнішнього вигляду. Через 10 років хвороби на першому плані при обстеженні знаходилися: втомленість, слабкість, плаксивість, важке засинання і перерваність сну, неухважність, зниження маси тіла і сексуального інтересу, відчуття провини, песимізм, зниження самооцінки, ідеї самозвинувачування, страх стати інвалідом, тривога. На момент обстеження виявлялися: самообмеженість, сором'язливість, відчуття краху та безпомічності, побоювання покарання за гріхи. Сформувався тривожно-депресивний синдром. За результатами експериментально-психологічного дослідження встановлено, що самооцінка нижче середнього рівня, високий рівень тривоги, домінантний тип реагування (часті емоціональні зриви, грубощі, агресивність, невпевненість в собі), високий індекс самостійності, інтрапунітивна та імпульсивна спрямованості (реакція направлена в себе, очікувальна тактика, бажання згладити гострі ситуації), чутливість до прямого звинувачування, низька конформність, високий індекс алекситимії.

Статичний і регресійний аналіз та математичне моделювання дозволили розробити функцію комплексного психічного стану хворих на РА, до якої увійшли блок самооцінки особистих рис характеру, блок тривоги, блок алекситимії, блок ставлення до хвороби та стресовий блок, у складі якого враховано типи реагування і спрямування особистості, чутливість до прямого звинувачення, індекс самостійності та конформності. Достовірність нової функції та її складових частин відносно клінічних та вікових факторів, а також експериментальних даних знаходиться в межах $0,001 < p < 0,05$.

На підставі цієї функції і регресійного аналізу експериментальних даних встановлено, що головним фактором, який впливає на погіршення психічного стану хворих є активність запального процесу і тривалість хвороби. Найбільш погіршений психічний стан спостерігався у пацієнтів з тривалістю хвороби більше 20 років, а також у пацієнтів, які почали хворіти у перші 10 років життя.

З метою спрощення діагностування психічних порушень розроблено новий спосіб визначення і прогнозування психічного стану хворих на РА, який не потребує багато часу на тестування і обробки результатів. Суть цього способу в тому, що за допомогою алгоритмів кодування і діагностування визначається комплексна міра психічного стану та склад патологічних відхилень психічних розладів. Алгоритм кодування враховує форму, активність, перебіг хвороби, ступінь НФС, вік хворої людини та тривалість хвороби. За персональним кодом і алгоритмом діагностування визначається рівень тривоги, алекситимічність, типи ставлення до хвороби і реагування особистості на стресові чинники, її спрямування та конформність з достовірністю $p < 0,05$. Порівняння даних роз-

робленого алгоритму з даними експериментально-психологічного дослідження за вищепереліченими методиками показали вірогідність збігу даних на рівні 95-99%, що підтверджує валідність алгоритму.

Цей спосіб придатний до використання в практичній медицині для лікарів психіатрів, ревматологів, психологів та психотерапевтів.

Висновки

1. Преморбідні індивідуально-типологічні особливості особистості у хворих на ревматоїдний артрит проявляються у вигляді акцентуацій: емотивної, тривожної, дистимічної, педантичної (ананкастної), застрягаючої, демонстративної (істеричної), збудливої, гіпертимної, екзальтованої, циклотимної.
2. Експериментально-психологічні дослідження виявили у хворих на РА такі характеристики: високий рівень тривоги; тривожний, неврастенічний і паранойяльний типи ставлення до хвороби; високий рівень фрустрованості - упертий і домінуючий типи реагування, імпульсивна та інтрапунітивна спрямованість особистості; низька і середня конформність, високий індекс алекситимії хворих.
3. Основними клінічними і віковими факторами, які більше за інші впливають на погіршення психічного стану хворих на ревматоїдний артрит, є активність і тривалість хвороби. Форма та перебіг хвороби займають друге місце. Серед вікових факторів друге місце займають вік хворої людини і вік початку хвороби.
4. Розроблено комплексну функцію дослідження і способ діагностування та прогнозування психічного стану хворих на ревматоїдний артрит, який значно покращує діагностичні та лікувальні заходи щодо обраного контингенту.

Література:

1. Беневольская Л.И. Ревматоидный артрит. - М., 1983. - с.21-26.
2. Кришановская М.С., Балабанова Р.М. Ревматоидный артрит в свете психологических проблем. Тер. Архив. - 2000. - №5. - с.79-81.
3. Цивилько М.А., Мелентьев А.С., Коркина М.В. и др. Особенности психических нарушений у больных ревматоидным артритом. Журн. Невролог. и психиатр. - 1999. - №2 с.9-11.
4. Кочунас Р., Гуобис Г. Психологические аспекты ревматоидного артрита. Ревматология. - 1983. - №1. с.60-67.
4. Краснушкин Е.К. О сознании и чувстве болезни при соматических болезнях. Труды 111 Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров. М., 1950. - с.50-52.
5. Психологические тесты. Под. Ред А.А. Карелина. М.: Гуманит. Изд. Центр ГЛАДОС. - 2000. - т.1. - с.312.
6. Тушишвили Д.И., Шишкин В.М. Психосоматические соотношения при ревматоидном артрите. - В кн.: Тезисы республиканской научной конференции. Каунас, 1983. - с 154-155.
7. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. (Психологическое исследование). - М., 1987. - 186 С.
8. Kaarela K., Lehtinen K., Luukkainen R., Scand J. Rheum.-1987.-v.16,№6,403-406.

Формалізовані процедури діагностики та оцінки якості життя у хворих на депресивні розлади



Ю.А. БЛАЖЕВИЧ

Центр медико-соціальної реабілітації
Київської міської клінічної
психоневрологічної лікарні №1

Резюме. В статті розглядається проблема стандартизованої оцінки стану пацієнтів, що страждають депресивними розладами. Розглядаються питання скринінгу, клінічної діагностики та оцінки соціального функціонування у цій категорії хворих. Даються рекомендації щодо цільності використання та особливостей застосування стандартних шкал у пацієнтів з депресивною патологією.

Ключевые слова: депресія, клініко-діагностичний інструментарій, соціальне функціонування.

Summary. The problems of standard assessment are viewed in this article. The questions of the screening, diagnostics and assessment of the social functioning are showed. The recommendations are made regarding using the standard rating scales.

Key words: depression, standard assessment tools, social functioning.

У зв'язку з поширенням нових принципів проведення досліджень у медицині (evidence based medicine) актуальною є необхідність стандартизованої оцінки стану хворого.

Сьогодні є всі підстави стверджувати, що використання клінічних оціночних шкал в клінічній психіатрії дає можливість максимально нівелювати різницю клінічного бачення незалежних спеціалістів.

Тому їх можна вважати об'єктивними дослідницькими інструментами.

Проте, здійснюючи вибір "інструментарію", необхідно враховувати, з якою метою він буде використовуватися.

У зарубіжних країнах діагностичний інструментарій використовується для скринінгування хворих з певною патологією, контролю й оцінки психічного стану самим хворим, оцінки симптомів і динаміки захворювання середнім медичним персоналом. Також використовуються клінічні діагностичні шкали, що застосовуються лікарями для оцінки виразності симптоматики, динаміки стану, ефективності лікування, об'рунтування лікувальних заходів.

Шкали, що використовуються в психіатрії, можна поділити на дві групи, а саме: неспецифічні та специфічні.

Неспецифічні шкали використовуються для оцінки загального стану хворого незалежно від нозології. Вони складаються з одного критерію, що може визначати тяжкість стану (Шкала за-

гального клінічного враження) або являти собою сумарну оцінку як тяжкості стану, так і вплив захворювання на функціонування хворого.

Найчастіше для оцінки використовуються шкали:

- шкала загального клінічного враження (Clinical Global Impression);
- шкала загального клінічного поліпшення (Clinical Global Improvement);
- шкала загальної оцінки функціонування (Global Assessment of Functioning GAFs);
- шкала оцінки соціального і професійного функціонування (Social and Occupational Functioning Assessment); [1].

Специфічні шкали, що використовуються в психіатрії, можна умовно поділити на декілька груп:

1. шкали для скринінгу хворих, які страждають на депресію;
2. клінічні оцінювальні шкали;
3. шкали для оцінки ефективності терапії ліками і немедикаментозними методами лікування;
4. шкали для оцінки побічної дії терапії;
5. шкали для оцінки соціального функціонування.

Найчастіше скринінгові методики застосовуються інструментарій Бека та Шкала Цунга.

Опитувальник Бека був запропонова-

ний ще в 1961 році [2]. Сьогодні він є одним з самих вживаних в клінічній практиці опитувальників для виявлення й оцінки депресії і містить в собі 13 пунктів, кожен з яких складається з 4 тверджень, що визначають ступінь виразності різноманітних проявів депресії. Автор розподіляє показники депресії на три ступені виразності: до 7 балів - мінімальний ступінь, до 15 балів - помірний ступінь, від 16 балів - важкий ступінь виразності. Велика увага та значення в опитувальнику приділяються когнітивним порушенням.

Шкала самооцінки депресії Цунга також є стандартним опитувальником для самооцінки депресії. Вона запропонована в 1965 році. Шкала складається з 20 пунктів, кожен з яких виражає

симптом депресії у формі ствердження або заперечення. Оцінюється сім факторів, а саме: почуття щиросердечної спустошеності, розлади настрою, загальні соматичні симптоми, специфічні соматичні симптоми, психомоторні симптоми, суїцидальні думки, дратівливість і нерішучість [3].

Клінічні оціночні шкали спрямовані не стільки на виявлення патології, скільки на визначення ступеня виразності окремих проявів. Такі шкали є дуже чутливими щодо оцінки динаміки стану та ефективності лікувальних заходів. Оцінка за клінічними оціночними шкалами проводиться фахівцем, шляхом інтерв'ювання та додатково отриманою об'єктивною інформацією (таблиця 1).

Таблиця 1

Клінічні оціночні шкали

Оригінальна назва шкали	Автор шкали	Український переклад
1	2	3
Hamilton Rating Scale for Depression (HRS-D)	Hamilton, 1968	Шкала Гамільтона
Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	Montgomery and Asberg, 1979	Шкала Монтомері - Асберга
Inventory for Depressive Symptomatology - Clinician Rated (IDS-C)	Rush, Giles, Schlessner, et al., 1986	Інструментарій для оцінки депресивної симптоматики – клінічна оцінка
Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS)	Endicott and Spitzer, 1978	Шкала оцінки депресивних розладів при шизофренії

Шкала Гамільтона для оцінки депресії запропонована у 1960 р. В подальшому вона була визнана "золотим стандартом" як шкала оцінки депресивних розладів.

Шкала на перших етапах складалася з 17 пунктів. Тепер використовується стандарт з 21 пункту, а в деяких випадках застосовується модифікований варіант, що включає в себе додаткові критерії: безпомічність, безнадійність, малоцінність. Шкала враховує зниження настрою, вегетативні і когнітивні симптоми, а також тривожні прояви депресії. Важливо, що клініко-психопатологічні характеристики, що ними оперує шкала, в цілому відповідають даним, наведеним

у МКХ-10 [4].

Шкала МАДРС запропонована в 1979 році і також є стандартною, рекомендованою для оцінки депресивних розладів. У своїй оцінці вона враховує меншу кількість соматичних проявів, ніж Шкала Гамільтона, проте, добре з нею корелює. Оцінка проводиться за семибальною системою, причому має описані ступені виразності (0, 2, 4, 6), або знаходиться між ними (1, 3, 5) [5]. Так, за деякими даними більш, ніж у 80% хворих на депресію виявляються окремі ознаки тривоги. Тому в деяких випадках спільно використовуються шкали для оцінки і депресії, і тривоги.

Шкали для оцінки якості життя

Практично всі шкали оцінки якості життя розроблені в останні десятиріччя XX ст. Їх поява пов'язана з розвитком принципово нових поглядів на хворобу, її лікування та реабілітацію, а також розробкою нових лікарських препаратів, що дають значно меншу кількість побічних ефектів і не стигматизують хворого.

В цілому оцінка якості життя включає в себе три категорії: суб'єктивне задоволення, об'єктивне соціальне функціонування, психічний статус. Ці аспекти мають однакову важливість, оскільки не завжди ступінь виразності психічної патології і суб'єктивна оцінка пацієнтом якості свого життя прямопропорційні [6].

Проведення оцінки соціального функціо-

нування та якості життя враховує біологічні, психологічні, міжособистісні, соціальні і економічні аспекти.

Виділяють такі напрямки дослідження:

- здоров'я;
- самооцінка, добробут;
- суспільні аспекти, громадська діяльність;
- соціальні аспекти;
- дозвілля та творчість;
- сім'я;
- матеріальне становище;
- рівень життя;
- психопатологічна симптоматика;
- релігія.

Додатково виділяють такі аспекти: завдання і цінності, праця, навчання (таблиця 2) [7].

Таблиця 2

Аспекти, які оцінюються у шкалах соціального функціонування

Шкали	Здоров'я	Психопатологічна симптоматика	Фінанси	Рівень життя	Родина	Суспільні аспекти	Дозвілля, творчість	Соціальні аспекти	Релігія	Самооцінка благополуччя
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Comprehensive QoL Scale	+	+		+	+	+	+	+		+
Lancashire QoL Profile	+		+	+	+	+	+	+	+	+
Life Satisfaction Index	+	+	+							
Multifaceted Lifestyle Satisfaction				+		+	+	+		+
QoL in Depression Scale	+		+	+	+	+	+	+		+
QoL Index	+				+	+		+		+
QoL Inventory	+		+	+	+	+	+	+	+	+
Quality of Well-Being Scale	+	+				+		+		
SmithKline Beecham QoL Scale	+		+			+	+	+	+	
QoL Interview Schedule	+	+	+	+			+	+		+

Для заповнення шкали Соціального функціонування можна отримати інформацію за допомогою інтерв'ювання пацієнта або заповнення опитувальника самим пацієнтом (таблиця 3).

Таблиця 3.

Основні характеристики шкал соціального функціонування

Шкали	Інтерв'ю (оцінка спеціаліс- том)	Опитуваль- ник	Об'єктивні дані	Суб'єктивні (оціночні) дані	Тривалість оцінки
1	2	3	4	5	6
Comprehensive QoL Scale	+		+	+	25 хв.
Lancashire QoL Profile	+		+	+	40 хв.
Life Satisfaction Index		+	+	+	10 хв.
Multifaceted Lifestyle Satisfaction	+			+	20 хв.
QoL in Depression Scale		+	+	+	15 хв.
QoL Index		+	+		5 хв.
QoL Inventory		+		+	10 хв..
Quality of Well-Being Scale	+		+		10 хв..
SmithKline Beecham QoL Scale		+		+	45 хв.
QoL Interview Schedule	+		+		35 хв..

Шкала Соціального функціонування може оперувати об'єктивними чи суб'єктивними даними.

Об'єктивні дані: незалежно від погляду пацієнта оцінюються такі аспекти як матеріальне становище, соматичний стан, побутові аспекти життя, соціальний зв'язок і тому подібне.

Суб'єктивні дані - пацієнтом самостійно оцінюються різні аспекти свого життя: вплив хвороби на його фізичне, соціальне, емоційне функціонування, а також його задоволеність життям та фактори, що визначають його добробут [8].

Існує декілька підходів оцінки отриманих даних:

- Співвідношення очікувань пацієнта з реальною якістю його життя, тобто порівняння суб'єк-

тивної та об'єктивної оцінок;

- Співвідношення реального стану та певного реального стандарту (Шкала Сміт-Кляйн Біччем);
- Визначення пацієнтом особисто для нього важливих критеріїв якості життя та їх оцінка;
- Безпосередня, об'єктивна оцінка впливу хвороби на соматичний, емоційний стан і на соціальні аспекти, незалежно від того, наскільки це важливо для пацієнта.

Шкали, які найчастіше застосовуються для оцінки соціального функціонування у хворих на депресивні розлади:

- Lancashire Quality of Life Profile (Ланкашерський профіль) [9];
- Life Satisfaction Index (Індекс задоволеності життям) [10];

- Quality of Life in Depression Scale (Hunt & McKenna) (Шкала оцінки якості життя у хворих на депресію) [11];
 - Quality of Life Interview Schedule (Holcomb) (Опитувальник якості життя) [12];
 - Quality of Life Inventory (Frisch) (Інструментарій для оцінки якості життя) [13];

- Quality of Well-Being Scale (Kaplan) (Шкала якості благополуччя) [14];
 - SmithKline Beecham Quality of Life Scale (Stoker) (Шкала оцінки якості життя Сміт-Кляйн Бічем) [15].

Литература:

1. Endicott J, Spitzer R.L, Fleiss J.L. The Global Assessment Scale: a product for measuring overall severity of psychiatric disturbance Archives of General Psychiatry.- 1976.-V 33.- P. 766-771.
2. An Inventory for Measuring Depression. Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J. //Archives of General Psychiatry.- June 1961.- V 4.- P. 561-571
3. Zung W.W., Durham N.C A Self-Rating Depression Scale. // Archives of general Psychiatry.- Jan. 1965.- V 12.- P. 63-70.
4. Hamilton M. A. Rating scale for depression.// Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry.- 1960.- V23.- P. 56-62.
5. The Columbia University Scale for Psychopathology in Alzheimer's disease. Devanand D.P., Richard M., et al. // Arch. Neurol.- 1992.- V.39.- P. 371-376.
6. The Satisfaction With Life Scale. Diener, E., Emmons R.A., Larsen, R. J. & Griffin, S. //Journal of Personality Assessment.- 1985.- V. 49.- P. 71-75.
7. T. Stedman. Approaches to measuring quality of life and their relevance to mental health. Australian New Zealand.// J. Psychiatry.- 1996.- V. 30 (6).- P. 731-740
8. Corten P., Mercier C. I. "Subjective quality of life": clinical model for assessment of rehabilitation treatment in psychiatry.// Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.-1996.- V. 29.- P. 178-180.
9. QALYs in mental health: A case study. Wilkinson G. Williams B., Krekorian H., McLees S. Falloon I.// Psychological Medicine.- 1994.- V. 22.- P. 725-731.
10. Harner C.J. Heal L.W. The Multifaceted Lifestyle Satisfaction Scale: Psychometric properties of an interview schedule for assessing personal satisfaction of adults with limited intelligence.// Research in Developmental Disabilities.- 1993.- V.14.- P.221- 236.
11. McKenna S.P. Hunt, S.M. A new measure of quality of life in depression: Testing the reliability and construct validity of the QLDS.// Health Policy.-1992.- V. 22.- P. 321-330.
12. Revicki D. A., Turner R., Brown R. Reliability and validity of a health-related quality of life battery for evaluating outpatient antidepressant treatment. // Quality of Life Research.- 1992.- V. 1.- P. 257-266.
13. Frisch M.B., Cornell J. Clinical validation of the Quality of Life Inventory: A measure of life satisfaction for use in treatment planning and outcome assessment.// Psychological Assessment.- 1992.- V. 4.- P. 92-101.
14. Kaplan H.I, Sadock B.J, eds. Comprehensive Textbook of Psychiatry. 6th ed. Baltimore, Md: Williams & Wilkins.- 1995.- 2025p.
15. Stoker, M.J., Dunbar, G.C. & Beaumont, G. The SmithKline Beecham Quality of Life Scale: A validation and reliability study in patients with affective disorder. // Quality of Life Research.- 1992.- V. 1.- P. 385-395.

ДИТЯЧА ТА ПІДЛІТКОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89-082-053,2(477)

Состояние психиатрической помощи детям Украины

В.Н. КУЗНЕЦОВ
Киевская медицинская академия
последипломного образования
им. П.Л. Шупикка



Резюме: Стаття подає аналіз кадрового забезпечення надання психіатричної допомоги дітям в Україні. Наведено показники захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки серед дитячого і підліткового населення України на сучасному етапі та у порівнянні з минулими роками, а також стан стаціонарної та амбулаторної допомоги. Подано рекомендації з удосконалення надання психіатричної допомоги дитячому населенню України.

Ключові слова: психіатрична допомога, дитячі психіатри, підліткові психіатри, показники захворюваності та поширеності психічних розладів, структура психічних розладів, диспансерно-динамічний нагляд, інвалідність, реабілітація.

Summary. The paper presents analysis of human resources of mental health care providing in Ukraine. The indicators of mental disorders incidence and prevalence and their comparison with the indicators in previous years in child and adolescent population in Ukraine are shown. Also state of outpatient and inpatient psychiatric care is presented. The paper gives some recommendation on further development of mental health care for children and adolescents in Ukraine.

Ключевые слова: mental health care; child psychiatrists; adolescent psychiatrists; incidence and prevalence of mental disorders; structure of mental disorders; dynamic outpatient monitoring; disability; rehabilitation.

Согласно данным Центра медицинской статистики МЗ Украины на 1.01.2004 г. население Украины составляло 47 787 263, из которых 7 533 632 - дети от 0 до 14 лет, 2309151 - подростки 15 - 17 лет, 9842783 - детско-подростковое население Украины.

2840,8 из каждых 100000 детей в возрасте 0 - 17 лет нуждаются в консультативной или активной помощи психиатра. 204090 детей в возрасте 0 - 14 лет (2709,1 на 100000) находятся на диспансерно-динамическом или консультативном наблюдении детских психиатров.

Лечебно-профилактическую помощь детям с психическими расстройствами осуществляет 421 детский психиатр - 5,59 на 100 000 населения (при наличии 506 штатных должностей - 6,72 на 100 000 населения, занято 468,5 должности - 6,22 на 100000). Укомплектованность физическими лицами штатных должностей по Украине - 83,20%, в том числе в Киевской области - на 52,46%, в Ровенской - 44,44%, в Волынской области - 55,56%, в Сумской - 53,85%, в Херсонской - 78,05%, в Хмельницкой - 92,31%, в Запорожской - 79,01%, в Тернопольской - 82,54%, Винницкой - 89,55%, Автономной республике Крым - 90,51%, в За-

карпатской - 112,50%, Николаевской - 70,00%, Черновицкой - 96,97%, Львовской - 103,60%, Харьковской - 86,33%, Луганской - 95,24%, Черниговской - 94,12%, Кировоградской - 60,61%, Ивано-Франковской - 93,15%, Одесской - 95,83%, Днепропетровской - 67,69%, Донецкой - 86,49%, Житомирской - 84,62%, Полтавской - 77,43%, Черкасской - 63,16%, Киеве - 78,31%, Севастополе - 85,71%.

В амбулаторно - поликлиническом звене работают 315,5 детских психиатров. При среднереспублическом показателе участковых детских психиатров 4,2 на 100 000, в Ровенской области - 1,0; Черновицкой - 2,6; Кировоградская - 2,2; Волынской - 1,8; Винницкой - 2,8; Житомирской - 2,9; Херсонской - 2,6; Черниговской - 2,9; Черкасской - 2,5; Закарпатской - 2,7; Хмельницкой - 2,8; Киевской - 3,2; Николаевской - 3,5; Харьковской - 3,9; Одесской - 4,3; Полтавской - 4,2; Сумской - 4,5; Тернопольской - 4,0; г.Севастополе - 9,1; г.Киеве - 7,2; Львовской области - 5,2; Днепропетровской - 4,9; Донецкой - 5,1; Запорожской - 5,5; Ивано-Франковской - 4,4; Луганской - 5,6; Львовской - 6,3. В соответствии со штатным расписанием должно быть 6,6 на 100 000 детского населения.

Обеспеченность населения Украины штат-

ними должностями детских психиатров: штатных должностей - 506 (6,72 на 100000); Автономная республика Крым - 11,10; Винницкая область - 5,73; Волынская - 4,35; Днепропетровская - 6,25; Донецкая - 7,13; Житомирская - 5,46; Закарпатская - 3,11; Запорожская - 7,22; Ивано-Франковская - 6,79; Киевская - 5,36; Кировоградская - 4,61; Луганская - 9,19; Львовская - 7,53; Николаевская - 4,94; Одесская - 6,12; Полтавская - 6,45; Ровенская - 1,00; Сумская - 6,92; Тернопольская - 7,73; Харьковская область - 8,97; Херсонская - 5,25; Черновицкая - 4,81; Черниговская - 4,87; Хмельницкая - 4,10; Черкасская - 4,37; г. Киев - 13,73; г. Севастополь - 14,08.

В Ровенской области 2,5 ставки детских психиатра, Кировоградской - 6,50; Киевской - 11,75; Волынской - 8,50; Кировоградской - 5; Сумской - 11, Хмельницкой - 9,75; Черкаской - 9,50; г.Севастополе - 6,50; Херсонской - 7,75, Закарпатской - 8, Черновицкой - 8,25; Черниговской - 8,50; Николаевской - 9; Житомирской - 12,50; Тернопольской - 14; Полтавской - 15,5; Винницкой - 15; Запорожской - 16; Ивано-Франковской - 20; Донецкой - 45,75; Львовской - 33; Харьковской - 29,25, Луганской - 31,50; Днепропетровской - 29,50; Одесской - 20,5; АР Крым - 30; г.Киеве - 32.

В сельских районах различных регионов Украины при отсутствии детских психиатров психиатрическую помощь детям и подросткам оказывают участковые психиатры центральных районных больниц

Количество больных (диспансерно-консультативная группа) на одну занятую должность участкового детского психиатра / подросткового психиатра : Украина - 647 / 1651; Автономная республика Крым - 558 / 1228; Вин-

ницкая область - 971 / 3003; Волынская - 1011 / 1346; Днепропетровская - 572 / 1211; Донецкая - 510 / 855; Житомирская - 963 / 1161; Закарпатская - 716 / 1579; Запорожская - 562 / 919; Ивано-Франковская - 612 / 875; Киевская - 692 / 3634; Кировоградская - 955 / 0; Луганская - 555 / 2018; Львовская - 534 / 1441; Николаевская - 748 / 0; Одесская - 509 / 1251; Полтавская - 568 / 1546; Ровенская - 1545 / 1883; Сумская - 535 / 2073; Тернопольская - 644 / 2309; Харьковская - 1011 / 4929; Херсонская - 955 / 0; Хмельницкая - 857 / 5100; Черкасская - 1204 / 2416; Черновицкая - 770 / 1295; Черниговская - 1122 / 1487; г. Киеве - 426 / 0; г. Севастополе - 320 / 537.

Анализируя выше представленные данные, при наличии 1-го детского и 1-го подросткового психиатров, суммарное среднереспубликанское количество пациентов детско-подросткового возраста, состоящих на диспансерно-консультативном наблюдении составляет $647+1651=2298$. В г. Киеве, Кировоградской, Николаевской и Херсонской областях, в которых выполнен приказ №465 от 12.12.02 "О усовершенствовании организации медицинской помощи детям подросткового возраста", при отсутствии подростковых психиатров, по-видимому, не все дети подросткового возраста находятся на диспансерно-динамическом наблюдении у участкового детского психиатра.

В результате законодательного изменения условий и порядка психиатрического освидетельствования в период 1989-1995 г.г. снизилась выявляемость больных, в 1998 - 2003 годах выявляемость детей с расстройствами психики почти возвратилась к 1985 году.

Таблица 1

Динамика показателей заболеваемости расстройств психики и поведения

	1985	1989	1990	1993	1994	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Подростки	618	292	282	248	297	305	566,4	523,1	427,7	485,8	440,1	435,61
Дети	564	408	441	462	449	470	538,2	511,5	518,4	495,0	495,0	499,57

Таблица 2

Динамика показателей распространенности расстройств психики и поведения

	1985	1994	1995	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Дети	2621	2251	2280	2439	2486	2563	2616	2656,5	2709,05

Отмечаются колебания показателей заболеваемости и распространенности психических заболеваний среди детского населения в различных регионах Украины.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ (диспансерно-консультативные группы) - Украина 499,57 на 100 000, Автономная республика Крым - 676,61; Винницкая - 462,20; Волынская - 452,52; Днепропетровская - 507,69; Донецкая - 427,24; Житомирская - 821,62; Закарпатская - 319,54; Запорожская - 603,16; Ивано-Франковская - 576,85; Киевская - 441,49; Кировоградская - 477,50; Луганская - 668,23; Львовская - 616,82; Николаевская - 502,39; Одесская - 395,05; Полтавская - 607,11; Ровненская - 302,41; Сумская - 426,83; Тернопольская - 462,12; Харьковская - 402,87; Херсонская - 423,00; Хмельницкая - 423,02; Черкасская - 431,02; Черновицкая - 340,78; Черниговская - 733,93; г. Киев - 479,29; г. Севастополь - 480,85.

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ (диспансерно-консультативные группы) - Украина 2709,05 на 100 000; Автономная республика Крым - 3211,97; Винницкая - 2741,36; Волынская - 1830,89; Днепропетровская - 2804,05; Донецкая - 2593,64; Житомирская - 2830,95; Закарпатская - 1947,19; Запорожская - 3104,21; Ивано-Франковская - 2674,12; Киевская - 2187,77; Кировоградская - 2135,32; Луганская - 3117,91; Львовская - 3384,50; Николаевская - 2585,46; Одесская - 2210,27; Полтавская - 2363,91; Ровенская - 1611,32; Сумская - 2418,85; Тернопольская - 2606,91; Харьковская - 3981,70; Херсонская - 2446,34; Хмельницкая - 2430,56; Черкасская - 3042,88; Черновицкая - 2019,63; Черниговская - 3212,21; г. Киев - 3064,87; г. Севастополь - 2899,16.

Колебания показателей в разных регионах связаны с недостаточной выявляемостью пациентов и с неоднозначным диагностическим подходом к основным группам психических заболеваний детского и подросткового возраста в различных регионах.

В структуре контингента детей с расстройствами психики и поведения ведущее место занимают нарушения психологического развития, поведенческие расстройства F80-F89; F90-F98 - 1439,1 на 100 000 (53,1 %); умственная отсталость (все формы) F70-F79 - 638,06 на 100 000 (23,6%); в том числе умственная отсталость легкой и умеренной степени F70 - F71 - 535,4 (19,8%), другие формы (тяжелая и глубокая умственная отсталость) F72 - F79 - 103,1 (3,8%); органические, включая симптоматические расстройства психики F00-F09 - 351,1 (13,0%), непсихотические психические расстройства органического генеза F06.3-9 - 331,5

(12,2%), в том числе вследствие эпилепсии F06.x3; F07.83 - 39,7 (1,5%); реже встречаются шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства - 5,5 (0,2%); аффективные расстройства F30-F39 - 1,7 (0,1%); поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами F50-F59 - 38,7 (1,4%); детский аутизм F84.0-4 - 6,2 на 100 000 (0,2%).

Расстройства психики непсихотического характера составляют 2038,8 на сто тысяч детского населения (75,3%), расстройства психики психотического характера - 31,7 (1,2%), умственная отсталость (все формы) - 638,6 (23,6%).

Распространенность расстройств психики и поведения среди подростков по Украине - 3270,6 на 100 000. Структура контингента подростков, которые болеют расстройствами психики и поведения (диспансерная и консультативная группы): расстройства психики непсихотического характера - 1880,8 (57,5%), расстройства психики психотического характера - 97 (3,0%), умственная отсталость (все формы) - 1292,7 (39,5%), органические, включая симптоматические расстройства психики F00-F09 - 599,0 (18,3%), деменция вследствие эпилепсии - 29,8 (0,9%), непсихотические психические расстройства органического происхождения F06.3-9 - 548,1 (16,8%), из них вследствие эпилепсии F06.x3-F07.83 - 97,7 (3,0%), шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства - 42,7 (1,3%), острые и транзиторные бредовые расстройства F23,F24 - 10,7 (0,3%), аффективные расстройства F30-F39 - 13,3 (0,4%), из них аффективные психотические расстройства F30.2, F31.2, 5, F34 - 2,4 (0,1%), невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства F40-F48 - 315,5 (9,6%), поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями F50-F59 - 90,1 (2,8%), расстройства психологического развития, поведенческие расстройства F80-F89, F90-F98 - 914,7 (28,0%), расстройства личности и поведения F50-F69,80-98 - 1007,5 (30,8%).

За прошедший год в Украине сокращено 112 детских психиатрических коек. Всего в Украине 2093,0 психиатрических коек для детей (27,8 на 100 000), 1915 находятся в 34 психиатрических и психоневрологических больницах, 230 в диспансерах. Наибольшее количество коек в АР Крым - 205, Киеве - 195, Днепропетровской области - 160, Донецкой - 150, Запорожской - 110, Львовской - 110, Луганской - 120, Одесской - 100, Харьковской - 160, Черкасская - 80. Наименьшее в Ровенской области - 5,

Волынской - 20, Херсонской - 25, Житомирской - 28, Черновецкой - 30, Закарпатской - 40, Черниговской - 40, Сумской - 40, Тернопольской - 40, Хмельницкой - 40.

Возможно ли на 5 стационарных койках для всего региона Ровенской области осуществлять диагностическую, лечебную, реабилитационно-восстановительную помощь детям с психическими и поведенческими расстройствами, если только 2253.90 из каждых 100 000 детей региона находятся на диспансероно-диагностическом наблюдении.

В некоторых областях Украины в 2003 году обеспеченность детского населения психиатрическими койками не достигает средне-республиканского уровня 27,8 на 100 тысяч детского населения (Ровенская - 2,1; Волынская - 9,7, Херсонская - 12,8; Житомирская - 11,8; Закарпатская - 15,5; Хмельницкая - 16,8; Черновицкая - 17,5; Киевская - 19,3; Полтавская - 20,8; Сумская - 21,3; Николаевская - 22,2) при ориентированном нормативе 28 (приказ МЗ от 24.03.98 №74).

Нерациональное сокращение коек, как правило, приводит к снижению качества и объема оказания психиатрической помощи детскому населению. С другой стороны чрезмерное количество коек свидетельствует об их нерациональном использовании.

В среднем по Украине психиатрическая койка для детей работала 324,492 дня, в Автономной республике Крым - 335,059, Винницкой области - 366,350; Волынской - 273,950; Днепропетровской - 299,887; Донецкой - 353,313; Житомирской - 241,179; Закарпатской - 230,925; Запорожской - 329,664; Ивано-Франковской - 271,617; Киевской - 343,236; Кировоградской - 349,578; Луганской - 320,633; Львовской - 370,855; Николаевской - 310,111; Одесской - 250,850; Полтавской - 191,920; Ровенской - 100,600; Сумской - 328,350; Тернопольской - 356,920; Харьковской - 352,256; Херсонской - 284,040; Хмельницкая - 333,000; Черкасской - 366,150; Черновицкая - 378,467; Черниговской - 290,975; г. Киеве - 341,159; г. Севастополе - 322,000.

Среднее пребывание на койке по Украине - 33,627. В Автономной республике Крым - 33,054; Винницкой - 9,521; Волынской - 3,821; Днепропетровской - 0,643; Донецкой - 39,668; Закарпатской - 4,085; Запорожской - 42,068; Ивано-Франковской - 32,529; Кировоградской - 32,039; Луганской - 26,085; Львовской - 29,712; Николаевской - 33,627; Одесской - 35,836; Полтавской - 28,560; Черниговской области составляет 49,778; Киевской - 37,382; Сумской - 38,973; Тернопольской - 28,104; Ровен-

ской - 22,864; Житомирской - 21,925; Харьковской - 34,791; Херсонской - 31,282; Черновицкой - 39,287; Хмельницкой - 22,462; Черкасской - 32,083; Черниговской - 41,420; г. Киеве - 37,416; г. Севастополе - 31,569.

Оборот койки при средне-республиканском показателе - 9.650, в автономной республике Крым - 10.137; Винницкой области - 12,410; Волынской - 8,100; Днепропетровской - 7.379; Донецкой - 11,000; Закарпатской - 7.836; Ивано-Франковской - 8.350; Киевской - 9.182; Кировоградской - 10.911; Луганской - 12.292; Львовской - 12.482; Полтавской - 6.720; Сумской - 8.425; Николаевской - 9.222; Одесской области - 7,587; Черниговской области - 6.525; Одесской - 7.000; Житомирской - 6.775; Ровенской - 4.400; Тернопольской - 12.700; Харьковской - 10.125; Херсонской - 9.080; Хмельницкой - 14.825; Черкасской - 11.413; Черновицкая - 9.633; г. Киеве - 9.118; г. Севастополе - 10.200. В то же время обеспеченность этих коек медикаментами, питанием, бельем и даже необходимой площадью (7 м²), как правило, по-прежнему недостаточна.

Большинство психических нарушений у детей и подростков должно лечиться в амбулаторной сети психиатрической помощи. Как исключение, дети из отдаленных местностей (сельские районы области, окрестности города), которые не имеют возможности каждый день ездить на лечение в психиатрические диспансеры в амбулаторных условиях, могут лечиться в психиатрических детских стационарах даже в случаях, когда они страдают нетяжелыми психическими заболеваниями. В современных экономических условиях по прежнему недопустимо массовое "оздоровление" на сверхдорогих психиатрических койках детей, которые находятся в интернатах системы министерства образования и науки и министерства труда и социальной политики.

Проводя сокращении детских коек в психиатрических стационарах, необходимо одновременно компенсировано расширять возможности оказания психиатрической помощи больным детям в амбулаторно-поликлиническом звене, а также помощи в условиях дневных стационаров. Положительный опыт создания лечебно-диагностических и реабилитационно-восстановительных центров для детей с психическими и поведенческими расстройствами следует отметить в Житомирском, Волынском, Ивано-Франковском, Львовском, Днепропетровском регионах. При этом, уровень и объем медицинских услуг в них должны быть такими, как и в круглосуточном психиатрическом стационаре. К сожалению, сокращение коек в некоторых регионах,

например в Одесской области, не компенсируется адекватной помощью в амбулаторно-поликлиническом звене. По-прежнему есть необходимость дальнейшего изучения возможности открытия в общесоматических детских больницах психосоматических отделений.

Как и в прошлые годы не отвечают современным требованиям и традиционные для нас формы лечебно-реабилитационной работы с психически больными детьми, основное внимание в которых нередко уделяется только фармакотерапии. Особое внимание должно уделяться психическим нарушениям неглубокого уровня (непсихотическим расстройствам, задержкам психического развития, легким степеням умственной отсталости и т.д.), поскольку при своевременном оздоровительном подходе нередко удается компенсировать такие психические нарушения, тогда как в противном случае они могут стать источником более глубоких деформаций, что будет способствовать пополнению рядов инвалидов с детства.

В настоящее время 8,70% всех детей, которые состоят на диспансерном наблюдении в связи с психическими заболеваниями, являются инвалидами с детства. В структуре детской инвалидности как первичной, так и общей психические расстройства стойко занимают второе место. В 2003 году 2502 пациента (33,2 на 100000) первично признаны инвалидами в связи с умственной отсталостью, эпилепсией, шизофренией и другими психическими расстройствами. На 1.01.2004 года 22060.00 детей в возрасте до 14 лет являются инвалидами детства (292,82 на 100 тысяч).

Реабилитации и своевременному лечебному оздоровлению детей с психическими расстройствами способствует совершенствование и реформирование медицинской и социальной помощи в учреждениях Министерства народного образования и науки, Министерства труда и социальной политики и других ведомств.

В Украине функционирует широкая сеть специализированных общеобразовательных школ и школ-интернатов для детей, нуждающихся в коррекции умственного и физического развития: 239 вспомогательных школ (из них 214 школ-интернатов) для детей с легкой умственной отсталостью (36,6 тысяч детей); 34 школы (23 школы-интерната) для детей с задержкой психического развития (3,9 тысячи учеников), 7,5 тысяч детей с задержками психологического развития обучаются в классах интенсивной педагогической коррекции при общеобразовательных школах; 14 школ для де-

тей с тяжелыми нарушениями речи (3 тысячи детей); 6 санаторных школ-интернатов для детей с психоневрологическими заболеваниями (1,2 тысячи детей); 20 школ-интернатов для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата (2,4 тысячи детей), 40% из которых обучается по программе вспомогательной школы); 11 школ социальной реабилитации для детей с нарушением поведения (650 детей) и 3 профтехучилища для такого же контингента подростков 14-18 лет (350 человек); 29 школ для слабобудящих детей (4,6 тысячи человек) и 27 школ для детей с сниженным слухом (3,5 тысячи детей), из которых 30% обучающихся нуждаются в помощи детских психиатров. В 32 школах для глухих (3,6 тыс.детей), 6 школах для слепых (856 учащихся) 30% обучаются по вспомогательной программе.

На диспансерно-динамическом наблюдении в настоящее время состоит 153592.00 детей и 43431.00 подростков с психическими расстройствами непсихотического характера (пограничными нервно-психическими заболеваниями). Автономная республика Крым, г.Киев, Донецкая и Харьковская области хорошо обеспечены учреждениями для детей с пограничными нервно-психическими заболеваниями, и только в этих регионах открыты санаторные школы-интернаты для детей с психоневрологическими заболеваниями.

В системе здравоохранения функционирует 21 специализированный санаторий психоневрологического профиля и 20 домов ребенка для детей с органическим поражением центральной нервной системы и расстройствами психики. В системе Министерства труда и социальной политики функционирует 56 специализированных детских дома-интерната I-IV группы на 9000 мест, в которых находится около 8,9 тыс.детей.

Для решения проблемы охраны психического здоровья детского населения Украины, в целях раннего выявления, более точной диагностики, улучшения качества восстановительного лечения психических расстройств у детей и их реабилитации рекомендуется, как и в предыдущие годы:

1. На основе законодательных актов о психиатрической помощи, об охране психического здоровья детского и подросткового населения Украины разработать проект целевой программы совершенствования психиатрической помощи детскому населению Украины.

2. Укомплектовать физическими лицами штатные должности детских психиатров, осуществлять развитие кадровых ресурсов, совершенствовать додипломную, последиплом-

ную подготовку психиатров (детские психиатры должны иметь обязательную базовую сертификатную подготовку по общей психиатрии в интернатуре или специализации, а психиатрам ЦРБ необходимо обучение на циклах тематического усовершенствования "Актуальные вопросы детской психиатрии для психиатров общего профиля". Педиатрам необходимо обучение на циклах тематического усовершенствования "Начальные проявления психических расстройств у детей", педиатрам и неврологам - "Актуальные проблемы микропсихиатрии"). Требуется проводить аттестацию детских психиатров и психиатров общего профиля по вопросам психиатрии детского возраста.

3. Регулярно проводить семинары с педиатрами, врачами других специальностей, педагогами, воспитателями, логопедами, родителями на тему: "Начальные проявления и ранняя диагностика психических нарушений у детей".

4. В каждом регионе провести необходимую реорганизацию различных видов психиатрической помощи в соответствии с показателями детской и подростковой психической патологии и с конкретной потребностью в организации тех или иных форм помощи (организация психоневрологических отделений для детей до трехлетнего возраста, включая новорожденных с нарушениями психики, стационарных психиатрических отделений младшего и старшего детства, подростковых отделений, детско-подростковых отделений с дневным стационаром, детских психоневрологических санаториев и т.д.).

5. Планировать открытие региональных, городских лечебно-диагностических, реабилитационно-восстановительных центров и других форм социальной адаптации для детей с расстройствами психики и поведения.

6. Обсудить с Министерством народного образования и науки Украины возможность создания специальных лечебно-восстановительных учреждений для детей и подростков с болезненными формами антисоциального поведения.

7. Учитывая дефицит медицинских психологов, предусмотреть организацию подготовки и последипломного образования медицинских психологов для проведения психодиагно-

тики и коррекции состояний предболезненных состояний у детей и подростков.

8. Уделять особое внимание вопросам суицидального поведения у детей и подростков, активизировать работу телефонов доверия.

9. Обеспечить комплексное совершенствование и расширение медицинской помощи в учреждениях различных ведомств (Министерства образования и науки, Министерства труда и социальной политики, Министерства здравоохранения и др.) для осуществления максимально возможной реабилитации детей с психическими нарушениями; психиатрическая помощь детям должна включать в себя адекватную учебную, профессиональную и социальную ориентацию ребенка с психическими отклонениями.

10. Актуальными остаются вопросы организации психотерапевтической помощи детям, медико-генетического консультирования детей с психической патологией, осуществление МРТ, ЭЭГ и других современных методов исследования, а также своевременного и адекватного обеспечения детей с психическими заболеваниями психофармакологическими средствами.

11. Необходимо обсудить возможность осуществления терапии на льготных условиях хронически протекающих психических расстройств у детей и подростков с помощью современных психофармакологических средств (рисполепт, клопиксол, флюанксол, ремерон, ламиктал, тимонил, орфирил, депакин, фенибут, альпрозалам, ципрамил, прозак, стимулотон, золофт и др.) и таким образом реализовать одну из рекомендаций доклада ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире 2001 года - обеспечение доступа к психотропным препаратам для всех нуждающихся.

12. Содействовать организации неправительственных форм оказания помощи лицам с расстройствами психики таких как Киевское благотворительное общество помощи инвалидам и лицам с интеллектуальной недостаточностью "Джерела", "Школа жизни" и других. Вовлекать в процесс укрепления психического здоровья и оказания психиатрической помощи детям благотворительные фонды, различные отрасли общества, семьи.

Литература:

1. Закон України "Про психіатричну допомогу", - Київ, 2000.
2. Показатели заболеваемости и деятельности психиатрических учреждений в 2003 году. Центр медицинской статистики МЗ Украины.

УДК 616.89-053.9:614.4

Непсихотические психические расстройства у больных пожилого возраста с хронической кардиальной патологией

Н.А. ДЗЕРУЖИНСКАЯ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии



Резюме. Вивчено частоту зустрічання та клініко-психопатологічну структуру непсихотичних психічних розладів у геронтологічних пацієнтів із кардіальною патологією. Розглянуто коморбідність цих розладів у геронтологічних хворих з урахуванням когнітивних порушень. Показано надійність скринінгових клінічних опитувальників, використаних для виявлення психічних розладів у пацієнтів літнього віку в загальній медичній практиці.

Ключові слова: літні пацієнти, загальна медична практика, непсихотичні психічні розлади.

Summary. Prevalence and psychopathological structure of comorbid psychiatric disorders at the gerontological patients with a cardiac pathology were studied. Surveyed comorbidity of these disorders at the gerontological patients with the account of cognitive disturbances. The reliability of screening clinical questionnaires utilized for revealing of psychiatric disorders at the patients of late age in primary medical practice is shown.

Key words: elderly patients, primary medical care, nonpsychotic psychiatric disorders.

Проблема психического здоровья пожилых людей является одним из ведущих направлений в современной психиатрии. Психиатрической службой регистрируется лишь одна десятая часть пожилых с психическими нарушениями. Отмечается рост пограничной психической патологии, развивающейся на фоне различной соматической патологии, особенно у пожилых людей [1-3]. Низкая выявляемость таких больных обусловлена снижением их социальной активности и уровня социальных требований к ним, а также существованием особого, "терпимого" отношения общества к психическим расстройствам у стариков [4].

В практике врача-интерниста чаще встречаются психические нарушения пограничного уровня (невротические, неврозоподобные, депрессивные, психоорганические, мнестико-интеллектуальные), они выявляются плохо, больным не оказывается необходимая помощь, что приводит к быстрому прогрессированию заболевания и последующей инвалидизации. Преобладающими в структуре психических расстройств являются депрессивные состояния (35%), психоорганический синдром (24,5%), невротические синдромы (18,0%) и деменция (11,6%) [5-8].

Целью нашего исследования стало изучение частоты встречаемости и структуры непсихотических психических расстройств у пожилых пациентов кардиологического стац-

нара, а также оценка надежности использования клинических опросников для скрининговой диагностики таких расстройств.

Материал и методы исследования.

Объектом исследования явились 302 пожилых человека, находящихся на стационарном лечении по поводу хронической кардиальной патологии в кардиологическом отделении института геронтологии АМН Украины. Средний возраст пациентов составлял $71,4 \pm 7,1$ года. По ведущему кардиологическому диагнозу пожилые пациенты подразделялись на больных ишемической болезнью сердца (ИБС) - 203 (76,2%) чел. и больных гипертонической болезнью (ГБ) - 99 (32,8%) чел. Группа ГБ была представлена в основном больными в возрасте 60-69 лет, а пациенты с ИБС - более старшей возрастной группой (70-79 лет). 23,9% больных перенесли в прошлом (более 1 года) инфаркт миокарда. У 36,8% больных имелись выраженные нарушения ритма сердца (пароксизмы фибрилляции предсердий с частотой более 1 пар./мес., желудочковые экстрасистолы Ш-IV кл. по Lowen).

Группу сравнения составили 55 пожилых пациентов без актуальной психопатологической симптоматики. По полу, возрасту, социальным факторам (семейному положению, образовательному уровню, условиям проживания и др.), соматическому состоянию достоверных различий с основной группой выявлено не бы-

ло. Число пациентов, перенесших инфаркт миокарда, в группе сравнения было достоверно меньше ($p < 0,05$).

Было проведено сплошное клинико-психопатологическое исследование больных. Клинические диагнозы психических расстройств устанавливались в соответствии с исследовательскими диагностическими критериями классификации психических и поведенческих расстройств МКБ-10. В работе использовались клинические и психологические тесты и опросники для объективизации различных психических параметров. Статистическая обработка проводилась с помощью компьютерной программы STATISTICA (StatSoft) для Windows 98 с использованием программ группировки данных и математического анализа Excel с применением методов ранговых корреляций Спирмена (R), критериев Стьюдента и хи-квадрат, точного критерия Фишера с поправкой Йетса для малых выборок.

Процесс обследования состоял из двух этапов. На первом этапе все пациенты подвергались скрининговому обследованию с использованием шкалы оценки функциональной повседневной жизнедеятельности, гериатрической шкалы депрессии GDS, госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS, теста "рисование часов" CDT, мини-шкалы психического состояния MMSE. На втором этапе лица с выявленными психическими расстройствами обследовались клинико-психопатологическим методом для оценки глубины выраженности этих расстройств с использованием следующих опросников: шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина, шкалы депрессии Бека BDI, Торонтской алекситимической шкалы TAS, для определения типа деменции - ишемической шкалы Хачинского.

Результаты исследования. В ходе психопатологического обследования с применением скрининговых методик депрессивные расстройства были выявлены у 97 человек, что составляет 32,1% всех обследованных пациентов. Частота депрессивных расстройств у женщин в 2,9 раза выше, чем у мужчин. Большинство пациентов с депрессивными расстройствами приходится на возрастную группу 70-79 лет. Количество женщин в группе с депрессивными расстройствами было достоверно больше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$). Наследственная отягощенность психическими заболеваниями достоверно превалировала в группе больных с депрессивными расстройствами ($p < 0,05$). Сред-

ди пожилых пациентов с депрессивными расстройствами было больше, чем в группе сравнения, одиноких, с низким уровнем дохода (различия не достоверны), с нарушениями функциональной повседневной жизнедеятельности ($p < 0,05$).

Клинические диагнозы отвечали рубрикам: F06.3 Органические аффективные расстройства (расстройства настроения) - у 60,8% больных, F43.2 Адаптационные расстройства (продолжительная депрессивная реакция) - у 15,5% и F34.1 дистимические расстройства - у 23,7% пациентов. По синдромальной структуре депрессивные расстройства были представлены: 1) астено-депрессивный синдром (39,2%); 2) тревожно-депрессивный синдром (36,1%); 3) депрессивно-ипохондрический синдром (24,7%).

Проведенный анализ аффективной структуры депрессивных расстройств различной степени выраженности показал, что наиболее часто встречающимися аффективными симптомами у пожилых пациентов являются эмоциональная лабильность, ангедония и гипотимия (т.н. дисбаланс аффективного реагирования по депрессивному типу). С усугублением тяжести депрессивного расстройства в его структуре увеличивался удельный вес апатических, дисфорических и ангедонических расстройств при сохранении ведущей роли компонентов дисбаланса аффективного реагирования. Наличие в психическом состоянии пациента дисбаланса аффективного реагирования по депрессивному типу как "нозологически неспецифического психопатологического феномена депрессивного круга" может служить скрининговым признаком наличия депрессивного расстройства у пожилых пациентов в общей медицинской практике.

Применение опросника Бека позволило оценить тяжесть депрессивных расстройств у пожилых пациентов кардиологического профиля. Легкая степень депрессии выявлена у 36,1%, умеренная - у 54,6%, выраженная - у 9,3% пациентов. Выраженная степень депрессии выявлена в основном в группе больных с адаптационным расстройством (утратившие супруга в течение последнего года). В структуре депрессивных расстройств у этих пациентов наибольший удельный вес имели гипотимия и вегетативный компонент (коэффициенты корреляции $R=0,29$ и $R=0,20$ соответственно, $p < 0,05$), а также булимические расстройства ($R=0,21$, $p < 0,05$).

При анализе структуры депрессивных расстройств помимо собственно расстройств настроения были выявлены следующие расстройства: инсомнические (93,8%), астенические (91,8%), тревожные (53,6%), расстройства пищевого поведения (35,1%), ипохондрические (24,7%) и др. Между этими расстройствами с помощью корреляционного анализа были выделены достоверные значимые связи ($p < 0,05$): депрессивного расстройства и тревоги в ее структуре ($R=0,41$), нарушениями сна ($R=0,21$), и с ранними утренними пробуждениями в частности ($R=0,52$), с астеническим расстройством ($R=0,26$), булимическими тенденциями ($R=0,27$). Астеническое расстройство чаще выявлялось у женщин с нарушениями повседневного функционирования и выраженной депрессией. Астения коррелировала с такими соматическими симптомами, как снижение аппетита, сердцебиения, затруднениями дыхания при отсутствии физических явлений, запоры и боли в суставах и пояснице.

На возникновение депрессивных расстройств у пожилых кардиологических пациентов значительное влияние оказали нарушение физического повседневного функционирования и полиморбидность ($p < 0,05$). Тесную связь между тяжестью основного соматического заболевания и возникшим аффективным расстройством отражает наличие корреляционных связей между депрессией и нарушением ритма сердечной деятельности и наличием инфаркта миокарда в анамнезе пациента ($R=0,31$ и $R=0,20$ соответственно, $p < 0,05$).

Изучение клинической психопатологической структуры депрессивных расстройств у пациентов с ИБС и ГБ на синдромальном уровне позволило выявить некоторые ее различия. При ИБС депрессивные расстройства встречаются у 33,0% пациентов и преобладающими являются астено-депрессивные расстройства. При ГБ депрессивные расстройства выявляются у 30,3% больных и преобладающими являются тревожно-депрессивные расстройства. Относительная частота депрессивно-ипохондрических расстройств при ИБС несколько выше, чем при ГБ.

При психопатологическом обследовании тревожные расстройства были выявлены у 52 человек, что составляет 17,2% всех обследованных пациентов. Относительная частота тревожных расстройств у женщин в 1,5 раза выше, чем у мужчин. Средний возраст пациентов был достоверно ниже, чем в группе срав-

нения ($p < 0,05$). Тревожные расстройства редко (8,3%) встречались у возрастной группы 80 лет и старше.

Клинический диагноз тревожного расстройства соответствовал исследовательским диагностическим критериям F06.4 Органическое тревожное расстройство. По своей структуре тревожные расстройства были неоднородны и разделялись на: 1) тревожно-депрессивное расстройство (50,0%); 2) тревожно-фобическое расстройство (25,0%); 3) паническое расстройство (3,8%); 4) генерализованное тревожное расстройство (21,2%). Наиболее часто встречающимися тревожными расстройствами у женщин были тревожно-депрессивные, а у мужчин почти с одинаковой частотой выявлялись тревожно-депрессивные и тревожно-фобические расстройства. Тревожные расстройства у пожилых пациентов сочетались с другими психопатологическими феноменами. Наиболее часто встречались инсомнические, астенические, депрессивные, фобические расстройства и нарушения пищевого поведения, что подтверждалось достоверными корреляциями ($p < 0,05$).

Тревожные расстройства достоверно чаще встречались у больных ГБ и реже у больных ИБС, чем в группе сравнения. Это преобладание отмечалось за счет тревожно-фобического и генерализованного тревожного расстройства, т.е. изолированных тревожных состояний, в отличие от коморбидной (тревожно-депрессивной) формы расстройства, чаще наблюдающейся при ИБС. Максимальная частота тревожных расстройств отмечается при I и II стадии ГБ, а при ИБС частота тревожных расстройств уменьшается по мере прогрессирования заболевания. Наличие инфаркта миокарда в анамнезе пациентов с тревожными расстройствами коррелировало с мужским полом ($R=0,43$, $p < 0,005$), эмоционально-лабильными чертами личности ($R=0,39$, $p < 0,05$), наличием депрессивных симптомов (по GDS) ($R=0,54$, $p < 0,005$) и высоким уровнем личностной тревоги ($R=0,37$, $p < 0,05$). У этой группы больных нарушения ритма сердечной деятельности коррелировали с нарушением пищевого поведения типа вечерней булимии ($R=0,35$, $p < 0,05$).

В ходе психопатологического обследования ипохондрические расстройства были выявлены у 46 человек, что составляет 15,2% всех обследованных пациентов, частота ипохондрических расстройств у мужчин в 2,2 раза

выше, чем у женщин. Клинические проявления соответствовали исследовательским диагностическим критериям ипохондрического расстройства (F45.2) МКБ-10.

В группе больных с ипохондрическими расстройствами выявлен достоверно более высокий образовательный уровень, инфаркт миокарда или нарушение мозгового кровообращения, патологический климакс у женщин отмечались в анамнезе чаще, чем в группе сравнения, а ГБ - реже.

По своей структуре ипохондрические расстройства были неоднородны разделялись на: 1) астено-ипохондрический (63,0%), 2) тревожно - ипохондрический (23,9%) и 3) депрессивно-ипохондрический синдром (13,1%). Преобладающим видом ипохондрических расстройств у пожилых кардиологических больных было астено-ипохондрическое, депрессивно-ипохондрическое расстройство наблюдалось только у пациентов с ИБС.

Наиболее часто ипохондрические проявления сочетались с инсомническими, астеническими, тревожными, булимическими и конверсионными расстройствами. Достоверные различия с группой сравнения выявлены со всеми этими расстройствами ($p < 0,05$) кроме булимических. В обеих группах (с ипохондрическими расстройствами и сравнения) не наблюдалось пациентов с деменцией.

Ипохондрическое расстройство было диагностировано у 18,7% пациентов с ИБС, особенно стенокардией напряжения Ш ф.кл. Большой удельный вес в психическом состоянии пациентов имели сенсоипохондрические проявления от сопоставимых с наблюдаемыми при соматической патологии болезненными ощущениями до эссенциальных сенестопатий. Идеоипохондрические проявления сочетались с коморбидными психическими расстройствами такими, как депрессивные, астенические и тревожные.

Ипохондрическое расстройство было диагностировано у 14,7% пациентов с ГБ. Проведенный корреляционный анализ выявил положительные связи ипохондрики и 3 стадии ГБ ($R=0,31$, $p < 0,05$) и возраста 60-69 лет ($R=0,20$, $p < 0,05$). В клинической картине ипохондрических расстройств у пациентов с ГБ отмечалось равномерное распределение сенсо- и идеоипохондрических проявлений в сочетании с коморбидными тревожным ($R=0,20$, $p < 0,05$), астеническим ($R=0,14$, $p < 0,05$), конверсионными расстройствами ($R=0,21$, $p < 0,05$), выраженны-

ми когнитивными нарушениями (не достигающими степени деменции) ($R=0,11$, $p < 0,05$). Все пожилые пациенты, принимавшие участие в исследовании, были обследованы с помощью MMSE для выявления когнитивных нарушений.

В изученной группе ухудшение познавательного функционирования отмечено с увеличением возраста. Легкие когнитивные расстройства (ЛКР) чаще встречаются в группе пожилых пациентов с высшим образованием (58,5%). Деменция наиболее часто выявлена в группе пожилых с низким образовательным уровнем и нарушением функциональной повседневной жизнедеятельности (9,6%). Для определения характера органического мозгового процесса у пожилых пациентов с деменцией использовалась шкала Хачинского. Средний балл по шкале составлял $5,8 \pm 1,4$. Положительная динамика состояния интеллектуально-мнестических функций с увеличением показателя MMSE отмечена у 68,8% больных с деменцией после проведения курса лечения сердечно-сосудистыми средствами. Это свидетельствовало о сочетанном характере органического мозгового процесса с большой долей сосудистого фактора.

Доля пожилых пациентов с ЛКР при ГБ превышает таковую у больных с ИБС, тогда как доля выраженных когнитивных расстройств (ВКР) выше у лиц с ИБС. У больных с ИБС и ГБ были отмечены некоторые различия в проявлении когнитивных нарушений. У пациентов с ИБС превалировало постепенное ослабление памяти, прежде всего оперативной и кратковременной, на фоне заострения личностных особенностей, слабодушия, снижения выразительности эмоциональных проявлений. У больных с ГБ когнитивные нарушения сопровождались эмоциональной лабильностью, повышенной тревожностью, трудностями засыпания, жалобами на головные боли и повышенную утомляемость. Наиболее часто когнитивные нарушения, достигающие по MMSE уровня деменции, сочетались с депрессивным и астеническим расстройствами. Корреляционный анализ выявил наличие значимых положительных корреляций деменции с депрессивным и инсомническими расстройствами и отрицательных - с тревожным и ипохондрическим расстройствами ($p < 0,05$).

В ходе проведенного исследования у 73 пожилых кардиологических пациентов диагностировано астеническое расстройство, что составило 24,2% обследованных больных. Среди па-

циентов с астеническими расстройствами несколько преобладали пациенты с ИБС. Астеническая симптоматика чаще возникала при выраженных формах сердечно-сосудистой патологии. У 35,6% пациентов астеническое расстройство было постоянным, определяя клиническую картину заболевания. Наблюдались два варианта астенического расстройства: гиперстенический вариант встречался чаще у пациентов с ГБ, гипостенический - у больных ИБС.

Обсуждение результатов и выводы.

Проведенное нами исследование показало, что в пожилом возрасте множественные соматические недуги часто сочетаются с непсихотическими психическими расстройствами, имеющими различную синдромальную представленность и клиническую выраженность. У одного пациента выявлено в среднем $3,3 \pm 1,6$ психопатологических расстройства. Коморбидность психической патологии затрудняет диагностику и требует дифференцированного подхода к лечению пожилых пациентов.

Выявление психических расстройств у пожилых пациентов имеет свои методологические и организационные особенности. Использование клинических опросников для выявления психических расстройств выявило их высокую надежность при использовании у лиц пожилого возраста: корреляция клинического диагноза депрессии и результатов гериатрической шкалы депрессии составила $R=0,75$ ($p<0,05$), корреляция шкалы Спилбергер-Ханина с уровнем реактивной тревоги составила $R=0,63$ ($p<0,05$), а с уровнем личностной тревоги $R=0,50$ ($p<0,05$).

Выявленная распространенность психических расстройств у кардиологических па-

циентов указывает на то, что врачами общей медицинской практики уделяется недостаточное внимание проблеме психических расстройств у пациентов, недооценивается роль этих расстройств, важность их коррекции для снижения темпов прогрессирования кардиологических заболеваний, улучшения общего состояния больных и их качества жизни. В решении проблемы выявления и терапии пациентов общей медицинской практики с психическими расстройствами целесообразным является создание службы консультирования и взаимодействия в условиях общей медицинской практики. Для успешной диагностики и лечения психических нарушений у пожилых пациентов требуется дальнейшее научное обоснование клинических стандартов, основанных не только на адаптации зарубежного опыта, но и на отечественной клинической психиатрической традиции.

Наиболее приемлемой для организации психиатрической помощи геронтологическим пациентам общей медицинской практики с психическими расстройствами является модель консультативной психиатрии с активным стационарным и амбулаторным консультированием в условиях учреждений соматической практики. Она помогает приблизить эту помощь к пожилым больным, консолидировать усилия различных специалистов в привычных для этой категории пациентов условиях ее получения.

Целесообразно использовать имеющиеся в нашей стране ресурсы традиционного оказания медицинской помощи с внедрением в общесоматические лечебные учреждения звена геронтологической помощи - соматопсихиатрических геронтологических центров.

Литература:

1. Смулевич А.Б. Депрессии в общей медицине. - М.: Мед. информ. агентство, 2001. - 256 с.
2. Благовидова О.Б., Островский А.Б., Михайлов В.И. Депрессия и гипертоническая болезнь // Актуальные проблемы психиатрии, наркологии и неврологии: Сб. научн. тр. Гос. науч. центра соц. и суд. психиатрии. - Хабаровск. - 1998. - С. 65-70.
3. Подкорытов В.С. Проблема депрессий в общесоматической практике // Арх. психіатрії. - 2003. - Т. 9, № 1 (32). - С. 69-71.
4. Гаврилова С.И. Современные проблемы геронтопсихиатрической эпидемиологии и организации геронтопсихиатрической помощи // Журн. невропатол. и психиатр. - 1987. - Т. 87, № 8. - С. 1187-1192.
5. Ребекка Матер Психиатрия позднего возраста в общесоматической больнице // Психиатрия позднего возраста: В 2-х т.: Пер. с англ. / Под ред. В.Позняка. - К.: Сфера, 2001. - Т. 1. - С. 370-390.
6. Frank E., Kupfer D.J. Peeking through the door to the 21st Century // Arch. Gen. Psychiatry. - 2000. - Vol.57. - P.83-85.
7. Feldman E., Mayou R., Hawyon K., Arderm M., Smith E.B.O. Psychiatric disorder in mesical in-patients // Quart. J. Med. - 1987. - Vol. 63, № 24. - P. 405-412.
8. Karlsson H., Joukamaa M., Lehtinen V. Differences between patients with identified and not identified psychiatric disorders in primary care // Acta Psychiatr. Scand. - 2000. - Vol. 102. - P. 354-358.

УДК 616.895.4-053.9

Клініка і лікування депресій у осіб похилого віку

А.В. ОЛІЙНИК

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, кафедра психіатрії



Резюме: В статті представлені результати лікування депресій антидепресантом клофранілом і електроконвульсивної терапії у 32 осіб похилого віку жіночої статі. Показано високу ефективність електроконвульсивної терапії при мінімальному ризикі для здоров'я пацієнтів. Рекомендовано ширше застосовувати електроконвульсивну терапію для лікування депресій похилого віку.

Ключевые слова: депресії похилого віку, антидепресанти, електроконвульсивна терапія.

Summary: In the paper are presented the results of treatment of depressions with antidepressant clofranil and ECT in 32 female aged persons. The high efficacy and minimal risk for patients' health was shown. It is recommended extent using of ECT for treatment of depressions of late age.

Key words: depressions of late age, antidepressants, electroconvulsive therapy.

Вступ. Серед психічних захворювань у осіб похилого віку (після 65 років) найчастіше зустрічаються депресії, які часто стають причиною інвалідизації, самогубств, погіршення якості життя як самих хворих, так і осіб, що їх оточують. Незважаючи на великий вибір антидепресантів, не завжди вдається досягти терапевтичної ремісії. При цьому слід враховувати, що депресії у осіб похилого віку часто супроводжуються супутніми соматичними захворюваннями - гіпертонічною хворобою, церебральним атеросклерозом, цукровим діабетом та іншими.

Перебіг депресій у осіб похилого віку нерідко набуває затяжного монотонного характеру з дальнішою хронізацією. Хворі даного контингенту менше скаржаться на тугу і пригніченість, більше фіксовані на соматичних проявах, нерідко з іпохондричними включеннями.

Спостерігається загострення особистісних рис - образливість, підвищена сензитивність, егоцентризм, ригідність переживань. Скарги на погану пам'ять примушують проводити диференційну діагностику з істинною деменцією.

Серед соматовегетативних симптомів - анорексія, зменшення маси тіла, безсоння, порушення діяльності серцево-судинної системи.

Особливості клінічної картини депресій похилого віку обумовлені рядом причин, серед них патопластичні фактори - перенесені в минулому черепно-мозкові травми, атеросклероз, ендокринні порушення, загострення соматичних захворювань (2), а також терапевтичний патоморфоз від застосування психофармакотерапії, зміни фармакокінетики і фармакодинаміки організму, що старіє, до прийому лікарських препаратів.

Об'єкт дослідження. Під нашим спостереженням знаходилося 32 пацієнти з важкими депресивними розладами психотичного рівня, які перебували на стаціонарному лікуванні в Київській міській клінічній психіатричній лікарні №1. Вік хворих від 54 до 66 років і давність захворювання від 3 до 30 років. Згідно з МКХ-10 депресивні розлади у хворих розподілились таким чином: у 14 хворих - біполярний афективний розлад, у 9-рекурентний депресивний розлад, у 4-хронічний афективний розлад і у 5-шизоафективний психоз депресивного типу.

У всіх хворих на період спостереження і лікування депресивні епізоди були повторними і тривали від 2 до 5 місяців. Всі хворі під час попередніх психотичних епізодів лікувались в психіатричних закладах і приймали різні психотропні препарати.

Метою дослідження було проведення порівняльної характеристики результатів терапії антидепресантами і електроконвульсивною терапією (ЕКТ).

Із антидепресантів ми вибрали клофраніл - препарат з широким спектром психотропної дії, який по тимоаналептичному ефекту переважає амітриптилін, меліпрамін і деякі блокатори зворотнього захвату серотоніну (флуоксетин, сертралін). Перед лікуванням проводилося стандартне обстеження соматичного статусу - електрокардіограма, аналіз крові і сечі, рентгеновське обстеження грудної клітини, та пацієнти були оглянуті терапевтом і невропатологом.

Лікованих хворих ми розділили на 2 однотипні за клінічною картиною групи: перша одержувала клофраніл (24), друга - ЕКТ (8- як моноте-

рапия). Для прискорення позитивного результату і запобігання вторинної резистентності лікування клофранілом починали з парентерального введення препарату (внутрішньом'язово) з нарощуванням доз до середньотерапевтичних (150 мг) і подальшим переходом на пероральний прийом.

Курс лікування складав у середньому 1,5 місяця. У всіх лікованих хворих спостерігались побічні ефекти, пов'язані з антихолінергічною, антигістамінною та кардіотоксичною дією (сухість в ротовій порожнині, тахікардія, гіпотензія, закрепи та інші).

Більшість побічних ефектів пацієнти характеризували як "терпимі" та середньої важкості. Їх вираженість була найбільшою в перші два тижні терапії і зменшувалась з покращенням психічного стану.

Лікування клофранілом за вказаною схемою проведено 24 хворим. Позитивного терапевтичного ефекту досягнуто у 15 пацієнтів (вихід в ремісію), у 5 - незначне покращення (дещо зменшились страх, тривога), і у 4 - без позитивного ефекту.

Аналіз результатів терапії клофранілом показав, що найкращий результат спостерігався у хворих з ендегенною депресією, особливо при біполярних афективних розладах, і був відсутній у хворих з хронічними афективними розладами і шизоафективним психозом.

Відсутність ефекту у 9 хворих після двох курсів лікування клофранілом дало підставу віднести їх до терапевтично резистентних і після двотижневої перерви включити в групу на ЕКТ.

Електроконвульсивну терапію було проведено у 17 хворим (у 9 як альтернативна до антидепресантів і у 8 - як монотерапія). Відомо що, ЕКТ- один з найбільш ефективних методів лікування важких психотичних депресій (4) в тому числі і терапевтично резистентних. Однак, похилий вік і наявність супутніх соматичних захворювань стримує застосування ЕКТ, яку одні автори відносять до такої, що становить підвищений ризик для здоров'я особи (6), а інші вважають про-

типоказаною (2). Наш досвід показує, що використання ЕКТ у осіб похилого віку потребує ретельного всебічного аналізу стану хворого з урахуванням абсолютних та відносних протипоказань. Абсолютними протипоказаннями є декомпенсовані соматичні захворювання, деменція, пухлини головного мозку. При відносних протипоказаннях у людей похилого віку можна проводити ЕКТ, хоч це становить певний ризик. ЕКТ проводилась тільки з усвідомленої (інформованої) згоди пацієнтів, або їх законних представників.

Для проведення ЕКТ ми користувались електроконвульсатором "Гелікон-01" вітчизняного виробництва. Розміщення електродів білатеральне, кількість сеансів від 3 до 7. Інтервали між сеансами - один день. Премедикація проводилась атропіном за 30 хвилин до сеансу. Таким чином, було застосовано ЕКТ у 17 хворих, у 8 - як монотерапія і у 9 після відсутності терапевтичного ефекту від антидепресантів. У всіх хворих спостерігався позитивний ефект, (у 15 хворих повний вихід з депресії, у 2 - значне покращення). Найкращі результати відзначалися у хворих з шизоафективною симптоматикою і хронічних афективних розладах.

Серед побічних явищ після ЕКТ у всіх хворих спостерігалась короточасна ретроградна амнезія (до години), у двох з них з психомоторним збудженням. Ці розлади повністю проходили і всі хворі повертались до свого початкового когнітивного рівня.

Враховуючи позитивний терапевтичний результат від застосування ЕКТ у хворих геронтопсихіатричного профілю з мінімальним ризиком для здоров'я особи, ЕКТ слід ширше використовувати не тільки як альтернативний метод до психофармакотерапії, а також як монотерапію при психотичних депресіях. Цей дешевий лікувальний метод дає можливість швидше досягти терапевтичного успіху, перебороти терапевтичну резистентність до антидепресантів, скоротити час перебування хворих в стаціонарі, запобігти суїцидам і покращити якість життя хворих і членів їх сімей.

Література:

1. Психиатрия позднего возраста. Т. 1 и 2. Под ред. Робина Джекоба. Изд. Сфера.- 2001.
2. Напреєнко О.К., Процик В.О. Особливості клініки та фармакотерапії депресій з урахуванням сучасних патопластичних факторів. Архів психіатрії. Т. 10,1 (36).- 2004.- С.9-10.
3. Robert Baldwin, Rebecca Wild. Лечение депрессий пожилого возраста. Обзор современной психиатрии. Вып 1 (21) 2004.-С. 61-69.
4. Каплан Г.И. Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. М.-Медицина. 1994, т.2.-С.179.
5. Мосолов С.Н., Клиническое применение современных антидепрессантов, СПб, Медицинское информационное агентство, 1994, С.568.
6. Волошин П.В., Табачников С.І. та інші. Методи лікування, що становлять підвищений ризик для здоров'я особи, та їх застосування при наданні психіатричної допомоги (методичні рекомендації), Харків, 2001.

АДДИКТИВНІ РОЗЛАДИ

УДК 616.89-008.441.13-053.6-06+616.89-008.452-053.6

Особенности психопатологических проявлений в клинике алкогольного делирия у подростков и юношей



С.А. ГОРДИЙЧУК

Киевская городская клиническая
психоневрологическая больница №1.
Киевский городской научный
информационно-методический центр по
организации психиатрической помощи

Резюме. При зіставленні психопатологічних проявів алкогольного делірію в підлітковому, юнацькому та зрілому віці чітко простежується їх віковий патоморфоз: бідна та нечисленна психопатологічна симптоматика, характерна для підлітків, в юнацькому віці з кожним роком життя стає багатшою, різноманітною та досягає свого повного розвитку в зрілому віці в типових "класичних" картинах алкогольного делірія.

Ключові слова: алкогольний делірій, підлітки, юнаки, віковий патоморфоз, психопатологічні прояви.

Summary. On comparison psychopathological attacks of alcoholic delirium in teens, youth and full age, the age pathomorphosis on them is clearly revealed: poor and few psychopathological features visible with teen-agers, year by year being more abundant, diverse and colorful with youth and amounting in fully developed with adults up to typical "classical" pictures of alcoholic delirium.

Key words: alcoholic delirium, teen-agers, youth, age pathomorphosis, psychopathological features.

По данным литературы определить закономерности возникновения, клинического оформления, течения и прогноза алкогольных психозов в подростковом и юношеском возрасте не представляется возможным ввиду их малочисленности, фрагментарности исследований, нерепрезентативности клинического материала, несходства и противоречивости результатов у разных исследователей. Даже психопатологическая структура алкогольного делирия у лиц молодого возраста, наблюдаемого авторами чаще других нозологических форм алкогольных психозов, описывается авторами по-разному, касательно соотношения удельного веса классических, второстепенных и эндоформных проявлений [1-14].

Недостаточность знаний об особенностях возникновения и клинической картины алкогольных психозов у подростков и юношей препятствует их раннему распознаванию, своевременному и эффективному лечению, определению прогноза, затрудняет разработку и применение индивидуализированных лечебных и профилактических мероприятий.

Целью настоящего исследования было выявление особенностей психопатологической симптоматики алкогольного делирия, возникающего в подростковом и юношеском возрасте, относительно "классического" типа алкогольного

делирия у лиц зрелого возраста, подробно описанного в специальной литературе [15,16].

Задачи исследования:

1. Собрать репрезентативное количество верифицированных случаев алкогольных психозов, впервые развившихся в границах подросткового и юношеского возраста.
2. Выявить и систематизировать всю психопатологическую симптоматику алкогольного делирия, отдельно в подростковой и юношеской группах пробандов.
3. Уточнить особенности возрастного патоморфоза психопатологических проявлений алкогольного делирия, анализируя их в последовательности подростки юноши люди зрелого возраста.

Материал и методы исследования

Клинический материал собран методом сплошного наблюдения: исследовались все случаи алкогольных психозов у подростков и юношей, госпитализированных в Киевскую городскую клиническую больницу №21 (в настоящее время КМКПЛ №1) в течение 12 лет. За указанный период времени в больнице пролечилось 19 подростков (14-18 лет) и 86 юношей (19-21 год) с психозами, верифицированными как металкольные. Алкогольный делирий перенесли 17 подростков и 73 юноши.

Контрольное исследование в группе

больных зрелого возраста не проводилось, полученные результаты мы сравнивали с приведенными в Глоссарии [16] данными о психопатологической структуре алкогольных психозов в зрелом возрасте, а также с данными литературы.

Результаты исследования

а. Синдромы нарушенного сознания

Галлюцинаторное помрачение сознания с расстройством аллопсихической ориентировки - обязательный, стержневой синдром алкогольного делирия у всех исследованных больных. В подавляющем большинстве случаев в обеих возрастных группах оно было единственным видом нарушенного сознания: у 94,1% больных подростковой группы (16 больных) и у 80,8% больных юношеской группы (59 больных). Помимо делириозного помрачения сознания, у 14 юношей (19,2%) в структуре психоза наблюдались и другие виды нарушенного сознания, в том числе их сочетания: онеройдный синдром - у 6 больных (8,2%), сумеречное расстройство сознания - у 1 б-го. (1,4%), оглушение - у 2-х больных (2,7%), аментивноподобное расстройство оглушение у 4-х - больных (5,5%); аментивноподобное расстройство оглушение сопоркома - у 1 больного (1,4%). В подростковой группе неделириозное расстройство сознания (онейроид) наблюдалось только у 1-го больного (5,9%).

Для делириозного помрачения сознания в обеих возрастных группах характерно "мерцание" с частым появлением люцидных "окон". Как и у взрослых больных, у подростков и юношей наблюдался симптом пробуждаемости сознания, спонтанно или под влиянием внезапных внешних воздействий, когда можно было вступить в контакт.

В момент госпитализации, а затем в стационаре, ориентировка в месте была нарушена у половины больных подростковой группы и у 59% больных юношеской группы, в том числе трое юношей считали, что находятся на своем рабочем месте. Дезориентировка во времени отмечалась во всех случаях: от тонких изменений чувства времени (замедление или ускорение его хода) до грубых ошибок в календарном времени (в пределах от нескольких дней до 2-3 недель). Дезориентировка в окружающих лицах с ложным узнаванием наблюдалась только в юношеской группе - у 3 больных. Делириозное помрачение сознания возникало и усиливалось, как правило, в вечернее и ночное время, как и у

больных зрелого возраста. Следует отметить, что у значительного числа больных в обеих возрастных группах делириозное расстройство сознания, начавшись вечером или ночью, с наступлением дня не ослаблялось, в отличие от больных зрелого возраста.

б. Аффективные расстройства были обязательными в клинике алкогольного делирия в обеих возрастных группах. В отличие от больных зрелого возраста, эмоциональная сфера которых характеризуется разнообразием оттенков и переходов, палитра эмоциональных расстройств у подростков и юношей бедна и монотонна: страх и тревога являются основными, а часто и единственными эмоциональными расстройствами; в 2/3 случаев они сочетались, у 1/3 больных наблюдался только страх (чаще), только тревога (реже). Типичная для больных зрелого возраста лабильность настроения с попеременным возникновением недоумения, удивления и изменчивости аффекта, когда интенсивные тревога и страх сменяются благодушием, юмором и эйфорией, совсем не характерна для больных подростковой группы, а у юношей наблюдалась только в 9,6% случаев. Аффект недоумения в сочетании с удивлением и любопытством, страхом и тревогой наблюдался в подростковой группе только у 1 больного (5,9% больных), в юношеской - у 14 больных (в 19,2% случаев). В единичных случаях можно было наблюдать, как страх и тревога сменились полным безразличием, что всегда свидетельствовало о развивающемся оглушении. Склонность к алкогольному юмору отмечена всего у 6 больных юношеского возраста (8,2%).

Приподнятое настроение и депрессивные расстройства наблюдались лишь в единичных случаях, преимущественно на выходе из психоза. Дисфорический оттенок настроения - постоянный симптом абстиненции в обеих возрастных группах, в ряде случаев дисфорические проявления усиливались и продолжались на этапе развернутого психоза и существовали вплоть до выхода из психоза. Пугливость характерна для всех исследованных больных.

в. Расстройства восприятия.

Расстройство зрительного восприятия - обязательный симптом алкогольного делирия в обеих возрастных группах.

У подростков зрительные обманы представлены почти исключительно истинными галлюцинациями, лишь у 1 больного (5,9% больных) наблюдались зрительные иллюзии при

выключенном свете. У 17-ти больных было выявлено 19 различных галлюцинаторных образов. Преобладали зооптические галлюцинации, у 13 больных из 17-ти. Несколько реже встречались галлюцинаторные образы людей - у 9 больных. Галлюцинаторные образы частей тела (рука, голова) и предметов (нож, пистолет, веревка, нити) отмечены в единичных случаях.

Зооптические галлюцинации - преимущественно насекомые, реже мелкие грызуны, пресмыкающиеся, и лишь в одном случае крупное животное (корова). Они естественных размеров, обычного или неопределенного цвета; чем мельче, тем их больше и тем быстрее они передвигаются. Однако множественность не достигала степени обилия, галлюцинации не "копошатся" и не "снут", как это характерно для больных зрелого возраста. Находятся в реальном пространстве вокруг больного, вреда ему не делают. Галлюцинаторные образы людей, как правило, обычных размеров, обычного вида, только в двух случаях отличались очень маленьким или очень большим ростом и безобразными лицами. Людей обычно мало, 1-3 человека, редко больше. Они всегда настроены враждебно, агрессивно по отношению к больному, в руках у некоторых оружие (пистолеты, ножи), они создают последовательные сцены с единственным сюжетом - преследование больного с целью его физического уничтожения. Галлюцинации в виде частей тела имеют устрашающий, ужасный вид, они устремляются к больному, хотят напугать, схватить, причинить вред. Все зрительные галлюцинации то исчезают, то возникают вновь. В отличие от галлюцинаций у больных зрелого возраста, калейдоскопической смены образов другими не происходит; фантастических существ не наблюдал никто, а необычный внешний вид галлюцинаций отмечался лишь в единичных случаях, зрительные образы размеров не меняют, друг в друга не трансформируются.

В юношеской группе диапазон зрительных обманов намного шире, чем у подростков. Помимо истинных зрительных галлюцинаций, имели место иллюзии, парейдолии, элементарные галлюцинации, гипнагогические галлюцинации, однако их частота значительно уступает таковой в зрелом возрасте, они наблюдались только у 8 юношей, т.е. в 10,9% случаев. Содержательная сторона обманов зрения значительно богаче, чем у подростков - выявлено 67 различных галлюцинаторных и иллюзорных обра-

зов: всякого рода насекомые, пресмыкающиеся, грызуны, коты и собаки, птицы и черти, гномы и лилипуты, трупы и части тела, живые люди, тени, чудовища, дети и взрослые, солдаты и цыгане поодиночке, группами и толпами, и многое другое, в том числе предметы: полотнища ткани, снежинки, нити, проволока, кнопки.

По сравнению с подростками, у юношеской группы много чаще, у каждого 3-го больного, отмечались галлюцинаторные образы необычного или устрашающего вида, необычного цвета, в том числе персонажи сказок и суеверий. В юношеской группе уже наблюдались галлюцинации типа "кино на стене" и "как будто фильмы" при закрывании глаз (3 больных). Микроскопические галлюцинации, как и в подростковой группе, очень редки, всего 4 случая: женщина ростом 18 см, поезд под кушеткой, малюсенькие зеленые чертики, маленькие солдатики. Как и у подростков, в общем количестве галлюцинаторных образов преобладали зооптические. Сравнительно часты образы людей, как единичные, так и множественные. При множественности и подвижности зооптических галлюцинаций (насекомых, пресмыкающихся, грызунов) они, как и в подростковой группе, не создавали впечатления обилия, не копошились, не сновали. Как и у подростков, галлюцинаторные образы людей очень часто создавали развивающиеся ситуации с преследованием больного, его матери, жены, однако в ряде случаев фабула сценподобного течения галлюцинаций имела и другое содержание: цыганские свадьбы, цирковые представления, сражения и побоища, пожары и катастрофы, похороны и киносъемки, сцены мучительства и издевательства, какие-то полные тайн происшествия. Галлюцинаторные образы, как и у подростков, не меняли своих размеров, не трансформировались друг в друга, калейдоскопической смены образов не отмечалось. Фантастические существа и чудовища встречались редко.

Расстройства слухового восприятия не были обязательными в картине алкогольного делирия, они отмечены только у половины больных подростков и юношей, соответственно в 53% и 54,8% случаев.

У подростков содержательная сторона слуховых расстройств бедна. Отмечено только 9 различных проявлений. Суммарное количество случаев обманов слуха - 19, из них половина - вербальные галлюцинации угрожающего характера, остальные представляют собой "голо-

са", обращающиеся к больному с индифферентными вопросами (3 случая), либо пьяные, неразборчивые "голоса и оклики" (2 случая), а также невербальные галлюцинации (музыка, звон посуды, стрельба) - 3 случая. Голоса звучали извне, чаще всего с улицы и за стеной, либо принадлежали зрительным галлюцинаторным образам. Никогда не принадлежали знакомым людям, отличались живым тембром и интонациями, воспринимались как реальность. Невербальные галлюцинации чаще всего отмечались в дебюте психоза, вербальные - на высоте делириозного помрачения сознания.

В юношеской группе алкогольного делирия содержательная сторона слуховых обманов намного богаче. Отмечено 34 различных проявления расстройств слухового восприятия, суммарное же количество случаев обманов слуха - 81, из них половина - вербальные галлюцинации угрожающего характера, в ? случаев - невербальные слуховые галлюцинации (лай, свист, музыка, рычание, топот ног, вопли, выстрелы, шум, какие-то непонятные звуки и шорохи), в остальных случаях - голоса, в т.ч. в 15% случаев ведущие диалог с больным на разные индифферентные темы. В юношеском возрасте впервые появились императивные голоса: лезь на крышу по водосточной трубе (5-й этаж), прыгни из окна (5-й этаж), выйди за балкон (7-й этаж) - у 3 больных. Дружественно-увещательные голоса отмечены у 5 больных, голоса-антагонисты - у 2 больных. Угрожающие голоса либо непосредственно обращаются к больному, обещая расправиться с ним и убить, либо больной слышит сговаривающиеся между собой голоса и даже слышит приказ о расстреле, аресте, пытке.

У больных юношеского возраста не зарегистрированы комментирующие и враждебно-обвиняющие голоса, часто отмечающиеся у взрослых. Алкогольная тематика в слуховых обманах почти не представлена, за исключением единичных случаев (звон стаканов, пьяные голоса, приглашения к угощению).

Обманы общего чувства. Тактильные галлюцинации у подростков наблюдались как ощущения ползанья "чего-то" по телу, прикосновения к половым органам, столкновения с другими телами. Имели место у 5-ти больных, в 29,4% случаев. У юношей, помимо вышеуказанных ощущений, отмечались ротоглоточные галлюцинации инородного тела, ощущение на коже масла, спирта, падающих насекомых, "пиявки на половой губе", а также ощущение в руках несущес-

твующих предметов (сигареты, спичек, гитары, младенца) - так называемые стереогностические галлюцинации. Кроме того, больные чувствовали укусы насекомых, жжение кожи от яда, дуновение, испытывали удары, сдавливание частей тела веревкой, проволокой. Один больной чувствовал, как у него из груди "вырывают сердце", а другому казалось, что у него так, выросли ресницы, что хлопали по одеялу.

Перечисленные ощущения, представляющие собой обманы общего чувства, отмечались у 22 юношей (30,1% больных).

Комплексные галлюцинации. У части подростков и юношей на высоте делирия в галлюцинировании участвовала вся чувственная сфера, галлюцинации носили комплексный характер, когда больной и видел, и слышал, и осязал галлюцинаторный образ, либо видел и слышал, либо слышал и осязал. Галлюцинации такого рода характеризовались чрезвычайной чувственной яркостью и достоверностью.

Внушенные галлюцинации. Как и у взрослых больных, у исследованных подростков и юношей зрительные, слуховые, тактильные и стереогностические галлюцинации можно было внушить, за исключением случаев с глубоким помрачением сознания.

Такие расстройства восприятия, как нарушение схемы тела, изменение положения тела в пространстве, вкусовые и термические галлюцинации, встречающиеся у больных зрелого возраста, у больных исследуемых возрастных групп не отмечены.

Параноидные расстройства

Нередкое, но не обязательное, нарушение в клинике алкогольного делирия у исследованных больных: в подростковой группе отмечалось у 9 больных (53% случаев), в юношеской - у 35 больных (47,9% случаев).

Их появление и содержание зависели от вида и характера обманов восприятия. Так, в случаях, когда обманы восприятия представлены только зрительными зооптическими галлюцинациями, параноидные расстройства не наблюдались. Множественные сценopodobные зрительные галлюцинации с участием людей, с последовательно развивающимся сюжетом всегда сопровождались возникновением образного бреда преследования. Слуховые галлюцинации, как правило, приводили к возникновению параноидных расстройств: вербальные галлюцинации угрожающего содержания - к бредовым идеям преследования, невербальные - к бредовой нас-

троенности (предчувствию надвигающейся опасности, подозрительному отношению к окружающим). Комплексные галлюцинации с включением обманов общего чувства обуславливали появление преимущественно бредовых идей воздействия.

В некоторых случаях бредовые идеи появлялись в отсутствие галлюцинаций, как бы рождались из интенсивного беспредметного страха и тревоги, как "озарение" об уже свершившемся несчастье с родными, о готовящемся убийстве его самого и даже о мировой катастрофе. Однако во всех этих случаях легко устанавливалось предшествовавшее изменение восприятия окружающего мира, ставшего вдруг "не таким, как раньше". В продромальном периоде психоза возникновение параноидных расстройств нехарактерно и отмечалось лишь в единичных случаях в юношеской группе.

В подростковой группе психозов параноидные расстройства представляли собой бред преследования - у 6 больных; бредовую настроенность с подозрительным отношением к окружающим - у 2 больных; бредовую ориентировку в месте - у 1 больного.

В юношеской группе содержательная сторона параноидных расстройств богаче: бред преследования отмечен у 13 больных, бред отравления - у 2 больных, бред физического воздействия с генитальной фиксацией - у 1 больного, бред гомосексуального воздействия - у 1 больного, бред воздействия (лучами, током, гипнозом) - у 3 больных, идея о собственной преступности с требованием опровержения или доказательства, возникшая под влиянием голосов или онейроидных переживаний - у 2 больных, бредовая ориентировка в месте - у 4 больных, бредовая настроенность с подозрительностью и предвидением несчастья - у 9 больных, идея "озарение" о свершившемся несчастье - у 3 больных. У 3 больных отмечалось сочетание 2-х разных по содержанию параноидных расстройств.

Резидуальный бред здесь не рассматривался.

е. Мнестические расстройства. По мнению Портнова А.А. (1973), такие нарушения памяти, как фиксационная и ретроградная амнезия, псевдореминисценции и конфабуляции весьма характерны для клиники алкогольного делирия, почему иногда алкогольный делирий называют острым Корсаковским психозом, а Корсаковский психоз - хроническим алкогольным делирием. Однако в исследуемых возрас-

тных группах мнестические расстройства - довольно редкий вид расстройств.

В подростковой группе на этапе развернутого психоза мнестические расстройства выявлены только у 2 больных, т.е. в 11,8% случаев: псевдореминисценция - у 1 больного, запечатывание реальных обстоятельств психотического эпизода при сохранении в памяти делириозных переживаний - у 1 больного.

В юношеской группе на этапе развернутого психоза мнестические расстройства выявлены у 13 больных, т.е. в 17,8% случаев. Диапазон расстройств чуть шире, чем у подростков: псевдореминисценции - 5 больных; фиксационные расстройства - 1 больной; путаница в воспроизведении последовательности событий - 2 больных; запечатывание реальных обстоятельств психотического эпизода при сохранении в памяти делириозных переживаний - 5 больных.

Амнезии психотического эпизода на выходе из психоза не зафиксировано ни у одного больного подростка, в юношеской группе только у 25% больных.

ж. Расстройства внимания выявлены у каждого больного: сосредоточенность внимания на галлюцинаторных переживаниях сочеталась с отсутствием внимания к реальной ситуации, насильно привлеченное внимание характеризовалось неустойчивостью, сверхистощаемостью и повышенной откликаемостью. Степень расстройств внимания зависела от глубины помрачения сознания: при легком галлюцинаторном помрачении сознания чаще всего наблюдались сверхоткликаемость и сверхистощаемость внимания, при средней глубине помрачения сознания преобладало расстройство распределения внимания, при глубоком помрачении сознания внимание внешними агентами не привлекалось, больные были полностью сосредоточены на болезненных переживаниях.

3. Интеллектуальные расстройства

Грубо выраженные функционально-динамические расстройства интеллектуальной деятельности (бестолковость, заторможенность, контакт не по существу) обнаруживались у подростков реже, у юношей чаще, соответственно в 17,6% и в 23,3% случаев.

Критичность интеллекта к психотическим переживаниям на этапе развернутого психоза нарушена всегда. У части больных восстановление критической функции интеллекта затягивалось на какое-то время после восстановления ясного

сознания, что проявлялось либо резидуальным бредом, либо сочетанием повышенной внушаемости, беспечности и резидуального бреда; что имело место у 23,5% больных подростков и у 21,9% юношей.

и. Расстройства психомоторики.

Особенности поведения. В подростковой группе психозов расстройства психомоторики наблюдалось в 3-х проявлениях: психомоторное оживление с суетливостью, двигательная и речевая заторможенность, нелепое возбуждение при онейроидном расстройстве сознания. В юношеской группе, помимо психомоторного оживления и заторможенности, наблюдались импульсивные и автоматизированные действия, гримасничество и гиперкинетическая активность в пределах постели (карфология, хореоформные гиперкинезы, миоклонии). Основным видом психомоторных расстройств в обеих возрастных группах - психомоторное оживление с суетливостью. Поведение больных всецело определялось содержанием галлюцинаторных и параноидных переживаний и интенсивностью страха: они "рассматривали и ловили" галлюцинаторные образы, отряхивали постель и одежду, прятались и убегали, дрались с кем-то, плакали от страха, звали на помощь, прыгали в окно, спускались с балкона, "переговаривались" с кем-то, устраивали баррикады, подыскивали оружие защиты. В ряде случаев больные представляли опасность для себя и окружающих. Многие обращались в милицию, ко многим близкие или соседи вызывали милицию.

й. Эндоформные расстройства.

Наблюдались у 1-го подростка и 9-ти юношей, что составляет соответственно 5,9 и 12,3% от количества исследованных пробандов подростков и юношей.

- Онейроид, сновидное, фантастически-бредовое помрачение сознания - самый редкий вид психопатологических расстройств в исследованных возрастных группах больных: всего 1 случай в подростковой группе и 4 случая в юношеской группе, что составляет соответственно 5,9% и 5,5% больных алкогольным делирием. Следует отметить, что у исследованных больных онейроидный синдром никогда не был единственным или ведущим расстройством в картине острого алкогольного психоза, как это иногда наблюдается у больных зрелого возраста. Онейроидное расстройство сознания включалось в клиническую картину делирия в виде очень кратковременных эпизодов, самый продолжительный из

которых длился не более 1 часа. Развитие онейроидного синдрома в некоторых случаях завершалось полной отрешенностью больного от окружающего, в других останавливалось на стадии ориентированного онейроида, когда больной, будучи охвачен обильно всплывающими в его сознании яркими чувственными представлениями, сохранял способность к фрагментарному отражению реальной обстановки. Переживания носили как фантастический характер (больной "находится в космосе, он космонавт" и готовится к встрече правительственной делегации), так и обыденный (больной "видит" себя в ресторане за шумным веселым застольем). Онейроидное помрачение сознания сопровождалось развитием кататонического ступора.

- Синдром Кандинского-Клерамбо в целостном виде у исследованных больных не наблюдался. Фрагменты синдрома в виде психических автоматизмов и псевдогаллюцинаций отмечались в структуре алкогольного делирия у небольшого количества больных - 1 подростка и у 7 юношей. У юношей идеаторный автоматизм представлен чувством открытости мыслей и овладения, внутренней речью; проявления сенсорного автоматизма достаточно замысловаты: "печет тело и давит в груди и желудке от подсыпанного недругами яда", по телу проходит ток от тайно подсоединенных проводков, нет сердца в грудной клетке - вырвали в ходе "эксперимента"; моторный автоматизм наблюдался только у 1-го юноши, движениями которого "управлял" некий сержант, и у 1-го подростка, которого какая-то недолимая сила "тащила" к открытому окну, так что надо было выпрыгнуть. Автоматизмы существовали изолированно, лишь в 1-м случае идеаторный и моторный автоматизмы комбинировались. Слуховые псевдогаллюцинации наблюдались у 4-х юношей: женский голос звучал в груди, в голове "включалась" музыка, кто-то прямо в уши передавал музыку. Зрительные псевдогаллюцинации вне онейроидного расстройства сознания у исследованных больных не наблюдались. Психические автоматизмы и слуховые псевдогаллюцинации отличались транзиторностью, они появлялись на высоте психотического приступа и при редукции психоза исчезали первыми. У единственного подростка, имеющего эндоформную симптоматику, онейроидные расстройства сочетались с фрагментом синдрома Кандинского-Клерамбо. В группе пробандов-юношей имели место как изолированное существование онейроидного синдрома (2 случая)

и фрагментов синдрома Кандинского-Клерамбо (5 случаев), так и их сочетание (2 случая).

Выводы:

1. Сравнительный анализ психопатологических проявлений алкогольного делирия у подростков, юношей и лиц зрелого возраста убедительно показывает: - в психопатологической структуре психоза стержневая симптоматика остается неизменной вне зависимости от возраста пробадов: делириозное помрачение сознания, расстройства зрительного восприятия, аффективные и психомоторные нарушения, расстройства внимания, отсутствие критичности к переживаемым впечатлениям;

- как и у взрослых, у подростков и юношей часто встречаются, но не являются обязательными расстройства слухового восприятия, обманы общего чувства, параноидные р-ва, р-ва памяти;

- как у взрослых, у подростков и юношей самый редкий вид расстройств - эндоформная

симптоматика: онеройдное помрачение сознания и фрагменты синдрома Кандинского-Клерамбо;

2. Наши исследования не подтверждают мнения ряда авторов об эволюции клинических проявлений алкогольного делирия, указывающих на уменьшение удельного веса классических психопатологических проявлений и увеличение удельного веса психопатологических симптомов, ранее встречавшихся эпизодически, в т.ч. эндоформных проявлений.

3. При сопоставлении психопатологических проявлений алкогольного делирия в подростковом, юношеском и зрелом возрасте четко пролеживается их возрастной патоморфоз: бедные и немногочисленные психопатологические проявления, характерные для подростков, в юношеском возрасте с каждым годом жизни становятся богаче, разнообразней и обильней и достигают своего полного развития в зрелом возрасте в типичных "классических" картинах алкогольного делирия.

Литература:

1. Майбурд Е.Д. О развитии и течении белой горячки в зависимости от возраста больных - Актуальные вопросы психиатрии. - Саратов, 1973. - С.198-201.
2. Буторина Г.В. Клинические особенности острых алкогольных психозов у больных различного возраста // Клинические проблемы алкоголизма / Под ред. Г.В. Зеневича / - Л.: Медицина, 1974.-С.41-74.
3. Колотилин Г.Ф. Материалы к патоморфозу алкогольного делирия : Автореферат дисс ... докт.мед.наук.-М., 1974.- 25с.
4. Мартыненко Т.И., Трифонов В.А., Шишов В.А. Алкогольные психозы у лиц молодого возраста // 3-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров (Тезисы докладов). - М., 1974.-Т.3.-С.229-232.
5. Данилова Е.А. Клинические особенности алкоголизма в детском и подростковом возрасте // Актуальные вопросы организации психиатрической помощи, лечения и социальной реабилитации психически больных / Тезисы научно-практической конференции врачей психоневрологических учреждений г. Москвы.-М.,1978.-С.513-515.
6. Назаров А.Ф. Особенности проявления галлюцинаций при алкогольном делирии в различные периоды // Актуальные вопросы наркологии. Тезисы докладов Всесоюзного симпозиума психиатров / Под ред. М.Г. Гулямова.-Душанбе, 1984.-С.20-23.
7. Нижниченко Т.И. Об особенностях алкогольных психозов в молодом возрасте // Клинические аспекты алкоголизма в подростково-юношеском возрасте. Сб. науч.работ / Под ред. В.В. Ковалева. - М.: МЗ РСФСР, Московский НИИ психиатрии, 1982. - С. 84-92
8. Саванюк М.Г. Острые алкогольные психозы у лиц молодого возраста (клинический аспект проблемы): Автореф. дисс.канд.мед. наук.-М.,1984.-20с.
9. Сырейщиков В.В., Хохлов Л.К. Роль терапевтического и и возрастного факторов в патоморфозе алкогольных психозов.-М., 1985.- С.65-68.
10. Иванюженко Н.Д., Приленский Ю.Ф. Некоторые вопросы организации лечения алкоголизма и алкогольных психозов в подростково-юношеском возрасте //Актуальные вопросы наркологии/ Тезисы докладов областной науч.-практ. конференции 24 января 1985г.-Харьков, 1985.-с.127-128.
11. Скугаревская Е.И., Скугаревский А.Ф. Предпосылки формирования и особенности алкогольных психозов в молодом возрасте // Клиника и лечение алкогольных психозов.-М., 1985.-с.61-65.
12. Пятков М.Д. Сравнительная оценка клиники алкоголизма у подростков и юношей //Проблемы подростково-юношеского и женского алкоголизма. Сб. науч. трудов.-М.:МЗСССР, ВНИИОСП им. В.П. Сербского, наркологическая б-ца №17, 1984.-С.97- 100.
13. Гулямов М.Г., Назаров А.Ф. Патоморфоз алкогольного делирия// Журн. невропатолог и психиатр. им. С.С. Корсакова. - 1988. - №4 - с.90-95
14. Личко А.Е., Битенский А.С. Подростковая наркология. -М., 1991.
15. Качаев А.К., Иванец Н.Н., Шумский Н.Г. Металкогольные (алкогольные) психозы. // Алкоголизм (Руководство для врачей) / Под ред. Г.В. Морозова, В.Е. Рожнова, Э.А. Бадаляна.-М.: Медицина, 1983.-С.225-374.
16. Качаев А.К., Иванец Н.Н., Игонин А.Л., Шумский Н.Г., Ураков И.Г. Глоссарий. Стандартизованные психопатологические симптомы и синдромы для унифицированной клинической оценки алкоголизма и алкогольных психозов (методические рекомендации).-М.: МЗСССР. Управление по внедрению новых лекарственных средств и медицинской техники, 1976.- 63с.

ФАРМАКОТЕРАПІЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ

УДК 616.895.8+616.895.4-085:615.214

Психофармакологические средства преодоления резистентности при эндогенной патологии



С.Г. НЕТРУСОВА, Г.К. ДЗЮБ

Киевский медицинский университет

Киевская городская психоневрологическая
больница №2

Резюме. Достижения современной психофармакологии досі радикально не вирішують проблеми резистентних станів при ендогенних психічних захворюваннях. В роботі наведено результати власних спостережень та алгоритми оптимальних психофармакологічних підходів до подолання терапевтичної резистентності.

Ключові слова: терапевтична резистентність, шизофренія, депресія, лепонекс, анафраніл.

Summary. The achievement of a modern psychopharmacology till now do not decide a problem of refractory condition at endogenic mental diseases. In work the results of own observations and algorithms of the optimum approaches in overcoming a therapeutic resistance are given.

Key words: therapeutic resistance, schizophrenia, depression, leponex, anafranil.

Введение. Проблема терапевтической резистентности таких основных психопатологических синдромов как галлюцинаторно-параноидный и депрессивный в структуре эндогенных психозов, является одной из наиболее актуальных в психиатрической практике.

На современном этапе развития психофармакологии создание ряда атипичных антипсихотиков и относительно селективных антидепрессантов основывается как на современных данных о патогенезе шизофрении и депрессии, что позволяет искать средства воздействия на специфические мишени, так и на таких критериях как эффективность, безопасность, удобство назначения и хорошая переносимость больными. При этом селективность препарата не является равнозначной его эффективности.

Основой патогенеза шизофрении в настоящее время считают нарушения дофаминовой и серотониновой трансмиссии. Известно, что возможности типичных нейролептиков (таких как галоперидол, трифтазин и др.), которые оказывают влияние преимущественно на допаминовые рецепторы, ограничены. Резистентными к применению стандартных нейролептиков оказываются около 30% больных шизофренией [1]. Причины резистентности не сводятся к первичности или вторичности, но представляются довольно разнородными. Это и не-

достаточное влияние типичных нейролептиков на негативную симптоматику, появление многочисленных побочных эффектов (экстрапирамидные нарушения, поздняя дискинезия, гиперпролактинемия) и другие. Побочные действия с одной стороны приводят к отказу пациентов от лечения, с другой - невозможности назначения адекватных доз нейролептиков и формированию отрицательной резистентности, поскольку длительное применение недостаточных доз препаратов ухудшает течение болезни и ведет к формированию вторичной резистентности, хронификации заболевания.

Исходя из того, что в основе патогенеза депрессии лежит нарушение обмена биогенных аминов, преимущественно серотонина и норадреналина, современные антидепрессанты посредством различных механизмов эффективно восполняют дефицит вышеупомянутых аминов в соответствующих синапсах. Но по данным некоторых авторов резистентность при лечении больных эндогенной депрессией все же составляет 20-30% [2, 3]. Указанная частота резистентных депрессий касается пациентов, у которых применялась адекватная доза антидепрессанта и соблюдался период, достаточный для получения лечебного эффекта.

В условиях интенсивного развития психофармакологии и появления на рынке целого ряда атипичных антипсихотиков и новых анти-

депрессантов, препараты фирмы Новартис - Лепонекс и Анафранил остаются наиболее действенными в области большой психиатрии, являясь классическими и на сегодняшний день непревзойденными средствами в преодолении резистентности при шизофрении и тяжелой эндогенной депрессии.

В каких случаях Лепонекс и Анафранил остаются наилучшим выбором в кругу вновь созданных антипсихотиков и антидепрессантов? Какие пациенты нуждаются прежде всего в этих препаратах сегодня при наличии альтернативных средств с улучшенной переносимостью?

Целью исследования была верификация круга клинических показаний к применению препаратов Лепонекс и Анафранил при психопатологических состояниях, резистентных к терапии нейролептиками, новыми антипсихотиками и антидепрессантами.

Материал и методы исследования.

Для исследования было отобрано 29 больных, разделенных на две группы.

В первой группе критериями отбора обследуемых являлось наличие терапевтически резистентной галлюцинаторно-параноидной симптоматики в структуре дебюта или обострения параноидной шизофрении (F. 20 по МКБ-10) после проведенного ранее лечения типичными (галоперидол, трифлуоперазин) или атипичными (рисперидон, оланзапин, кветиапин) антипсихотиками.

Во второй группе критериями отбора обследуемых являлось наличие резистентной депрессивной симптоматики среднего и тяжелого уровня выраженности (F 32, 33 по МКБ-10) после проведенного ранее лечения антидепрессантами (СИОЗС - циталопрам, пароксетин, сертралин; NASSA - мirtазапин; тианептин).

В обеих группах при проведении предшествовавшей исследованию антипсихотической и антидепрессивной терапии применялись адекватные дозы вышеупомянутых препаратов и соблюдались оптимальные сроки их применения для достижения лечебного эффекта, как правило, около 2 месяцев.

Критериями исключения были показания для неотложной госпитализации и отсутствие условий для амбулаторной терапии. В первую группу было включено 12 больных шизофренией (7 мужчин и 5 женщин), которым ранее проводилась монотерапия: 4 больных -

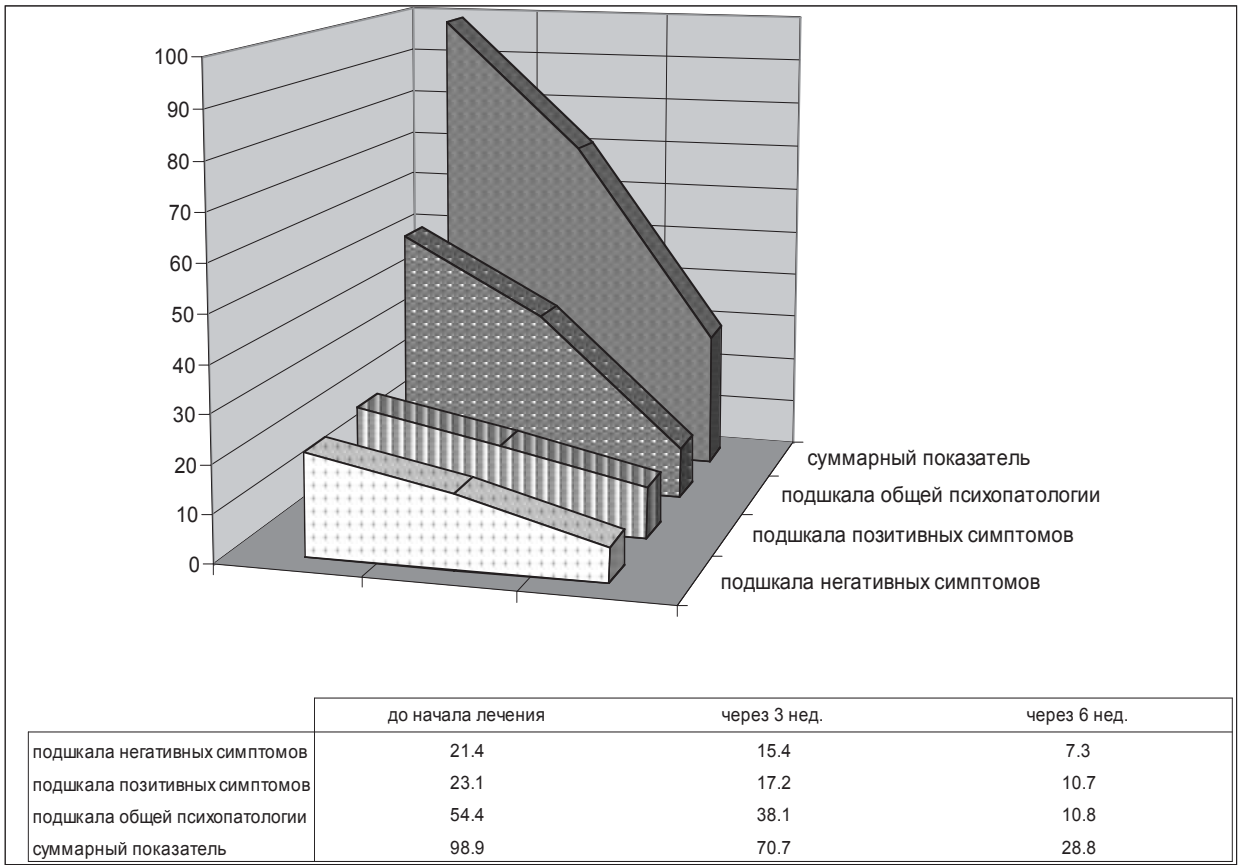
галоперидол в дозе 15-20 мг/сут., 2 - трифлуоперазин в дозе 15 мг/сут., 3 - рисперидон в дозе 6 мг/сут., 3 - оланзапин в дозе 15 мг/сут. Возраст обследуемых составлял от 16 до 42 лет, средний возраст 28,2 2,6 года. Терапия препаратом Лепонекс в дозе 400-600 мг/сут. проводилась амбулаторно.

Во вторую группу было включено 17 больных с депрессией (11 женщин и 6 мужчин), которым ранее проводилась монотерапия антидепрессантами: 5 больных получали циталопрам в суточной дозе 30 мг/сут., 4 - тианептин в дозе 37,5 мг/сут, 4 - сертралин в дозе 150 мг/сут., 2 - пароксетин в дозе 30 мг/сут., 2 - мirtазапин в дозе 45 мг/сут. Возраст обследуемых составлял от 39 до 58 лет, средний возраст 48,7 6,9 года. Больным этой группы лечение препаратом Анафранил в дозе 200-250 мг/сут. проводилось в дневном стационаре №3 Киевской городской ПНБ № 2, причем 150-175 мг/сут. препарата Анафранил применяли парентерально на протяжении первых 2-3 недель.

Методы исследования - клиничко-психопатологический, метод шкальной оценки позитивных и негативных симптомов (Positive and Negative Syndrome Scale, PANSS), метод оценки депрессивной симптоматики по шкале Гамильтона, 21 пункт - (Hamilton Depression Rating Scale, HDRS-21). Уровень выраженности симптомов оценивали в начале, через 3 недели и через 6 недель после начала исследования в каждой группе больных. Оценка статистической достоверности результатов проводилась с использованием критерия t Стьюдента для абсолютных величин.

Результаты исследования и их обсуждение. Динамику симптомов по подшкалам PANSS при лечении больных первой группы препаратом Лепонекс иллюстрирует рисунок 1. Разность между суммарными показателями PANSS до и после лечения Лепонексом существенна, $p < 0,05$.

Рис. 1. Динамика показателей PANSS в процессе терапии резистентных состояний Лепонексом



На рисунке видно, что к окончанию исследования у больных первой группы сформировалась полная ремиссия. Исключение составляли 2 больных с вербальными псевдогаллюцинациями, интенсивность которых была значительно уменьшена, но полное купирование этих продуктивных нарушений не было достигнуто.

Остаточные негативные показатели объясняются наличием больных с признаками специфического дефекта.

Таким образом, позиция Лепонекса в алгоритме лечения шизофрении может быть проиллюстрирована следующей схемой (рис. 2):

Рис. 2. Алгоритм лечения шизофрении

Необходимо отметить, что у обследуемых, принимающих препарат Лепонекс, не наблюдалось побочных эффектов в виде экстрапирамидных расстройств, акатизии, ортостатического коллапса, гиперпролактинемии и агранулоцитоза. Этим больным еженедельно производили развернутый анализ крови для контроля за кроветворной функцией. В процессе лечения пре-

паратом Лепонекс больные принимали отвар овса, имеющий превентивное и определенное лечебное влияние на явление лейкопении.

У больных второй группы динамика шкальных показателей, HDRS-21, за период исследования также являлась статистически достоверной и представлена на рисунке 3.

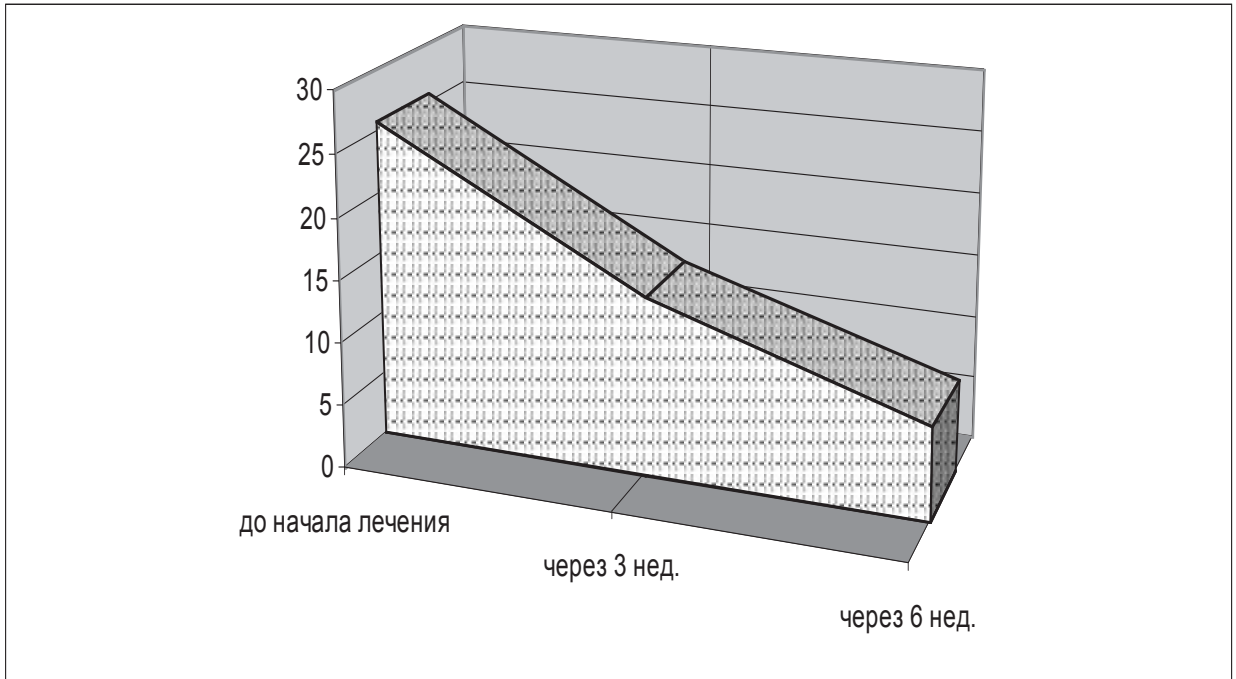


Рис. 3. Динамика показателей HDRS-21 в процессе терапии резистентных депрессивных состояний Анафранилом

При первичном осмотре больных средний показатель шкалы Гамильтона составлял 25,7 6,1 балла, что соответствовало наличию во 2 группе больных со средним и тяжелым уровнями депрессивной симптоматики. Заметную редукцию резистентных симптомов депрессии по общей сумме баллов HDRS-21 наблюдали через 3 недели приема препарата Анафранил. Средняя сумма баллов по HDRS-21 через 6 недель лечения составила 7,3 2,3 (отсутствие депрессивной симптоматики, за исключением 3 больных с исходом в депрессивные состояния легкой степени тяжести).

Кломипрамин, попадая в печень, деметируется цитохромами, преобразуясь в дезметилкломипрамин, который также обладает активным антидепрессивным действием. При-

чем дезметилкломипрамин оказывает психостимулирующее действие, а кломипрамин - седативное. Таким образом, в сыворотке крови находится две действующие фракции - кломипрамин и дезметилкломипрамин, но преобладание седативной фракции можно обеспечивать только при внутривенном применении препарата. Учитывая то, что 2/3 дозы препарата больным второй группы вводилось капельно, усиления тревожной симптоматики во время лечения не наблюдалось.

Таким образом, позиция Анафранила в алгоритме лечения депрессивных состояний может быть проиллюстрирована следующей схемой (рисунок 4).

Рис. 4. Алгоритм лечения депрессивных состояний

Изложенные результаты исследования свидетельствуют о том, что первый атипичный антипсихотик Лепонекс и трициклический антидепрессант Анафранил сохраняют за собой достаточно обширную область клинических показаний, в которой названные лекарственные средства имеют превосходство над последующими поколениями антипсихотиков и антидепрессантов. К этой клинической области относятся, в частности (и прежде всего), терапевтически резистентные состояния, независимо, по всей видимости, от их вида и структуры. То есть, речь идет о тех ситуациях, в которых критерий переносимости препарата явным образом отступает на второй план перед необходимостью терапевтической динамики.

Выводы

1. Применение препарата Лепонекс показано в случаях терапевтической резистентности, возникающей у больных шизофренией

при лечении типичными нейролептиками и атипичными антипсихотиками. Полученные данные соответствуют официальным рекомендациям фирмы "Новартис" по применению Лепонекса, который является единственным официально зарегистрированным антипсихотиком с показаниями для антирезистентной терапии.

2. В соответствии с существующими стандартами, Анафранил относится к препаратам первого выбора при депрессиях тяжелой степени выраженности. Полученные результаты показывают, что в случаях, когда при использовании антидепрессантов других классов у больных сформировалась резистентная депрессия, Анафранил способен оказывать антирезистентное влияние и обеспечивать редукцию депрессивной симптоматики.

Литература:

1. Бурчинський С.Г. Клозапін (Лепонекс): клініко-фармакологічні особливості та місце в сучасній психіатрії // Український вісник психоневрології. - 2003. - Т. 11, 4 (37). - С. 45-49.
2. Ames D., Wirshing W., Marder S. Advances in antipsychotic pharmacotherapy: clozapine, risperidone and beyond // J. Essent. Psychopharmacol. - 1996. - Vol. 1, N1. - P. 5-26.
3. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Резистентность депрессивных расстройств // Архив психиатрии. - 2004. - Т. 10, 1 (36). - С 138-141.
4. Cowen P.J. Pharmacological management of treatment-resistant depression // Advances in Psychiatric Treatment. - 1998. - Vol. 4. - P. 320-327.

Амисульприд-селективный антагонист дофаминергических рецепторов ЦНС и атипичный антипсихотик: результаты мета-анализа рандомизированных контролируемых исследований

Резюме. По фармакологическому профилю атипичные антипсихотики клозапин, оланзапин, кветиапин и рисперидон являются антагонистами неспецифических серотонинергических (5-HT₂) и дофаминергических второго типа (D₂) рецепторов. Амисульприд является селективным дофаминергическим (D₂/D₃) антагонистом рецепторов ЦНС, который связывается преимущественно с рецепторами в мезолимбической системе.

Кроме того, амисульприд, является также атипичным антипсихотиком, несмотря на наличие близости различного профиля рецепторов в ЦНС. Был проведен мета-анализ 18 клинических испытаний для сравнения эффективности и безопасности амисульприда с типичным нейролептиком. Улучшение психического статуса оценивалось Краткой шкалой оценки психического состояния (BPRS) и Шкалой оценки негативной симптоматики (SANS). В объединенном анализе 10 исследований пациентов с острым состоянием, амисульприд был значительно более эффективен, чем типичные нейролептики для купирования психотической симптоматики. Амисульприд-единственный атипичный антипсихотик, который был исследован на пациентах с преимущественным преобладанием негативной симптоматики. Результаты исследований были изданы. В четырех таких исследованиях было показано, что амисульприд значительно превосходил плацебо. Три маленьких исследования сравнения амисульприда с типичными нейролептиками, показали только тенденцию в пользу амисульприда в этом отношении. Применение амисульприда было связано с возникновением меньшего количества побочных экстрапирамидных эффектов и меньшим количеством случаев вывода из исследования из-за побочных действий, чем типичные нейролептики. Эти результаты ясно показывают, что амисульприд атипичный антипсихотический препарат. Кроме того, исследования бросают тень сомнения на понятие о том, что объединенное антагонистическое взаимодействие на 5-HT₂-D₂ рецепторы являются единственной причиной высокой эффективности купирования негативной симптоматики и меньшего количества экстрапирамидных эффектов.

Ключевые слова: амисульприд, атипичные антипсихотики, мета-анализ, шизофрения.

Введение

По фармакологическому профилю атипичные антипсихотики клозапин, оланзапин, кветиапин и рисперидон являются антагонистами неспецифических серотонинергических (5-HT₂) и дофаминергических (D₂) рецепторов, с большей тропностью к 5-HT₂ рецепторам. Это было главной теорией, лежащей в основе "атипичности". И, по крайней мере, 10 исследований препаратов было сосредоточено на этой концепции. Позже, при исследовании амисульприда, селективного дофаминергического (D₂/D₃) антагониста было показано, что он связывается преимущественно с рецепторами в мезолимбической системе. Несмотря на отсутствие взаимодействия с 5-HT_{2A} рецепторами, подобно другим препаратам, амисульприд также считается атипичным антипсихотиком, быстросвязывающимся с D₂ дофаминергическими рецепторами ЦНС (Seeman P., 2002).

В данной статье суммируются данные нашего предыдущего мета-анализа клинических исследований, в которых сравнивались амисульприд и другой атипичный антипсихотик (Leucht и др., 2002). Кроме того, расширяется вопрос о побочных эффектах.

СТЕФАН ЛЕУХТ

Клиника психиатрии и психотерапии
Мюнхенского технического
университета

Механизм действия амисульприда.

В коре головного мозга существуют 4 дофаминергических проводящих трактов: нигростриарный, мезолимбический, мезокортикальный и тубероинфундибулярный. Была предложена модель, согласно которой, амисульприд избирательно блокирует D₂/D₃ рецепторы мезолимбического тракта, тем самым, предотвращает передачу дофамина, что приводит к купированию психотической симптоматики. Одновременно блок пресинаптических дофаминергических рецепторов D₂/D₃ амисульпридом в мезокортикальном тракте способствует выбросу дополнительного дофамина в лобной области, что способствует уменьшению негативной симптоматики (Scatton и другие., 1997), которая, как полагают, являются результатом гиподофаминергической функции этой области. Полагают, что эта модель объясняет эффективное купирование амисульпридом как продуктивных, так и негативных симптомов шизофрении. По-видимому, амисульприд, значительно блокирует рецепторы дофамина в нигростриарном тракте. Блокада этих рецепторов ответственна за антипсихотический эффект. Наконец, тубероинфундибулярный тракт связан с увеличением выброса пролактина, которое мо-

жет быть вызвано некоторыми антипсихотиками.

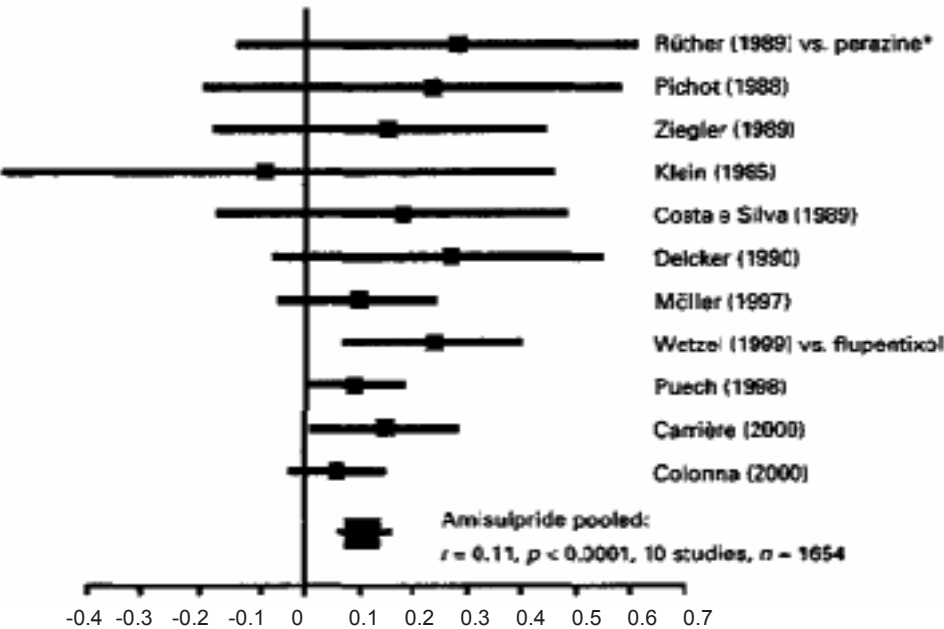
Краткий обзор мета-анализа

Рандомизированные контролируемые исследования, в которых сравнивался амисульприд с типичными нейролептиками или плацебо у пациентов с шизофренией, были объединены мета-анализом. Сравнивались подобные результаты, отобранные из мета-исследований другого атипичного антипсихотика. Было обнаружено одиннадцать двойных слепых исследований амисульприда пациентов с острой психотической симптоматикой и семь двойных слепых исследований пациентов с преобладанием негативной симптоматики. Мета-анализ вовлекал приблизительно 2000 пациентов. Продолжительность лечения от 3 недель до 1 года. Подробности этих исследований перечислены в другом месте (Leucht и другие., 2002).

Для оценки улучшения психического статуса использовались средние показатели изменения от базового уровня до конечного (суммарный балл) в общем рейтинге с помощью Краткой шкалы оценки психического состояния (BPRS) и показатели Шкалы негативной сим-

птоматики (SANS). Когда не было возможности использования SANS, то использовались подразделы (кластеры) для оценки продуктивной и негативной симптоматики шкалы PANSS. Были обсуждены другие способы оценки, включая использование антипаркинсонических средств. Это проводилось для оценивания выраженности экстрапирамидных расстройств и вероятности выхода из исследования в связи с побочными действиями.

Амисульприд был значительно более эффективен, чем типичные нейролептики в улучшении психического статуса, что показано в 10 исследованиях у пациентов с острой психопатологической симптоматикой. Рис. 1 демонстрирует величину эффекта, меру различия между двумя исследованиями, и 95% интервалами вероятности (CL) для каждого из исследований. Когда размер эффекта находится на правой стороне оси Y, исследование одобряет амисульприд. Когда 95 % интервалы вероятности (CL) не пересекает ось Y, результат статистически достоверный. Следовательно, за исключением одного маленького исследования, рис. 1, показывает меньшую тенденцию в пользу амисульприда.



Анализ конечных данных (не используется для определения эффективности).

Рис.1 . Различия среднего уровня по шкале BPRS, в сравнении амисульприда с типичными нейролептиками. (От Leucht и другие. (2002).

Психиатрическая

Ассоциация

(<http://Ajp.psychiatryonline.org>). Перепечатано с разрешения.]

Объединенный амисульприд : $r = 0.11$, $p < 0.0001$, 10 исследований, $n = 1654$ (количество пациентов) , r (95%CI).

Когда исследования были объединены, преимущество амисульприда в уменьшении

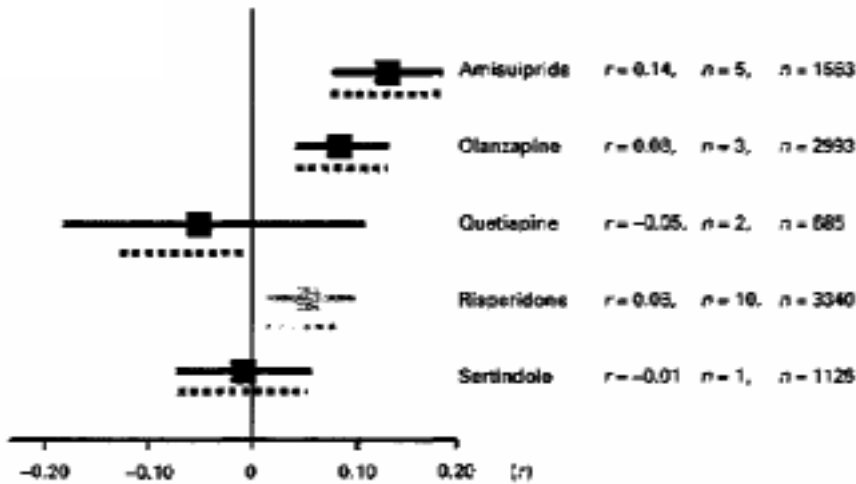
суммарного балла по BPRS оказались статистически достоверными ($r = 0.11$, $p < 0.0001$, $N = 10$, $n = 1654$). Оланзапин, рисперидон, еридон также показали преимущество над типичными нейролептиками в уменьшении суммарного балла BPRS. Ранее много клиницистов и исследователей предварительно полагали, что атипичики не были столь же эффективны, как обычные нейролептики, типа галоперидола. Полученные результаты достаточно важны, хотя есть также потенциальные возможности исследования пациентов с хроническими состояниями и возможностями включения их в подобные исследования.

Негативная симптоматика

Согласно доступным исследованиям, все атипичные антипсихотики показали, что превосходят плацебо при лечении негативной симптоматики. Однако, за исключением исследования на амисульприде, все исследования были выполнены на пациентах, главным образом имеющие продуктивную симптоматику. Это поднимает вопрос о том, было ли наблюдаемое превосходство уменьшением выраженности первичной негативной симптоматики или это было просто ее купированием. Напомним, что негативная симптоматика является вторичной по отношению к продуктивным симптомам шизофрении. Чтобы определить, имеет ли пре-

парат воздействие на первичные негативные признаки, исследование должно проводиться на таких пациентах как, было сделано в исследованиях с амисульпридом. Амисульприд показал значительное превосходство над плацебо в четырех исследованиях на пациентах, страдающих преимущественно от постоянных негативных признаков (Boyer и другие., 1995; Danion и другие., 1999; Туалет и другие., 1997; Paillere-Martinot и другие., 1995).

При прямом сравнении нового и типичного антипсихотика, показатели амисульприда, оланзапина и рисперидона значительно превосходили результаты лечения конвекционными нейролептиками негативной симптоматики (рисунок 2), но эти результаты были получены в исследованиях пациентов в остром состоянии. Было только три маленьких исследования, непосредственно сравнивающие амисульприд с обычными нейролептиками у пациентов с преобладанием негативной симптоматики (Pic-hot и Boyer, 1989; Saletu и другие., 1994; Speller и другие., 1997). Не было статистически существенных различий, хотя была тенденция в пользу амисульприда. Дальнейшие исследования, включая новое поколение антипсихотиков, необходимо проводить, опираясь на вышесказанную проблему.



Редукция суммарного балла по шкале BPRS

Рисунок 2. Различия среднего показателя уровня негативной симптоматики в сравнении амисульприда и другого атипичного антипсихотика с типичными нейролептиками (взяты только исследования пацинтов с острой продуктивной симптоматикой)

Литература:

1. Allison DB, Mentore JL, Heo M, Chandler LP, Cappelleri JC, Infante MC, Weiden PJ (1999). Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *American Journal of Psychiatry* 156,1686-1696.
2. Boyer P, Lecrubier Y, Puech AJ, Dewailly J, Aubin F (1995). Treatment of negative symptoms in schizophrenia with amisulpride. *British Journal of Psychiatry* 166, 68-72.
3. Danion JM, Rein W, Fleurot O (1999). Improvement of schizophrenic patients with primary negative symptoms treated with amisulpride. Amisulpride Study Group. *American Journal of Psychiatry* 156, 610-616.
4. Leucht S, Pitschel-Walz G, Engel RR, Kissling W (2002). Amisulpride, an unusual 'atypical' antipsychotic: a meta-analysis of randomized controlled trials. *American Journal of Psychiatry* 159,180-190.
5. Leucht S, Wagenpfeil S, Hamann J, Kissling W (In Press). Amisulpride is an 'atypical' antipsychotic associated with low weight gain. *Psychopharmacology* (available online) (<http://www.springerlink.com>).
6. Loo H, Poirier-Littre MF, Theron M, Rein W, Fleurot O (1997). Amisulpride versus placebo in the medium-term treatment of the negative symptoms of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry* 170,18-22.
7. Paillere-Martinot ML, Lecrubier Y, Martinet JL, Aubin F (1995). Improvement of some schizophrenic deficit symptoms with low doses of amisulpride. *American Journal of Psychiatry* 152,130-134.
8. Pichot P, Boyer P (1989). Controlled double-blind multi-centre trial of low dose amisulpride versus fluphenazine in the treatment of the negative syndrome of chronic schizophrenia. In: *Amisulpride* (pp. 125-138). Paris: Expansion Scientifique Franchise.
9. Saletu B, Kufferle B, Grunberger J, Foldes P, Topitz A, Anderer P (1994). Clinical EEG mapping and psychometric studies in negative schizophrenia: comparative trials with amisulpride and fluphenazine. *Neuropsychobiology* 29, 125-135.
10. Scatton B, Clautre Y, Cudennec A, Oblin A, Perrault G, Sanger DJ, Schoemaker H (1997). Amisulpride: from animal pharmacology to clinical practice. *International Clinical Psychopharmacology* 12 (Suppl.), S29-S36. S20
11. S. Leucht, Sechter D, Peuskens J, Fleurot O, Rein W, Lecrubier Y, Amisulpride Study Group (2002). Amisulpride vs. risperidone in chronic schizophrenia: results of a 6-month double-blind study. *Neuropsychopharmacology* 27, 1071-1081.
12. Seeman P (2002). Atypical antipsychotics: mechanism of action. *Canadian Journal of Psychiatry* 47, 27-38.
13. Speller JC, Barnes TR, Curson DA, Pantelis C, Alberts JL (1997). One-year, low-dose neuroleptic study of inpatients with chronic schizophrenia characterised by persistent negative symptoms. Amisulpride v. haloperidol. *British Journal of Psychiatry* 171, 564-568.
14. Wahlbeck K, Tuunainen A, Ahokas A, Leucht S (2001). Dropout rates in randomised antipsychotic drug trials. *Psychopharmacology* (Berlin) 155, 230-233.
15. Zimbroff DL, Kane JM, Tamminga CA, Daniel DG, Mack RJ, Wozniak PJ, Sebree TB, Wallin BA, Kashkin KB (1997). Controlled, dose-response study of sertindole and haloperidol in the treatment of schizophrenia. Sertindole Study Group. *American Journal of Psychiatry* 154, 782-791.

ПСИХОТЕРАПІЯ ТА МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 616.89-008-08

Интегральный подход при лечении психических расстройств

В.Г. КОРОТОНОЖКИН

Киевская медицинская академия
последипломного образования
им. П.Л. Шупика



Резюме. Интегральна терапія - це результат адаптації елементів різних технологій, спрямованих на пізнання внутрішнього світу людини, з метою змінити її так, щоб це сприяло росту особистості, розвитку її творчих здібностей, покращенню соматичного і психічного здоров'я. Вона виявилась ефективною при корегуванні особистості, лікуванні суміжних, залежних станів та розладів психотичного рівня.

Ключові слова: інтеграція, дезінтеграція, інтегральна терапія, пневмокатарсис.

Summary: Integrative therapy is a result of adaptation of different technologies aimed to cognize internal world of human being. Its purpose is to change the human in that way to enable his or her personality growth, development of his or her creative abilities, amelioration of physical and mental health. The therapy was effective in treatment of non-psychotic disorders, addictions and some psychotic disorders.

Key words: integration, disintegration, integrative therapy, pneumocatharsis.

Сегодня в психиатрии, как и в целом в медицине, с одной стороны, продолжается процесс дробления дисциплин: выделились наркология, психотерапия и др., а с другой стороны, налицо противоположная тенденция - тенденция к интеграции, системности, целостности. Эти две противоположные тенденции в науке не новы. Еще И.В. Давыдовский писал: "Современная медицина ушла почти целиком в анализ, синтез отстают, отстают обобщающие представления, на которых и можно построить более или менее стройное учение о болезнях" [1]. И.А. Полищук был сторонником мультифакториального подхода в понимании этиологии и патогенеза психических заболеваний.

В монографии "Шизофрения" [2] он описывает факторы, которые участвуют в конструировании психоза. Это пусковые (провоцирующие) и патогенетические, патопластические, предиспонирующие, наследственные, конституциональные, личностные, микросоциальные, социальные, психологические факторы. Эти многочисленные, конструирующие психоз факторы, могут сделать один и тот же психоз у разных больных не похожим друг на друга и разные психозы сделать похожими друг на друга. В своей актовой речи перед врачами он говорил: "Лечите не болезнь, а больного с его биохимией, физиологией, с его темпераментом, характером, межличностными отношениями". Идея целостного подхода в понимании причин, патогенетических механизмов психических болезней и их лечение разрабатывается после смерти профессора Поли-

щука И.А. (1982 г.) его учениками на кафедре психиатрии Киевского Института усовершенствования врачей (теперь - Киевская медицинская Академия последипломного образования им. П.Л. Шупика). На кафедре разработана лечебная программа, которая получила название "Интегральная терапия" [3, 4, 5]. В основу её положен принцип интеграции (лат. *integratio* - восстановление, восполнение, цельный, единый).

Интегральная терапия (ИТ) - это технология, которая включает лечебные методы, направленные на восстановление физического и психического здоровья, способствующие личностному росту и установлению оптимальных межличностных отношений.

С позиций ИТ человеческий организм рассматривается как много-уровневая система, включающая: а) биологический уровень (тело); б) психологический уровень (интеллект, эмоции, мышление и т. д.); в) уровень межличностных отношений (социальный: отношения в семье, коллективе, обществе); г) надличностный уровень (отношение к природе, космосу, всему сущему). Особенностью этой многоуровневой системы является то, что все ее уровни связаны между собой прямыми и обратными связями и она в процессе жизнедеятельности саморазвивается, саморегулируется и самовосстанавливается. С точки зрения интегрального подхода здоровье человека определяется - как внутриуровневая и межуровневая интеграция, а болезнь - как внутриуровневая и межуровневая дезинтеграция.

Истоками ИТ, в первую очередь, являются

ся: ряд открытий в физике, приведших к разрушению старой Ньютоновско-Декартовской модели мира и созданию новой квантово-релятивистской картины мира [6]; общая теория систем Л. Берталани [7]; развитие С. Гроффом учения о бессознательном; создание новой картографии психики (перинатальный, биографический, трансперсональный опыт) [8]; идея личностного роста (развития) Р. Ассаджоли - как результат личностной, межличностной, надличностной (духовной) интеграции [9]; открытие Л.Орром целительных свойств измененных состояний сознания [10].

На биологическом уровне ИТ направлена на восстановление физиологических, биохимических процессов, на восстановление оптимального функционирования органов и систем. Для решения проблемы у пациента на биологическом уровне предусматривается тесное сотрудничество врача-психиатра с врачами другого профиля. Нередко первый этап лечения пациент проходит у терапевта, гастроэнтеролога или в реанимации (купирование абстинентного синдрома при наркомании) и т.д.

На этом этапе ИТ личность с проблемой должна осознать: а) существование соматопсихических связей, т.е. что от его физического здоровья зависит его психическое здоровье; б) существование соматосоциальных связей, т.е. что от его физического здоровья зависят его межличностные отношения (в семье, коллективе, обществе) и социальное благополучие.

Только осознавшая личность может принять здоровый образ жизни (гигиена, экологически чистое, сбалансированное питание, двигательный режим, правильное дыхание, сон-отдых и т. д.), максимально используя местные ресурсы (река, лес, горы и т.д.), освоить методы самооздоровления (закаливание, диета, детоксикация-очистка кишечника, печени, и т.д.), вовремя санировать организм и вовремя начать лечение болезни у того или иного специалиста.

На психологическом уровне приоритетными в ИТ являются методы глубинной психотерапии, основанные на осознанном дыхании, динамической работе с телом, катарсическом переживании подавленного материала и неосознанных внутриличностных конфликтов, анализе составляющих вербального и невербального поведения. Методы глубинной психотерапии, применяемые в рамках ИТ, позволяют получить индивидуальный опыт, способствующий положительной трансформации личности (личностному росту) и интеграции ее на всех уровнях, т. е. на установление внутренней психологической гармонии, а следовательно - исцелению. Для этого личность должна осознать: а) существование

психосоматических связей, т.е. что от его психологического состояния зависит физическое здоровье; б) существование психосоциальных связей, т.е. что от его психологического состояния зависит социальное благополучие (в семье, коллективе, обществе); в) личность сама несет ответственность за свое физическое и психическое здоровье и делает все для физического и психического развития. Только осознавшая личность способна к критическому отношению к себе, оценке своих реальных возможностей и принятию себя таким как есть (на данном этапе); она способна решать проблемы со своим здоровьем, обучаясь методам саморегуляции (релаксация, психологическая разгрузка, остановка внутреннего диалога, разотождествление, тренировка каналов восприятия и т. д.); она готова лечиться, участвуя в тех или иных сеансах психотерапии.

На уровне межличностных отношений терапия направлена на гармонизацию этих отношений (межличностная интеграция). Для этого личность должна осознать: а) существование социобиологических связей, т.е., что от качества межличностных отношений зависит ее физическое здоровье; б) существование социопсихологических связей, т.е., что от качества межличностных отношений зависит психическое здоровье; в) от качества межличностных отношений зависит становление, рост и реализация личности.

Только осознавшая личность приходит к пониманию того, что люди разные и принятию их такими, какие они есть. Стремясь к гармонизации межличностных отношений, они готовы участвовать в группах коррекции межличностных отношений, где применяются такие методы как гештальттерапия, трансактный анализ, психодрама, семейная психотерапия и т.д.

На надличностном уровне терапия направлена на осознание себя единым с природой и всем сущим (духовная интеграция).

Основной целью применения ИТ в лечении психических расстройств является восстановление механизмов саморегуляции и активизация внутренних резервных возможностей организма на сопротивление патогенной ситуации.

Работа с больными строится на основе холистически-динамического подхода, рассматривающего психику как целостный внутренний процесс, а личность как динамическую саморазвивающуюся и самовосстанавливающуюся систему. Способ лечения состоит из приемов регулируемого циркулярного дыхания, эмоционально-двигательного отреагирования, визуализации проблемного материала, динамической работы с переживаниями, музыкального сопровождения сеансов; работы с рисунками, отражающих переживания в дыхательной части сеанса и их верба-

лизації, завершающей процесс интеграции актуализированного в сеансе материала.

В ходе исследования разработана следующая этапность в применении способа лечения - ИТ.

Первый этап - предварительный. Задачи этого этапа заключаются в формировании адекватного осознания пациентом себя, особенностей своей личности, своей проблемы, структуры внутренней картины болезни и в выработке положительных установок на предстоящую терапию. Для этого используется эмпатическая, рациональная и когнитивная психотерапии. С большими устанавливаются традиционные эмпатические отношения, проводится коррекция представлений пациента о своей болезни, себе и окружающем мире.

Второй этап - основной. На втором этапе в дыхательных сеансах актуализируется и прорабатывается материал (перинатальный, биографический, трансперсональный), играющий роль в формировании проблемы; разрушаются выработанные в процессе болезни психологические механизмы защиты; активизируются "ресурсные", с сильным позитивным эмоциональным зарядом переживания; прививаются навыки работы с телом, эмоциями, образами, символами, мыслями.

Третий этап - заключительный. На третьем этапе вырабатываются позитивные установки и новые стереотипы поведения в настоящем, проводится закрепление адекватных для данной личности моделей реагирования. Для этой цели применяются приемы когнитивной и экзистенциальной психотерапии, позволяющие удерживать позитивные представления больного о его настоящем и будущем, способствующие расширению ценностной сферы, поиску смысла и целей жизни.

Сеансы пнеумокатарсиса проводятся в пять этапов: подготовительного, в процессе которого проводится психотерапевтическая беседа, где пациенту даются установки на поддержание

контролируемого связанного (циркулярного) дыхания в ходе сеанса, максимальную спонтанность, принятие, усиление, полное выражение и позитивное отношение к переживаниям, на безопасность и полное доверие к процессу.

Вторым этапом пнеумокатарсиса является этап релаксации с применением неинтерактивных методов воздействия; нейтральной, тихой музыки, способствующей достижению у пациента состояния релаксации, ощущения безопасности, комфорта и легкого самопогружения.

Третий - этап активизации и проработки переживаний - с применением на старте глубокого связанного дыхания, которое в дальнейшем спонтанно переходит в один из видов автоматизированного дыхания (медленное глубокое, частое глубокое, частое поверхностное и др.); приемов эмоционально-двигательного и образного реагирования на фоне побуждающей, эмоционально-насыщенной, громкой музыки.

Четвертый - этап интеграции поднятого в сеансе материала, - включает спонтанное, медленное поверхностное дыхание и спокойную музыку.

Пятый - заключительный этап, состоит из рисования мандалы и вербализации поднятых в процессе дыхания переживаний на уровне тела, эмоций, образов, символов и мыслей.

Интегральная терапия - технология, направленная на восстановление всех видов интеграции (внутриуровневой, межуровневой, личностной, межличностной, надличностной), на восстановление внутренней и внешней гармонии личности. Она способствует восстановлению механизмов саморегуляции. Всё это способствует личностному росту, восстановлению физического и психического здоровья; создаются условия, когда личность становится наиболее устойчивой к внешним вредным физическим, психологическим и социальным воздействиям. Она оказалась эффективной при лечении пограничных, зависимых состояний и расстройств психотического уровня.

Литература:

1. Давыдовский И.В. Проблема причинности в медицине (Этиология). - М.: Гос. изд-во мед. лит-ры, 1962.- 176 с.
2. Полищук И.А. Шизофрения, Киев, Здоров'я, 1976, с.261.
3. Коротоножкін В.Г., Шапкарін В.М., Полієнко Ю.М., Чучук О.Б. Досвід застосування інтегральної психотерапії в лікуванні тривалих неврозів // Український вісник психоневрол.- Харків, 1996.- Т. 4, вип. 5 (12).- С. 325 -327
4. Кузнецов В.Н., Коротоножкін В.Г., Олейник А.В., Насиник О.А., Уралова Л.Т., Чучук О.Б., Полієнко Ю.Н., Зильберблат Г.М., Стороженко В.П. Совершенствование психотерапевтических подходов в комплексной терапии затяжных неврозів, Таврич. журн. психиатрии, т.5. №2(17), 2001.,
5. Коротоножкін В.Г. Опыт применения пнеумокатарсиса при лечении неврастении. Второй Украинский Конгресс, г.Харьков 2002.
6. Фриггоф Капра, Дао Физики, Л., 1974, с. 299.
7. Берталанфи Людвиг (фон), Общая теория систем, 1968
8. Грофф С. За пределами мозга, Центр "Соцветие", М., 1992, с. 335
9. Ассаджоли Р. Психосинтез, теория и практика, "REFL-book", 1994, с. 312
10. Orr L., Ray S. Rebirthing in the New Age.- CA: Celestial Arts, Millbrae, 1977.- 169 p.

ЕТИЧНІ ТА ПРАВОВІ АСПЕКТИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я

УДК: 616:853 (61:340.63)

Клинико-социальные характеристики психически больных, находящихся на принудительном лечении в психиатрической больнице со строгим наблюдением



В.И. МЕЛЬНИК

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии

Резюме. Було досліджено 108 психічно хворих, які скоїли тяжкі СНД і знаходились на примусовому лікуванні у психіатричній лікарні із суворим наглядом. Проведено аналіз клінічних проявів і рівня соціальної адаптації цих хворих. Встановлено клініко-соціальні фактори, які визначають їх високу соціальну небезпеку.

Ключові слова: психічно хворі, суспільно небезпечні дії, примусове лікування.

Summary. Is investigated 108 mentally of patients, which have made heavy heavy social dangerous operations and were on forced treatment in psychiatric hospital with strict observation. The analysis of clinical manifestations and level of social adaptation of these patients is conducted. The clinical-social factors, defining their high social danger are established.

Key words: mentally patients, social dangerous operations, forced treatment.

Профилактика общественно опасных действий (ООД) психически больных остается актуальной задачей судебной психиатрии. В целях построения адекватных, эффективных профилактических мероприятий необходимо всестороннее исследование соответствующих контингентов больных, которое позволяет раскрыть факторы риска совершения ООД этими больными.

Несмотря на достаточно большое количество научных публикаций, посвященных различным аспектам судебно-психиатрической профилактики, до настоящего времени неоправданно мало научных работ, посвященных психически больным, находящимся на принудительном лечении (ПЛ) в психиатрической больнице со строгим наблюдением. Вместе с тем, эти больные, как правило, совершают тяжкие ООД, направленные против личности (ст. 94 УК Украины) [5]. Известно также, что ООД больных с психическими нарушениями в основном определяются взаимосвязью и взаимовлиянием клинических, личностных и социальных факторов [1-4]. Установление факторов риска совершения тяжких ООД у больных, находящихся на ПЛ в психиатрической больнице со строгим наблюдением, способствовало бы более дифференцированному построению программ

по предупреждению как первичных, так и повторных ООД этой категории больных.

Целью настоящей работы являлось исследование клинических и социальных характеристик больных, находящихся на ПЛ в психиатрической больнице со строгим наблюдением для установления факторов риска совершения ООД этой категорией больных.

Материал и методы исследования. Анализ нозологической принадлежности психически больных, которые находились на ПЛ в психиатрической больнице со строгим наблюдением на 01.01.2001г. показал следующее. Так, из них больные шизофренией составляли 67,3 %, с органическим поражением головного мозга (в том числе и больные эпилепсией) - 14,2 %, олигофренией - 7,1 %, алкогольными психозами - 5,8 %, реактивными психозами - 3,2 %, с измененным состоянием сознания - 1,4 %, с аффективными расстройствами - 0,8 %, расстройствами личности и поведения - 0,2 %.

Объектом исследования были 108 психически больных: из них - 42 больных шизофренией, 21 - с органическим поражением головного мозга, 15 - эпилепсией, 15- олигофренией, 15 - алкогольными психозами. Основным методом исследования являлся клинико-психопатологический. При анализе

социальных характеристик использовались анамнестические сведения и объективные данные из медицинской документации, актов судебно-психиатрических экспертиз.

Результаты исследования и обсуждение. Длительность ПЛ исследованных больных составляла: до 3-х лет - у 49,98%, до 6-и лет - у 40,72%, до 10 лет - у 9,3% больных. Возраст исследованных больных составлял: 18 лет - у 3,7% больных, 19-29 лет - у 26,9%, 30-39 лет - у 29,63 %, 40-49 лет - у 21,3%, 50-59 лет - у 10,2%, 60 лет и более - у 8,3% больных.

У исследованных больных было следующее образование: незаконченное высшее - у 0,92% больных, среднее специальное - у 30,56%, среднее - у 29,63%, незаконченное среднее - у 36,11 %, начальное - у 1,86%, не училось - 0,92% больных.

Подавляющее большинство больных (75,93 %) не имели своих семей и лишь 24,07% больных состояло в браке. Больше половины (60,85%) больных проживало в неблагоприятной, конфликтной обстановке. До поступления на ПЛ работало меньше половины больных (47,23%). Около 2/3 (65,74%) больных имели инвалидность. Каждый третий (37,96%) больной ранее совершал ООД.

Исследованными больными были совершены следующие ООД: против личности (убийства, попытки убийства) - 67,6 %, тяжкие телесные повреждения - 17,6%, изнасилования - 1,8%, хулиганские действия - 2,8%, разбойные нападения - 5,6 %, грабежи - 2,8%. Едва ли не все больные (88,9%) совершили ООД в одиночку и в 11,1% - в группе с другими лицами. До совершения последнего ООД у большинства больных (73,15%) имели место агрессивные намерения (13,88%), агрессивные действия (37,97%), высказывания агрессивного характера (21,35%).

У всех исследованных больных шизофренией течение болезни было непрерывно прогрессивным: медленно прогрессивным - у 7,19% больных, умеренно прогрессивным - у 88,1%, быстро прогрессивным - у 4,76% больных. У подавляющего большинства больных (92,86%) наблюдалась параноидная форма шизофрении и у 7,14% больных - простая форма. Большинство ООД, совершенных этой нозологической группой больных, были направлены против жизни личности (64,29%), в 21,43% случаев были совершены тяжкие

телесные повреждения, в 4,76% - изнасилования, в 4,76% - доведение до самоубийства, в 2,38% - хулиганские действия и в 2,38% - грабежи.

Давность болезни к периоду совершения ООД у этих больных составляла: до 10 лет - у 47,62% больных, 11-20 лет - у 30,95 %, 21-30 лет - у 16,67%, 31 год и более - у 4,76% больных.

Психопатологический анализ психических нарушений, на фоне которых больные шизофренией совершили указанные последние ООД показал, что в 2/3 (66,67%) случаев они были совершены на фоне продуктивно-психотической симптоматики (бреда, галлюцинаторно-параноидных переживаний) и в 1/3 (33,33%) случаев - на фоне негативно-личностной симптоматики (психопатоподобной, выраженной негативной). Почти во всех случаях на фоне продуктивно-психотической симптоматики ООД были совершены больными по мотивам активной бредовой защиты и в ряде случаев (3) - по мотивам бредовой мести (бред ревности). На фоне негативно-личностной симптоматики ООД исследованные больные шизофренией в основном совершали в конфликтных ситуациях, при этом в ряде случаев - в период алкогольного опьянения.

Данная нозологическая группа больных характеризовалась невысоким уровнем образования, 78,58% из них не состояло в браке (из них 54,77% ранее не вступали в брак), 54,76% больных проживали в конфликтной обстановке, 50,0% - не работали (из них - 21,42% не имели инвалидности), у 16,67% больных имел место алкоголизм, 42,8% - ранее совершали ООД. Больше половины больных (57,14 %) находились в возрасте 30-49 лет. До совершения ООД 71,6% больных высказывали агрессивные намерения или совершали действия агрессивного характера.

Группу больных с органическим поражением головного мозга составили больные с психическими нарушениями органического генеза различной этиологии, при этом 80,95% из них перенесли черепно-мозговые травмы.

Большинство ООД, совершенных больными с психическими нарушениями органического генеза, были направлены против жизни личности - 66,67%, в 19,04% случаев были совершены тяжкие телесные

повреждения и в 14,29% случаев - грабежи, разбойные нападения.

Давность болезни к периоду совершения последнего ООД у этой группы больных составляла: до 10 лет - у 33,33% больных, 11- 20 лет - у 52,38%, 21-30 лет - у 14,29% больных. У всех больных данной нозологической группы имело место прогрессивное течение болезни: медленно прогрессивное - у 4,76% больных, умеренно прогрессивное - у 80,96% больных и быстро прогрессивное - у 14,28% больных. Психопатологический анализ показал, что в 47,52% случаев ООД больными с органическим поражением головного мозга были совершены на фоне продуктивно-психотической симптоматики и в 52,38% - на фоне хронических психических нарушений - негативно-личностной симптоматики. По продуктивно-психотическим механизмам ООД были совершены в период сумеречных помрачений сознания, острых и хронических шизофреноподобных психозов. Во всех случаях психотическая симптоматика содержала информацию об угрозе жизни больного и все ООД, совершенные в этот период, были направлены против жизни личности. На фоне негативно-личностной симптоматики (психопатоподобные изменения личности на фоне легкой степени слабоумия) совершенные ООД были направлены в 2/3 случаях против жизни и здоровья личности и в 1/3 случаях - были совершены разбойные нападения, грабежи. При этом каждый второй из этих больных в период совершения ООД находился в состоянии алкогольного опьянения.

Больные данной нозологической группы также характеризовались невысоким уровнем образования. Не состояли в браке 61,81% больных, в конфликтной обстановке проживали 66,67 % больных, не работали 52,4% больных (из них 33,34% не имели инвалидности). Около 1/2 (47,62%) больных страдали алкоголизмом. Ранее 42,0% больных совершили ООД. До совершения последнего ООД большинство больных (76,18%) проявляли агрессивные намерения в виде высказываний, намерений, действий. Больше половины больных этой нозологической группы находились в возрасте 19-39 лет (52,4%).

У всех больных эпилепсией на период обследования наблюдалось прогрессивное

течение болезни (80,0% - умеренно прогрессивное и 20,0% - быстро прогрессивное). Давность болезни к периоду совершения последнего ООД этими больными составляла: до 10 лет - у 6,67% больных, 11-20 лет - у 73,33% , 21-30 лет - у 13,33%, 31 и более лет - у 6,67% больные.

Больными данной нозологической группы ООД были совершены в 46,7% случаев на фоне продуктивно-психотической симптоматики (сумеречных помрачений сознания, шизофреноподобных психозов, дисфорий) по болезненным мотивам защиты своей жизни и в 53,3% - на фоне хронических (межпароксизмальных) психических нарушений - негативно-личностной симптоматики (во всех случаях на фоне аффективного типа легкой степени слабоумия). Больные с негативно-личностной симптоматикой в большинстве случаев ООД совершили в состоянии алкогольного опьянения.

Исследованные больные эпилепсией также характеризовались невысоким уровнем образования, все они не имели своих семей, 60,0% из них проживали в конфликтной обстановке, 60,0% - не работали (большинство из них находились на инвалидности). Ранее 1/3 (33,3%) больных совершили ООД. До совершения последнего ООД все больные данной нозологической группы проявляли агрессивные намерения в виде высказываний, намерений и действий. В большинстве случаев исследованные больные эпилепсией совершили последние ООД в возрасте 19-39 лет.

У больных олигофренией давность болезни к периоду совершения ООД составляла: 15 - 20 лет - у 26,7% больных, 21-30 лет - у 60,0%, 31- 40 лет - у 6,7%, 41 год и более - у 6,67% больных. У большинства больных (80,0%) имела место олигофрения в степени выраженной дебильности и у 20,0% больных - олигофрения в стадии имбецильности. В клинической картине болезни большинства больных имели место выраженные эмоционально-волевые нарушения, достигающие уровня психопатоподобного синдрома.

В 2/3 (66,67%) случаев этой нозологической группой больных были совершены тяжкие ООД (убийства, попытки убийства) и в 1/3 (33,33%) случаях - разбойные

нападения, грабежи.

Исследованная группа больных характеризовалась низким уровнем образования, никто из больных не состоял в браке, большинство (73,34%) не работали (20,0 % из них не имели инвалидности), проживали в конфликтной обстановке (73,34%). Около половины (46,67%) больных ранее совершали ООД. В 86,7% случаев до совершения последнего ООД больные данной группы проявляли агрессивные намерения (высказывания, намерения, действия). Большинство больных (66,67%) к периоду совершения последнего ООД находились в возрасте 19-29 лет.

Давность болезни (хронического алкоголизма) у большинства больных, совершивших ООД в период алкогольных психозов, было до 10 лет (66,67%), у 1/3 (33,33%) больных - 11-20 лет. Едва ли не все ООД, совершенные больными в период алкогольных психозов, были тяжкими (убийства, попытки убийства) - 93,33%, и в 6,67% случаев были нанесены тяжкие телесные повреждения. Во всех случаях ООД были совершены на фоне продуктивно-психотической симптоматики одинаково часто в рамках алкогольного делирия, галлюциноза, алкогольного параноида.

У больных данной нозологической группы уровень образования хотя и был выше, чем в вышеописанных группах, однако он также был невысоким: у всех больных было или среднее (33,33%) или средне-специальное (66,67%) образование. Половина больных (53,33%) не имели своих семей, проживали в конфликтной обстановке (53,33%). Не работало 20,0% больных, работали периодически 60,0%. Ранее совершили ООД 13,33% больных. До совершения последнего ООД эти больные не проявляли явных агрессивных тенденций.

Таким образом, результаты исследования показали, что среди больных, совершивших тяжкие ООД и находящихся на ПЛ в психиатрической больнице со строгим наблюдением, 2/3 составляют больные шизофренией, что согласуется с результатами других исследователей [3, 6]. Большинство этих больных находились в возрасте 19-39 лет. Все больные характеризовались низкой социальной (семейной, трудовой, бытовой)

адаптацией. Каждый третий больной уже имел криминальный опыт. Более 2/3 больных до совершения последнего ООД имели агрессивные проявления (высказывания, намерения, действия). Такие тяжкие ООД как убийства, попытки убийства совершили 2/3 больных. Больше половины больных (55,5%) совершили ООД на фоне продуктивно-психотической симптоматики, в то время, как среди больных, совершивших ООД и состоящих на учете в ПНД, такие больные составляют 15,9% [3]. При всех нозологиях большинство больных (с алкогольными психозами едва ли не все больные), находящихся на ПЛ в психиатрической больнице со строгим наблюдением, совершили убийства и попытки убийства, что прежде всего определяется спецификой направления больных в данную больницу. На фоне продуктивно - психотической симптоматики совершены все ООД больными с алкогольными психозами и большинство - больными шизофренией. На фоне негативно-личностной симптоматики совершены все ООД больными олигофренией и несколько больше, чем половина - больными с органическим поражением головного мозга и эпилепсией. Обращает на себя внимание тот факт, что у большинства больных шизофренией имела место параноидная форма, у больных с органическим поражением головного мозга и эпилепсией - легкая степень слабоумия с выраженными аффективными нарушениями, у больных олигофренией - выраженная дебильность с психопатоподобным синдромом, у больных алкогольными психозами - одинаково часто наблюдались алкогольный делирий, галлюциноз и параноид. Это указывает на высокую криминогенность этих больных, тем более учитывая тяжесть совершенных ими ООД. Кроме того, среди больных с органическим поражением головного мозга (исключая больных с алкогольными психозами) наибольший удельный вес больных, страдающих алкоголизмом и совершивших ООД в состоянии алкогольного опьянения. Это указывает на алкогольную интоксикацию как на высокий криминогенный фактор для этой нозологической группы больных.

Необходимо также отметить, что у большинства больных (за исключением с

олигофренией и алкогольными психозами) наблюдалось умеренно прогрессивное течение болезни. Чаще больные с параноидной формой шизофрении совершали тяжкие ООД в возрасте 30-39 лет при давности болезни до 10 лет, с алкогольными психозами - в 30-49 лет и давности алкоголизма до 10 лет, с органическим поражением головного мозга и эпилепсией - в возрасте 19-39 лет и давности болезни 11-20 лет и олигофренией - в возрасте 19-20 лет и давности болезни более 20 лет.

Исследование также показало, что все больные (независимо от нозологической принадлежности) характеризовались выраженной социальной дезадаптацией, многие из них имели криминальный опыт, большинство высказывали агрессивные

намерения до совершения последнего тяжкого ООД. Все вышеуказанные результаты исследования следует относить к клинко-социальным факторам риска совершения ООД данной категорией больных.

Выводы. В целях повышения эффективности проводимого ПЛ в психиатрической больнице со строгим наблюдением данному контингенту больных (профилактика повторных ООД), а также предупреждения как первичных, так и повторных ООД при их наблюдении и лечении в амбулаторных условиях, необходимо учитывать полученные в результате настоящего исследования как клинические, так и социальные факторы риска.

Литература:

1. Абрамов А.В. Общественно опасные действия больных шизофренией // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 1995. - №1. - С. 89-101.
2. Качаева М.А. Психические расстройства у женщин, совершивших агрессивные действия против личности (клинический и судебно-психиатрический аспекты): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. - М., 1999. - 36 с.
3. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. - М.: Медицина, 1995. - 225 с.
4. Мельник В.І. Епілепсія в судово-психіатричній практиці (клініка, судово-психіатрична оцінка, профілактика): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. - Київ, 2001. - 40 с.
5. Науковий коментар Кримінального кодексу України. - Київ: Атіка. Академія. Єльга. - Н. - 2001. - 654 с.
6. Юрьева Л.Н. Реабилитация больных шизофренией, совершивших общественно опасные деяния. - Киев: Б.И., 1996. - 146 с.

Роль етологічного методу у виявленні дисимулятивних тенденцій хворих на параноїдну форму шизофренії, які перебувають на примусовому лікуванні у відділеннях з посиленням та звичайним наглядом у зв'язку зі скоєними суспільно небезпечними діями



О.А. РОЩИН, Г.Г. ШУРЕНКО,
О.С. ГОЛУБНИЧИЙ,
Ю.О. ЖОГОВ,
Т.О. МАНЖУЛЕНКО,
Н.М. ШУЛЯК
Український НДІ
соціальної і судової
психіатрії та
наркології МОЗ
України, м. Київ

Резюме. В статье рассматриваются актуальные вопросы судебно-психиатрической профилактики. На примере больных страдающих параноидной формой шизофрении приводятся предварительные данные о клинко-психопатологических и этологических особенностях диссимулирования бредовых идей и предлагаются возможные пути их выявления. Особое место отводится необходимости оценки соответствия вербального и невербального поведения больных при выявлении диссимулятивных тенденций. На основании приведенных данных обосновывается необходимость продолжения исследований в данном направлении.



Ключевые слова: судебно-психиатрическая профилактика, диссимуляция, этология.

Summary. In the article the actual questions of forensic and psychiatric prophylaxis are considered. On the example of patients suffering the paranoid form of schizophrenia, the preliminary data are cited about abnormal clinical and psychological, and ethological features of delusional ideas` dissimulation and the possible ways of their exposure are offered. The special attention is given to the necessity of estimation of accordance of verbal and non-verbal behavior during exposure of dissimulative tendencies. On the basis of the results the necessity of continuation of researches in the given direction is grounded.

Key words: forensic and psychiatric prophylaxis, dissimulation, ethologics.

Вступ. Профілактика суспільно небезпечних дій (СНД), які вчиняють психічно хворі є однією з основних та актуальних ланок сучасної судової психіатрії.

Для попередження скоєння повторних СНД психічно хворими, при необхідності згідно з чинним законодавством, призначається

примусове лікування [1].

При цьому досі залишається невирішеним питання чітких критеріїв, які б дозволили переведення хворих в межах відділень з різним наглядом чи їх виписку. Передчасне спростування цих заходів може призвести до рецидивів суспільної

небезпечності [2]. Серед факторів ризику, одне з провідних місць, займає недооцінка важкості клініко-психопатологічної симптоматики [3, 4, 5]. Однією з причин зазначеного є наявність дисимулятивних тенденцій у хворих [5]. Дисимуляція як явище досить поширене в психіатричній практиці, але у випадках примусового лікування вона набуває особливої актуальності. Так в загальних психіатричних закладах, де в більшості випадків допомога надається в добровільному порядку, основним мотивом дисимуляції є бажання уникнути негативної реакції оточуючих на прояви захворювання. В той же час в спеціалізованих відділеннях, де медичні заходи застосовуються примусово і майже завжди розцінюються хворими як акт насильства над ними, до попереднього мотиву приєднується бажання якомога швидше отримати свободу. В свою чергу таке бажання є біологічно детермінованою потребою людини і тому приховування психопатологічної симптоматики хворими зустрічається значно частіше. Зважаючи на вищезазначене, виявлення дисимулятивних тенденцій у хворих, які перебувають на примусовому лікуванні є одним з першочергових завдань лікаря-практика. Разом з цим використання клініко-психопатологічного методу обстеження у вигляді звичайного інтерв'ю має значну частку суб'єктивності, що викликає потребу розробки та впровадження додаткових методів обстеження. Відомо, що одним з альтернативних шляхів з підвищення об'єктивізації оцінки стану хворих є використання методу клінічної етології [6]. Тому метою нашого дослідження стало з'ясування доцільності реєстрації невербальної

поведінки хворих і її співставлення з вербальними трансляціями в якості антидисимулятивного інструменту. Матеріал і методи дослідження. В ході дослідження на базі відділення з посиленням та звичайним наглядом Київської міської психоневрологічної лікарні № 3 було обстежено 30 хворих на параноїдну форму шизофренії (15 хворих - посилений нагляд, 15 - звичайний). Основним критерієм відбору контингенту хворих була наявність поліпшення стану у вигляді стійкої редукції психопатологічних проявів протягом останнього місяця. В процесі обстеження хворих використовувався клініко-психопатологічний, метод судово-психіатричного аналізу генезу СНД психічно хворих і етологічний методи дослідження. Клініко-психопатологічний метод обстеження проводився шляхом звичайного інтерв'ю з хворим з реєструванням ознак викладених в МКХ-10. Метод судово-психіатричного аналізу генезу СНД психічно хворих з використанням стандартизованої карти обстеження. За етологічні критерії було взято ті, що запропоновані в методичних рекомендаціях "Діагностика невербального поведіння больных эндогенными психозами" [7]. Обстеження проводилося двічі з інтервалом в 1 місяць не менше ніж двома дослідниками, з яких один проводив психодіагностичне інтерв'ю, а другий реєстрував невербальні трансляції. Результати дослідження та їх обговорення. Аналізуючи отримані дані стосовно актуального психопатологічного стану хворих вдалось з'ясувати, що в межах дослідженої нозологічної одиниці мали місце різноманітні провідні синдроми (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл хворих за провідним психопатологічним синдромом

Синдром	Кількість хворих					
	Вид ПЗМХ				Всього	
	посилений нагляд		звичайний нагляд			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Параноїдний	9	60,0	12	80,0	21	70,0
Галюцинаторно - параноїдний	3	20,0	0	0	3	10,0
Афективно - параноїдний	3	20,0	3	20,0	6	20,0
Разом	15	100,0	15	100,0	30	100,0

З таблиці видно, що в структурі провідних синдромів всіх обстежених хворих був наявний маячний компонент. Однак, зважаючи на відому інформацію щодо аналізу суспільної небезпечності хворих, нами було розглянуто клініко-психопатологічну симптоматику в структурно-динамічному контексті. Скориставшись методом судово-психіатричного аналізу генезу СНД психічно хворих нам вдалося з'ясувати, що провідними факторами, які брали участь в формуванні суспільної небезпечності були: клінічний,

психологічний та соціальний. При цьому незважаючи на потенційну можливість віднесення певних з них до факультативних чи облігатних, кожен був необхідною ланкою в загальному ланцюгу. В ході поглибленого аналізу клінічного аспекту суспільної небезпечності були верифіковані специфічні психопатологічні синдроми, які брали участь у скоєнні хворим СНД і підтримували їх суспільну небезпечність в процесі подальшого лікування (табл. 2).

Таблиця 2

Психопатологічні механізми СНД, скоєні психічно хворими, які перебувають на примусовому лікуванні у психіатричній лікарні з посиленням та звичайним наглядом

Психопатологічні механізми	Вид нагляду			
	Посилений		Звичайний	
	абс.	%	абс.	%
Продуктивно - психотичні	10	66,7	8	53,3
Негативно – особистісні	5	33,3	7	46,7
РАЗОМ	15	100,0	15	100,0

Як видно з таблиці, у переважної кількості досліджених хворих серед психопатологічних факторів, що брали участь в генезі СНД були різноманітні продуктивно-психотичні механізми. Так, на посиленому нагляді з загальної кількості хворих 66,7% скоїли СНД за продуктивно-психотичними механізмами і лише 33,3% - за негативно-особистісними. На звичайному нагляді мав місце майже рівномірний розподіл, але все ж таки з переважанням продуктивно психотичних механізмів.

Саме тому фокус нашої уваги був зосереджений на маячному синдромі.

В подальшому було з'ясовано, що у 23 випадках не відзначалося дисимультівних тенденцій і невербальна поведінка хворих відповідала її психопатологічному еквіваленту. В 7 випадках такої відповідності зареєстровано не було. При цьому на тлі існуючих невербальних ознак, які потенційно притаманні хворим з маячними утвореннями, супроводжувалась вербальним запереченням їх існування. На пряме запитання про

актуальне ставлення до ідей, які мали місце під час скоєння СНД, хворі давали різноманітні пояснення, які вдалось згрупувати в наступні різновиди:

- псевдоамнезія маячних побудовань (хворі повідомляли, що не пам'ятають, щоб колись висловлювали такі думки);
- небажання згадувати про маячні переживання;
- демонстрування часткової критики (хворі формально погоджувались з хворобливістю свого стану, проте заявляли, що таке могло існувати насправді, але не в їх випадку);
- психологізація маячення (хворі пояснюють виникнення хибних думок завдяки реально існуючим зовнішнім факторам);
- повне погодження, що маячні ідеї мали хворобливий характер.

Однак було відзначено, що в ході вільної швидкої бесіди змінювалась вербальна активність хворих. При обговоренні нейтральних тем вони вільно відповідали на питання та в подробицях висловлювали свою думку. В разі переходу до аспектів, що

стосувались маячень, які мали місце, хворі ставали малодоступні, формально відповідали на питання чи намагались змінити тему розмови. При цьому, як зазначалось вище, були присутні ознаки невербальної поведінки, які характеризували наявність маячень.

Якщо при загальній бесіді всі 7 хворих уникали прямого погляду у вічі (ознака, що притаманна взагалі хворим на шизофренію), то при розмові на теми, що стосуються змісту маячних ідей у 5 обстежених спостерігався немигаючий погляд у вічі лікаря, а в 2 випадках після короткочасної фіксації погляду у вічі він зміщувався на сторонні предмети (погляд ліворуч та донизу) й поєднувався з мімікою замислення і зосередження. При цьому у всіх хворих спостерігалось напруження нижнього повіка і розслаблення верхнього. Напружене змикання губ було відзначене у 4 хворих. Брови при обговоренні тем, пов'язаних з фабулою маячення, зсувались до перенісся у 6 хворих, при цьому при зміні теми на нейтральну у 3 випадках вони підіймались догори, утворюючи численні горизонтальні зморшки. У 2 хворих мала місце загальна напруженість мімічної мускулатури без певної експресії. Моторика рук у 2 випадках характеризувалась стиснутими в кулак долонями. Індивідуальна відстань між обстеженими та лікарем зменшувалась у 6 випадках. У всіх випадках реєструвались закриті пози при сидінні (як знак приховування своїх відчуттів та вияву біологічної сутності захисту). Ознаки прихованої при маяченні агресії (довгий сталий погляд, погляд з-під лоба, підйом плечей, жувальні рухи з висунуттям нижньої щелепи, стиснені руки в кулаці) в різних поєднаннях зустрічались в 4 випадках і відповідали даним про скоєння цими хворими СНД, спрямованих проти особистості, на відміну від 3 останніх, які скоїли майнові правопорушення.

Поряд з зазначеними особливостями невербальної поведінки, що притаманні параноїдним проявам мали місце й інші, характерні для шизофренії взагалі, але їх реєстрація не входила в завдання проведеного дослідження.

Внаслідок зазначеного уявне поліпшення стану вважалось дисимульованим.

Виходячи з цього, за погодженістю з лікарями, що лікують, було подовжено проведення активної антипсихотичної терапії.

При подальшому спостереженні за даними хворими вздовж місяця мала місце редукція невербальних проявів, які характеризували наявність актуальних маячних переживань. Вербально вони не уникали тем, пов'язаних з фабулою маячення, демонстрували їх дезактуалізацію й елементи формальної критики. При цьому ретроспективно 5 з них визнали, що на час першої бесіди були зосереджені на зазначених переживаннях, але з різних причин не хотіли про них розповідати. Про те 2 продовжували заперечувати зазначений факт.

Детальне розпитування хворих, щодо особливостей їх дисимулювання показав, що у всіх випадках мала місце зосередженість на необхідних кон'юктурних висловлюваннях, поряд з цим жоден пацієнт не намагався свідомо моделювати свої невербальні акти. Серед основних джерел інформації яка використовувалась при підготовці до дисимулювання були наступні:

- Інформація, отримана від інших пацієнтів.
- Згадування про свій дохворобливий стан.
- Аналізування реакції медичного персоналу на свої попередні висловлювання і на висловлювання інших пацієнтів.
- Метод "спроб та помилок".

Зазначене свідчить про те, що в ході довготривалого примусового лікування спостереження має двобічний характер. З одного боку персоналу за хворими, а з іншого - хворими за персоналом і за іншими хворими. Таким чином утворюється своєрідна мікросоціальна мережа відділень. Відсутність нейтрального поведінки персоналу, що до поведінки хворих призводить до неконтрольованого обумовлювання пацієнтів. Таке обумовлювання поряд з позитивними впливами у вигляді підвищення соціально сприйнятливих форм поведінки забезпечує набуття досвіду, щодо дисимуляцій.

З проведеного дослідження видно, що при вирішенні питань у відношенні оцінки ступеня редукції психопатологічної симптоматики, за наявності у хворих

дисимулятивних тенденцій, клініко-психопатологічний метод, що проводиться шляхом звичайного інтерв'ю, може мати певні обмеження, викликані установчою поведінкою хворих. В таких випадках може бути корисним використання етологічних методів дослідження, які є менш усвідомленими і важче піддаються свідомому контролю, що дає змогу розширити об'єм об'єктивної інформації про дійсний стан хворого і попередити передчасне послаблення спостереження.

Разом з цим автори усвідомлюють, що досить скромна вибірка хворих не дає змогу екстраполювати отримані результати на генеральну сукупність хворих, а отримані результати використовувати, як абсолютно надійний інструмент в вирішенні питань, що стосуються дисимуляцій у хворих на параноїдну форму шизофренії. Однак отримані результати наочно демонструють необхідність продовження етологічних досліджень в галузі судово-профілактичної психіатрії.

Висновки

1. Критерієм дисимуляції хворих можна вважати невідповідність між вербальними та етологічними проявами захворювання.
2. Серед вербальних засобів дисимуляції дисимуляції маячень хворими найчастіше використовуються: псевдоамнезія маячних побудовань, небажання згадувати про маячні

переживання, демонстрування часткової критики, психологізація маячення, повне погодження, що маячні ідеї мали хворобливий характер.

3. В ході бесіди підозру щодо збереження маячень може викликати немотивована зміна вільного спілкування на малодоступність, формальні відповіді на питання чи намагання змінити тему розмови при розгляданні ділянок, що стосуються фабули.

4. Вербально дисимулюючи свій стан, хворі продовжують демонструвати характерні невербальні ознаки, що притаманні збереженню активності процесу.

5. В ході підготовки до дисимулювання хворі свідомо враховують переважно мовні кон'єктури, не надаючи належної уваги невербальним проявам.

6. Реакція персоналу на висловлювання хворого є одним з методів тренування підготовки дисимуляцій.

7. Продовження досліджень етологічних особливостей хворих, що перебувають на примусовому лікуванні, дозволить розширити можливості стосовно виявлення і профілактики дисимулятивних тенденцій хворих.

Література:

1. Науково-практичний коментар до Кримінального кодексу України / За загальн. ред. Ген. прокур. України Потебенька М.О., рект. Інституту Ген. Прокурат. України Гончаренка В.Г. Загальна частина. - Київ: Форум, 2001. - 393.
2. Swanson J. W., Holzer C.E., Ganju V. K., et al. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys // Hospital and Community Psychiatry. - 1997. - №4. - P. 761-770.
3. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. - Москва: Медицина, 1995. - 256 с.
4. Спирина И.Д., Кушнир А.Н., Серебрицкая О.В., Рублев А.С., Буткевич К.М. Клинические аспекты отмены принудительного лечения в психиатрической больнице с интенсивным наблюдением // Вісник психічного здоров'я. - 2001. - №1-2. - С. 67-69.
5. Спирина И.Д., Серебрицкая О.В., Краловецкий С.В., Рубиев А.С., Кушнир А.И., Будкович И.М. О некоторых факторах, способствующих общественно опасным действиям психически больных // Вісник психічного здоров'я. - 2001. - №1-2. - С. 37-40.
6. Напрєєнко О.К., Рошин О.А. Етологічні аспекти шизотипових розладів // Тавр. Журн. Психіатрії. - 2001. - Т. 1, №1 (16). - С. 27-29.
7. Самохвалов В.П., Коробов А.А. Диагностика невербального поведения больных эндогенными психозами. - Симф., 1987. - 19 с.

ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я: СОЦІАЛЬНІ, БІОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОЛОГІЧНІ

УДК 614.23:616.89+616.89-08

Про інтеграцію лікарів загальної практики в систему охорони психічного здоров'я



Резюме. Проведено пілотажное исследование с целью изучения возможности интеграции врачей ПМСП в систему охраны психического здоровья. Определена целесообразность методики и значения результатов в стратегии интеграционного процесса.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, интеграция в систему охраны психического здоровья.

Summary. Flight research is lead with the purpose of studying an opportunity of integration system of protection of mental ency of a technique and value of integration process is deter-

Key words: the primary integration into system of protec-

Л.М. БАРАНОВСЬКА, Ю.Б. ЮДІН,
М.О. МАЗУРЕНКО, К.Л. БАРАНОВСЬКИЙ,
С.М. ІВЧЕНКО, Д.Д. ЛОЗА
Головне управління охорони здоров'я та
медичного забезпечення КМДА
Міський науковий інформаційно-методичний
центр з організації
психіатричної
допомоги КМКПЛ №1

of doctors PMSH to
health. The expedi-
results in strategy of
mined.
medicosanitary help,
tion of mental health.

Негативна динаміка в показниках психічного здоров'я в порівнянні з показниками фізичного здоров'я населення багатьох країн обумовлює необхідність посилення профілактичної спрямованості та більш раннього виявлення психічних розладів населення.

Відомо, що з погіршенням соціального середовища збільшується імовірність розвитку патологічних процесів в організмі людини у кризові періоди життя.

Лікарі загальної практики вважають, що при зверненні населення за будь якими консультаціями у 14% пацієнтів за рік можна виявити психічні та поведінкові розлади. [1]

В соматичних лікарнях від 20,0% до 40,0% пацієнтів відповідають за станом

здоров'я діагностичним критеріям психічних захворювань; більшість із них перебувають у стані тривоги та депресії. Отже, саме від лікарів загальної практики залежить, в багатьох випадках, своєчасне виявлення та лікування хворих з проблемами психічного здоров'я.

На думку Н.Сарторіуса [2] оцінка значення психічного здоров'я населення є досить низькою серед більшості людей у багатьох країнах світу. Між тим цілий ряд проблем охорони психічного здоров'я виходить в області загальної медицини. Це профілактика йодної недостаті, яка може призвести до ризику значного послаблення розумових здібностей дітей; профілактика випадків епілепсії, які виникають як наслідки перинатальних чи

внутрішньоматочних травм; своєчасна корекція сенсорних розладів, що можуть порушити психічне здоров'я, та інше.

Метою нашого дослідження було вивчення готовності лікарів загальної практики брати участь в охороні психічного здоров'я та вирішувати проблеми пацієнтів з психічними та поведінковими розладами, які звертаються за первинною медико-санітарною допомогою, а також визначення думки пацієнтів щодо покращення психіатричної допомоги на етапі первинної ланки. Дослідження має пілотажний характер, тобто є спробою встановити попередні висновки та оцінку їх цінності в досягненні мети.

Об'єкт та методи дослідження. Об'єкт дослідження склали 175 випадкових пацієнтів первинної медико-санітарної допомоги, які звернулися до лікарів центральних територіальних поліклінік Дарницького, Солом'янського, Святошинського та Оболонського адміністративних районів міста Києва протягом дня, та 100 лікарів поліклінік, які проводили прийом пацієнтів в день дослідження. Дослідження проводилося суцільним методом індивідуальних експертних оцінок шляхом інтерв'ю. Під'рунтям для складення програми інтерв'ювання лікарів були обрані скринингові тести для виявлення психічних розладів у пацієнта [3].

При інтерв'юванні лікарів поліклінік інтерв'юери намагались встановити деякі чинники, що визначають стан готовності лікарів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) вирішувати проблеми психічного здоров'я пацієнтів, які звертаються за будь-якими скаргами на нездоров'я, зокрема і з боку психічного стану.

Програма опитування пацієнтів включала питання, за допомогою яких опитувачі намагались вивчити думку пацієнтів щодо доцільності надання необхідної допомоги в первинній ланці особам з психічним нездоров'ям. Опитування проводилось підготовленими інтерв'юерами суцільним методом (виключаючи пацієнтів, які відмовлялися) впродовж одного дня одночасно з інтерв'юванням лікарів на прийомі. Обрані райони м. Києва характеризуються середньостатистичною структурою населення для м. Києва за основними характеристиками: стать, вік, соціальний стан тощо.

Результати дослідження. Вікова характеристика контингенту лікарів, які стали об'єктом нашого дослідження, свідчить, що більшість з них - це особи старше 40 років, їх частка сягає 63,0%, тобто це фахівці з достатнім досвідом роботи. За статтю це переважно жінки - 66,0%, а за кваліфікаційною категорією більшість (59,0%) складають лікарі вищої та першої категорії, тобто висококваліфіковані лікарі первинної медико-санітарної допомоги, з яких найбільша частка - терапевти (57,0%) та хірурги (23,0%), тобто фахівці, до яких звертається більшість населення.

Отже, виходячи з того, що більшість лікарів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), що склали об'єкт дослідження, це терапевти і хірурги територіальних поліклінік з високою кваліфікацією та середнім стажем роботи у закладах ПМСД (18,8) років, ми спробували звернутися до них як до експертів, які б могли висловити свою думку щодо необхідності і можливості інтеграції в систему охорони психічного здоров'я лікарів первинної медико-санітарної допомоги.

Експертні оцінки, на думку Є.М. Шигана [4], необхідно розглядати як один з методів отримання кваліфікованої інформації і підвищення ефективності управління системою охорони здоров'я. Оптимальною численністю експертів в групі вважають 20 осіб. Виходячи з цього, ми маємо можливість не тільки взагалі вивчити думку експертів, а й порівняти думки експертів - терапевтів і експертів - невропатологів чи хірургів, тобто спеціалістів, до яких звертаються найбільше пацієнтів, з іншими лікарями первинної медико-санітарної допомоги.

Аналіз розвитку сучасної медицини все більше впевнює в тому, що емоційним розладам повинна відводитись значно більша роль; що не існує соматичних хвороб без психічних порушень, як і психічних розладів, що ізольовані від соматичних симптомів. Досвід показує, що хворі на найбільш примирені психічні розлади звертаються не лише до спеціаліста - психіатра, а і до невропатолога, дільничного терапевта, сімейного лікаря. Саме в територіальних поліклініках від 20,0% до 30,0% всіх консультацій пов'язані з проблемами психічного здоров'я. Як правило, ці пацієнти

звертаються до лікарів з симптоматикою фізичного нездоров'я, яка відповідає соматичній патології і призводить до багаточисленних, безрезультатних соматичних обстежень, відповідно до яких реальна соматична патологія не виявляється.

Однак і психічні розлади лікарі загальної практики виявляють лише в 54,0%. Отже, майже половина всіх психічних розладів залишається своєчасно нерозпізнаними, їх виявлення залежить від рішення пацієнтів звернутися до психіатра психоневрологічного диспансеру.

Виходячи з цього, інтерв'юерами було поставлено основне питання: як часто звертаються в поліклініку хворі, які потребують психіатричної допомоги. Більшість (60,0%) експертів відповіли, що в 60,0% випадків особи з психічною патологією звертаються в поліклініку частіше одного разу в два місяці, 36,0% хворих звертаються декілька разів на рік, лише 4,0% приходять в поліклініку рідше. Найчастіші зустрічі з такими пацієнтами відбуваються у невропатологів: 83,0% хворих з психіатричною патологією звертаються частіше одного разу в два місяці і лише 17,0% хворих приходять декілька разів на рік. Аналогічна тенденція спостерігається у терапевтів (відповідно: 70,0% і 24,5%), у хірургів (61,0% і 34,5%). Частіше одного разу в два місяця, до лікарів інших спеціальностей звертаються лише 35,5% процентів хворих на психічні

розлади, 57,0% звертаються декілька разів на рік, а решта (7,5%) пацієнтів - ще рідше. Тому кожне звернення пацієнта з будь якої причини при підозрюванні на психічне нездоров'я має бути використаним для оцінки симптомів і признаков психічного захворювання. Більшість експертів (62,0%) стверджують, що лікарям загальної практики завжди не вистачає професійних знань для виявлення хворих на психічні розлади, тому 75,0% лікарів поліклінік мають потребу консультиватися з лікарем психіатром. Найбільшу нестачу знань щодо практики виявлення психічно хворих визначають вузькі спеціалісти (78,5%), терапевти (65,0%), хірурги (52,5%), меншу - невропатологи (33,0%). Що ж до потреби консультиватися з лікарем психіатром при постановці діагнозу, то найбільшу потребу висловлюють невропатологи(83,0%) і терапевти (82,5%).

Можливо, саме ці лікарі краще виявляють ознаки психічних розладів та потребують консультації психіатра для уточнення діагнозу.

Отже, 56,0% експертів відзначають потребу в подальшому удосконаленні знань щодо вивчення ознак психічних розладів.

За умов, якщо вони почнуть працювати за фахом сімейного лікаря, потреба в удосконаленні знань зростає до 75,0%. Доцільність різних форм подальшого удосконалення представлена на малюнку.

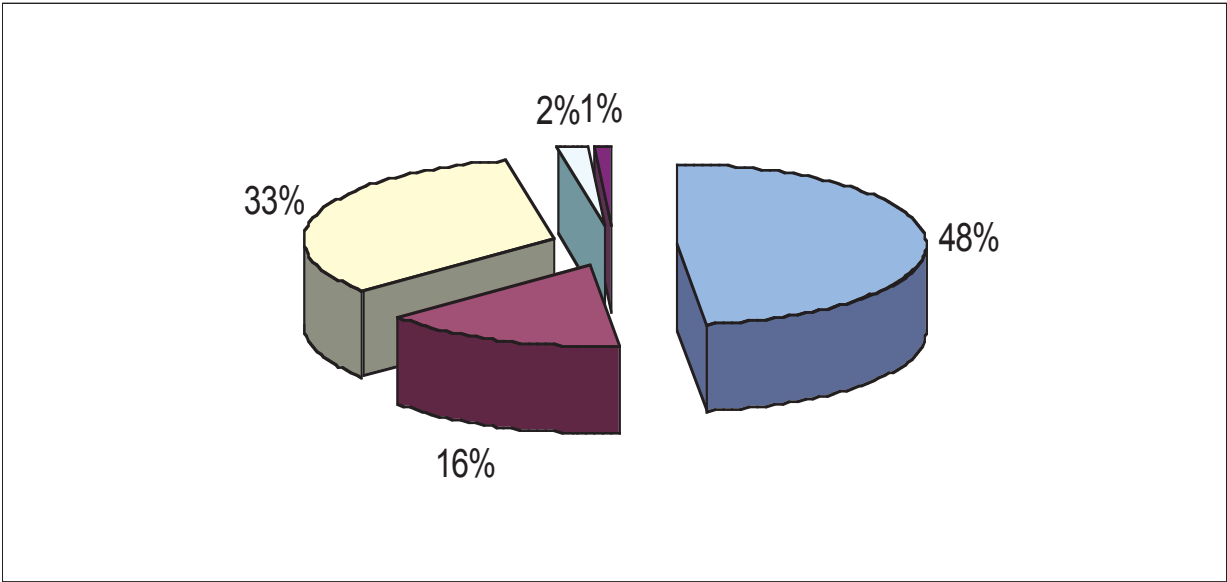


Рис. 1. Думка експертів про доцільність різних форм удосконалення знань лікарів ПМСД для виявлення ознак психічних розладів пацієнтів

48,0% - на спеціальних курсах післядипломної освіти;
33,0% - у вищих навчальних закладах;
16,0% - при підготовці спеціалістів в інтернатурі;
2,0% - самостійно вивчаючи літературу;
1,0% - інше.

Майже половина експертів (48,0%) вважають, що післядипломна освіта лікарів ПМСД шляхом спеціальних курсів (можливо спільно двох кафедр: психіатрії та сімейної медицини) забезпечить необхідні знання з виявлення та надання первинної допомоги пацієнтам з психічним нездоров'ям, які звертаються в територіальні поліклініки. Третина експертів (33,0%) вважають, що доцільніше удосконалювати знання з психіатрії ще у вищих навчальних закладах медичної освіти; 16,0% експертів віддають перевагу інтернатурі.

Отже, лікарі ПМСД мають знати основні ознаки психічних розладів, що приводять пацієнтів до лікаря поліклініки. Експерти стверджують, що при підозрі на психічне нездоров'я пацієнта вони звертають увагу, в першу чергу, на частоту звернень до лікаря (94,0%) та психотравмуючі фактори в анамнезі (90,0%); велику кількість недиференційованих соматичних скарг (90,0%) та постійні соматичні скарги без чіткої реальної соматичної патології (83,0%); сезонність захворювання (80,0%) та незадоволення пацієнтів лікуванням і часту зміну лікарів (80,0%); сонливість протягом дня (79,0%) та труднощі засинання з вечора (78,0%); відсутність відчуття відпочинку після сну (72,0%), покращення настрою з ранку (47,0%), труднощі прокидання з ранку (42,0%), та покращення настрою з вечора (36,0%).

Більшість експертів (89,0%) поряд з необхідністю удосконалення знань з психіатрії вважають за доцільне впровадити у районній поліклініці прийом лікаря психіатра. Цю пропозицію висловили 100,0% невропатологів; 91,0% терапевтів, 87,0% хірургів та 78,5% лікарів інших спеціальностей (стоматологів, профпатологів, реаніматологів та інших).

Останнім часом в удосконаленні організації психіатричної допомоги все більша увага приділяється думці користувачів. Тому в цьому дослідженні паралельно з вивченням

думки експертів вивчалось ставлення пацієнтів поліклінік до процесу інтеграції психіатричної допомоги в первинну ланку охорони здоров'я. Для інтерв'ювання пацієнтів була розроблена "Анкета пацієнта поліклініки", в якій, поряд з питаннями удосконалення психіатричної допомоги, були поставлені загальні питання, щодо приблизного виявлення суїцидальної спрямованості мислення пацієнта. Всього опитано 175 пацієнтів, з яких 61,7% склали жінки. Природно, серед пацієнтів найбільшу частку склали особи середнього і старшого віку (від 40 років і більше: 74,3%); 56,0% з них працюють 33,1% - пенсіонери; решту складають студенти, учні, тимчасово безробітні, інваліди. Більшість пацієнтів одружені (70,3%) і 91,4% проживають з сім'єю. Першочергове значення має частота звернень пацієнтів до поліклініки. Зі слів пацієнтів, більшість звертаються щокварталу (32,6%) та раз у півріччя (22,9%), але більшість чоловіків звертаються рідше (40,3% від усіх чоловіків).

Це значно розбігається з даними експертів. Досить несподівано 26,9% пацієнтів вказали, що вони самі чи члени їх родини колись відчували потребу у наданні психіатричної допомоги або консультації з приводу психічного стану. Однак за медичною допомогою з них звертались лише 21,1%: 18,9% до психіатра психоневрологічного диспансеру (жінки краще зрозуміли проблему, ніж чоловіки; до психіатра звернулося 22,2% жінок і лише 7,7% чоловіків); 29,7% - до невропатолога, 18,9% - до дільничного терапевта, решта пацієнтів до інших спеціалістів. Можливо звернення до непрофільних спеціалістів обумовило високий відсоток пацієнтів (59,5%) незадоволених наданою їм допомогою. Можливо тому пацієнти затрудняються визначити причини, за якими вони не звертаються по психіатричну допомогу.

Лише одиниці з них називають наступні причини: "не знав місця знаходження психоневрологічного диспансеру", "недостатня кваліфікація лікарів", "недотримання анонімності", "можливе обмеження у правах", тощо.

Важливість визначення цих причин обумовлена тим, що 50,3% пацієнтів не відчують чи не можуть стверджувати, що мають майбутнє (54,6% жінок і 43,4% чоловіків). Більш того, 19,4% від опитаних пацієнтів інколи мають відчуття, що "життя не

варте того, щоб за нього триматися". А деяким (37,7%) з опитаних пацієнтів траплялось переживати абсолютний розпач і безнадійність. Це більше притаманно жінкам (42,6% проти 29,8% у чоловіків). Отже, більшості з них (60,4%) вдалося подолати цю ситуацію за допомогою рідних і друзів, і лише 15,1% пацієнтів зверталися за медичною чи психологічною допомогою.

Безумовно, результати дослідження дозволили визначити декілька проблем з покращення організації і надання медичної допомоги при психічному нездоров'ї будь-якого виду.

Але найважливішим питанням ми вважаємо визначення принципу подальшого вдосконалення допомоги: розвиток її лише в спеціалізованій службі чи системі первинної медико-санітарної допомоги. Користувачі психіатричної допомоги вважають за доцільне обидва принципи, однак невеличку перевагу віддають можливості "звернутися у району поліклініку, якби там був кабінет лікаря-психіатра" (50,9% пацієнтів). І ця перевага обумовлена думкою жіночого населення (54,6% проти 44,8% чоловіків).

Висновки

1. За даними експертної оцінки терапевти, хірурги та невропатологи - це саме ті спеціалісти ПМСД, які найчастіше зустрічаються з більшістю пацієнтів і мають найбільші можливості в охороні психічного здоров'я.
2. Більшість експертів перелічених спеціальностей вважають, що поряд з необхідністю удосконалення знань лікарів ПМСД з психіатрії, необхідно впровадити у районних поліклініках прийоми лікарів психіатрів.
3. Думка експертів співпадає з думкою пацієнтів ПМСД, яким зручніше звертатися до психіатра в поліклініку, особливо в період душевної кризи, коли кожний другий пацієнт ПМСД "не відчуває, що має майбутнє", а кожен п'ятий вважає "життя не вартим, щоб за нього триматися".
4. Результати пілотажного дослідження підтверджують доцільність методики в удосконаленні психіатричної допомоги шляхом інтеграції лікарів ПМСД в службу охорони психічного здоров'я.

Література:

1. Д. Голберг, С.Бенджамин, Ф.Крид. "Психиатрия в медицинской практике", К.Сфера.1999.с12.
2. Сарториус Н. Охрана психического здоровья в рамках первичной медико-санитарной помощи. Ж. неврологии и психиатрии.-М.,Медицина. 1990.- №3.-т.90.с.150-152.
3. Насинник О.А., Юдин Ю.Б. Клиническое руководство по психиатрической помощи в практике семейного врача. Киев,2000,242с.
4. Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях, М.- Медицина, 1986, 208с.

Бупропион (веллбутрин): новый подход к фармакотерапии депрессий



Бурчинский С.Г.
Институт геронтологии АМН Украины, Киев

Резюме. В огляді проаналізовано переваги та особливості фармакології та клінічного застосування атипичного антидепресанту бупропіону (Велбутрину) у формі таблеток зі сповільненим вивільненням. Особливо підкреслюється наявність у бупропіона (Велбутрина) терапевтичної дії на симптоми ангедонії, анергії та абулії, відсутність притаманних СІЗЗС та ТЦА специфічних побічних ефектів, зокрема - збільшення маси тіла та сексуальних порушень, гарна переносимість терапії.

Ключові слова:

Summary. Article deals with the advantages and specific features of atypical antidepressant bupropion (Wellbutrin) pharmacology and clinical experience. Wellbutrin is a specific presentation of bupropion in sustained release tablets. Author stressed on the several items: presence of therapeutic impact of Wellbutrin on such symptoms as anhedonia, anergia and abulia, absence of peculiar to SSRI and TCA specific adverse effects such as weight gain and sexual disturbances, good tolerability.

Key words:

Проблема депрессивных состояний является в настоящее время одной из ведущих медико-социальных проблем современного общества. По различным данным (не учитывающим значительное число недиагностированных, маскированных, соматоформных и др. вариантов), в мире насчитывается от 100 до 200 млн. больных депрессиями [4, 6], а хотя бы один депрессивный эпизод в своей жизни переживают 20-25% женщин и 7-12% мужчин. Отмечается стремительное нарастание депрессий в пожилом и старческом возрасте, где они поражают 13-15% всей популяции [10]. Депрессии являются одной из ведущих причин инвалидности населения - наиболее значимой из всех форм психиатрической патологии [15]. Поэтому вопросы эффективной диагностики и терапии данной патологии приобретают особое значение, являясь сегодня одним из приоритетных направлений психиатрии и фармакологии. Не случайно, например, в США антидепрессанты занимают первое место среди вновь разрабатываемых психофармакологических средств [16].

Важнейшим моментом, значительно затрудняющим разработку новых эффективных методов лечения депрессивных состояний, является их исключительная нозологическая и синдромологическая пестрота, выражающаяся в крайней вариативности клинических форм и обусловленная значительным разнообразием нейробиологических механизмов их развития.

Современная биологическая психиатрия располагает обширным арсеналом фактов, позволяющих утверждать концепцию о специфичности изменений нейромедиаторных систем и возникающем при этом дисбалансе их функциональной активности в центральной нервной системе (ЦНС) как основы последующего развития депрессий [1,9,22]. Вместе с тем, каждая клиническая форма их имеет в своей основе характерные нейромедиаторные нарушения, ответственные за развитие определенной симптоматики. Именно развитие концепции нейробиологической специфичности депрессивных состояний стало фундаментом разработки принципиально новых подходов к их фармакотерапии и созданию антидепрессантов нового поколения. Создание классических антидепрессантов - трициклических антидепрессантов (ТАД) и ингибиторов моноаминоксидазы (МАО) позволило выработать принципы и методы патогенетически обоснованной терапии депрессий. Вместе с тем, с самого начала их применения выявилось значительное количество больных, мало восприимчивых или даже полностью рефрактерных к данным препаратам. К тому же, частота и выраженность побочных эффектов классических антидепрессантов также являются серьезным тормозом на пути их массового применения.

Поиск и разработка новых препаратов антидепрессантов развивались в тесной связи

с прогрессом исследований в области нейробиологии депрессивных состояний.

Переоценка роли серотонина в патогенезе депрессивных расстройств, произошедшая в последние десятилетия XX века, и обоснование положения о дефиците серотонинергической нейромедиации как важнейшем факторе развития депрессий [19] способствовали интенсивной разработке и широкому внедрению ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС) [2,10]. Эти препараты существенно превосходят ТАД по критерию безопасности, что определяет популярность СИОЗС в клинической практике. В то же время и препараты СИОЗС при всей своей клинической ценности не могут рассматриваться в качестве универсального средства терапии всех форм депрессивных расстройств у всех категорий больных вследствие следующих основных причин:

- 1) наличие определенной популяции пациентов, рефрактерных к терапии СИОЗС ;
- 2) проявление у ряда больных таких нежелательных эффектов СИОЗС как седация, нарушения сексуальной функции, более или менее выраженное холинолитическое действие ;
- 3) недостаточная (в сравнении с ТАД) эффективность некоторых представителей СИОЗС.

В итоге формируется достаточно обширная популяция больных депрессиями, у которых в силу тех или иных причин назначение препаратов СИОЗС нецелесообразно, либо недостаточно эффективно, и которым в то же время не показаны препараты ТАД. В данную популяцию включаются, прежде всего, пациенты с преимущественным катехоламин-дефицитным типом депрессивных состояний, характеризующимся выраженной апато-абулической симптоматикой, апатией, ангедонией и весьма часто рефрактерным к традиционной фармакотерапии. Кроме того, сюда следует отнести лиц (преимущественно руководителей высшего и среднего звена), для которых принципиальным фактором является сохранение в процессе лечения привычного уровня профессиональной активности и социальных контактов, а также пациентов с высокими требованиями к уровню собственной сексуальной активности. Наконец, в упомянутую популяцию необходимо включить и пациентов с избыточным весом, часто сопровождающимся сопутствующей соматической патологией (сердечно-

сосудистая, диабет и т.д.), для которых возможное осложнение лечения в виде прибавки веса (достаточно часто отмечающееся при терапии ТАД) может быть чревато развитием опасных для жизни состояний.

Таким образом, становится очевидной актуальность внедрения в клиническую практику новых препаратов антидепрессантов, равноэффективных с ТАД и не уступающих по безопасности СИОЗС, но обладающих принципиально иным механизмом действия, прежде всего на катехоламинергическую систему.

В связи с вышесказанным особый интерес фармакологов и клиницистов вызвали разработка и внедрение в практику принципиально нового антидепрессанта, обладающим своеобразными механизмом действия и спектром клинической эффективности - бупропиона (Веллбутрина). По своей химической структуре бупропион является аминокетоном, принципиально отличаясь от всех известных антидепрессантов. С точки зрения психофармакологии наибольший интерес представляет уникальность влияния бупропиона на нейромедиаторные системы мозга. Бупропион является сочетанным ингибитором обратного захвата дофамина и норадреналина в катехоламинергических синапсах [7].

У бупропиона не выявлено влияния на обратный захват серотонина, а также воздействия на какие-либо рецепторы (холинергические, адренергические, серотонинергические, гистаминергические, ГАМК-ергические и т.д.) [7,14]. В процессе биотрансформации бупропиона в организме образуется три активных метаболита, играющих определенную роль в реализации его фармакологического действия.

Таким образом, бупропион как антидепрессант обладает уникальным механизмом действия - селективным и в то же время комплексным эффектом в отношении активации катехоламинергических процессов в мозге. Если роль адренергической нейромедиаторной системы в патогенезе депрессивных состояний достаточно известна и не вызывает сомнений, то дофамину в этом отношении долгое время не придавали особого значения. Вместе с тем, функции дофамина как медиатора, определяющего активность психомоторной сферы, участвующего в обеспечении

мотивации, эмоциональных реакций, в реализации чувства удовлетворения и т.д. позволяют предположить значимость нарушений дофаминергических процессов в развитии депрессий. Наличие антидепрессивной активности у препаратов, избирательно блокирующих обратный захват дофамина, подтверждает данное предположение. Возможно, существенную роль в этом играют многочисленные взаимосвязи дофаминергической системы с другими нейромедиаторами (норадреналин, серотонин, ацетилхолин и др.), что вполне вписывается в рамки теории патогенеза депрессий как комплексного дисбаланса активности нейромедиаторных систем мозга [7,9].

Таким образом, исходя из фармакологических свойств бупропиона, можно достаточно обоснованно предположить его клиническую эффективность у пациентов с различными типами депрессивных расстройств, в т.ч. и рефрактерных к другим средствам фармакотерапии, прежде всего - при апатико-абулических формах, при желательности достижения психостимулирующего действия. Результаты клинических испытаний бупропиона (Веллбутрина) вполне подтверждают данное предположение.

При сравнительных краткосрочных (до 8 недель) и долгосрочных (до 1 года) исследований у пациентов как с униполярным, так и с биполярными депрессивными расстройствами, Веллбутрин проявил антидепрессивный эффект, сопоставимый с таковым наиболее популярных препаратов СИОЗС - пароксетина [23], сертралина [12] и флуоксетина [11]. Веллбутрин оказывал мощное психостимулирующее действие, существенно повышал психомоторную активность, устранял проявления анергии и ангедонии, эффективно предупреждал развитие рецидивов депрессивных эпизодов при длительном применении [24]. При приеме Веллбутрина выявился минимальный риск инверсии фазы при биполярных расстройствах. Кроме того, была показана эффективность Веллбутрина при терапии больных, рефрактерных к другим препаратам антидепрессантов [3,18]. Наконец, необходимо упомянуть и о наличии анксиолитического компонента в клиническом действии Веллбутрина, сопоставимом с таковым у сертралина [12], нейрохимический механизм реализации которого остается еще не вполне

ясным.

Важнейшей положительной характеристикой Веллбутрина является его безопасность. Благодаря отсутствию влияния на серотонинергическую нейромедиацию Веллбутрин, в отличие от препаратов СИОЗС, лишен их существенного недостатка - негативного влияния на сексуальную функцию, а в отличие от препаратов ТАД - кардиотоксического, холинолитического действия и - на чем следует остановиться более подробно - прибавки веса больного в ходе лечения.

В рамках рандомизированных, двойных слепых, плацебо-контролируемых исследований показано отсутствие влияния Веллбутрина на все компоненты сексуальной активности: выраженность либидо, выраженность оргазма, общую сексуальную удовлетворенность [11,12]. В этой связи интересны полученные ранее экспериментальные данные, согласно которым дофамин обладает выраженной способностью стимулировать сексуальную активность, а серотонин оказывает на нее негативное воздействие путем снижения уровня дофамина в мозге, т.е. антидофаминергического действия [20]. Таким образом, становятся понятными как механизм развития побочных эффектов СИОЗС в отношении сексуальной функции, так и значение стимуляции Веллбутином дофаминергической нейромедиации для сохранения полноценного уровня сексуальных контактов при лечении данным препаратом. Также необходимо помнить, что сексуальная дисфункция при терапии антидепрессантами является одним из основных факторов, отрицательно влияющих на достижение комплайенса и способствующих отказу от дальнейшего лечения [21]. Поэтому отмеченное свойство может рассматриваться как одна из наиболее значимых клинических характеристик Веллбутрина.

Еще одним важным достоинством данного препарата является возможность снижения веса тела в ходе лечения. Известно, что прибавка веса рассматривается как один из существенных недостатков ТАД [8], особенно актуальный при наличии у пациентов сопутствующей кардиологической патологии или обменных нарушений, когда значительное увеличение веса может способствовать развитию фатального исхода. Кроме того, снижение веса более, чем на 5% у депрессивных больных с ожирением само по

себе является терапевтическим фактором, влияющим на улучшение настроения и самочувствия у таких больных [17]. Веллбутрин при курсовом применении (до 1 года) эффективно снижал вес тела у пациентов с ожирением (в среднем на 5 кг), причем степень уменьшения веса прямо коррелировала с выраженностью ожирения [13,17]. В упомянутых исследованиях описанный эффект послужил, наряду с собственно антидепрессивным действием, одним из важных факторов достижения комплаенса у данной категории пациентов.

Сочетание мощного энергизирующего, психостимулирующего действия, отсутствие влияния на сексуальную активность и седативного эффекта, благоприятная в ряде случаев динамика веса тела позволяют рассматривать Веллбутрин как препарат первой линии у пациентов, стремящихся сохранить привычный уровень профессиональных и личных контактов и работоспособности, т.е. у наиболее активной и деятельной популяции больных депрессиями, особенно представителей руководящего звена. Но не менее целесообразно назначение Веллбутрина и при депрессиях в пожилом и старческом возрасте, где весьма часты апато-абулические формы, резкое снижение мотивации, утрата смысла жизни, а также достаточно типичны случаи рефрактерности ко многим из известных препаратов антидепрессантов и сочетание депрессии с соматической патологией. Отмеченные особенности выдвигают на первый план проблему безопасности лечения в данной возрастной категории.

При исследовании эффективности Веллбутрина в сравнении с пароксетином была выявлена их равная антидепрессивная активность у пациентов пожилого и старческого возраста [23], что позволяет рассматривать Веллбутрин как равноценную альтернативу препаратам СИОЗС в старости, избираемую в зависимости от клинической симптоматики, эффективности и переносимости лечения у конкретного больного. Иногда может оказаться целесообразной и сочетанная терапия Веллбутрином и препаратом СИОЗС. При этом важно подчеркнуть, что концентрации бупропиона и его метаболитов в плазме при старении не отличаются от таковых у лиц молодого возраста, что позволяет говорить об отсутствии возраст-зависимых изменений фармакокинетики препарата и, в связи с этим,

об отсутствии необходимости какой-либо коррекции дозы в старости.

Учитывая дофаминергическую активность препарата, можно предположить патогенетическую целесообразность приема Веллбутрина у больных паркинсонизмом с сопутствующей депрессивной симптоматикой, однако этот аспект заслуживает отдельного изучения и анализа.

Профиль побочных эффектов при терапии Веллбутрином в значительной степени определяется его стимулирующим влиянием на ЦНС и включает случаи возбуждения, инсомнии, раздражительности, агрессивности, головной боли, тремора, а также диспепсические расстройства, анорексию, избыточную потерю веса, повышение артериального давления, тахикардию, аллергические реакции. Описанные проявления как правило выражены незначительно либо умеренно и обратимы при снижении дозы или отмене лечения. Более существенную опасность представляет риск развития судорожного синдрома. В этой связи отдельного рассмотрения заслуживает дозовый режим применения Веллбутрина. Первой лекарственной формой бупропиона были стандартные таблетки по 100 мг с быстрым высвобождением активного ингредиента при применении высоких доз (450 мг в сутки), что способствовало повышению риска судорожных осложнений. Существенным прогрессом в этом отношении явилась разработка медленно высвобождаемой лекарственной формы бупропиона в виде таблеток по 150 мг (Веллбутрин).

Многочисленными исследованиями была доказана их равная эффективность и биоэквивалентность по сравнению с быстро высвобождающейся формой. При этом у многих больных начальная доза 150 мг (1 таблетка) в сутки оказывается одновременно и эффективной лечебной дозой. При необходимости доза может быть повышена до максимальной - 300 мг в сутки, которую следует разделить на 2 приема с интервалом между ними не менее 8 часов. Применение таблеток с замедленным высвобождением позволяет избежать наличия пиковых избыточных концентраций бупропиона в крови и биологических средах, что значительно снижает риск появления судорожных реакций. Равномерное поступление активного ингредиента из желудочно-кишечного тракта в кровь и

поддержание стабильных концентраций в организме являются важным достоинством таблеток с медленным высвобождением бупропиона, способствующим благодаря простоте и удобству применения достижению комплаенса в процессе лечения.

Таким образом, возвращаясь к упомянутому осложнению, следует отметить, что минимизация риска развития судорог достигается:

- 1) применением формы с медленным высвобождением активного ингредиента;
- 2) применением суточной дозы 150 мг, достаточной у значительной части больных; не превышением максимальной суточной дозы в 300 мг;
- 3) учетом факторов анамнеза;

Противопоказаниями к назначению Веллбутрина служат:

- 1) повышенная чувствительность к бупропиону;
- 2) наличие судорожного синдрома;
- 3) неврогенная булимия и анорексия (повышение риска развития судорог);
- 4) прием ингибиторов МАО;
- 5) одновременный прием другого бупропион-содержащего средства.

С осторожностью следует применять Веллбутрин при травмах головы в анамнезе, опухолях ЦНС, патологии почек и печени (необходимость уменьшения дозы).

Таким образом, суммируя все вышеизложенное, можно сформулировать следующие преимущества Веллбутрина,

выделяющие его среди современного арсенала антидепрессантов:

- 1) мощное антидепрессивное и психостимулирующее действие в сочетании с анксиолитическим эффектом;
- 2) высокая эффективность при рефрактерных формах депрессий;
- 3) минимальный риск инверсии фазы при биполярном расстройстве;
- 4) отсутствие влияния на сексуальную функцию;
- 5) отсутствие увеличения веса;
- 6) отсутствие холинолитического и кардиотоксического действия;
- 7) целесообразность применения у лиц с высоким уровнем социальной активности и профессиональной мотивации;
- 8) эффективность и безопасность в пожилом и старческом возрасте;
- 9) способность терапевтического воздействия на ангедоническую и апатико-абулическую симптоматику.

На фармацевтическом рынке Украины бупропион представлен в виде препарата Веллбутрин (таблетки с замедленным высвобождением по 150 мг N 60) производства компании ГлаксоСмитКляйн.

В завершение, необходимо отметить, что бупропион (Веллбутрин) является достаточно новым препаратом для отечественной психиатрии и поэтому заслуживает более широкого знакомства с ним и дальнейшего внедрения в клиническую практику.

Литература:

1. Бурчинский С.Г. Нейрохимические механизмы развития депрессивных состояний в старости // Таврич. Журн. Психиат. - 1999. - т.3, № 1. - С. 93-95.
2. Бурчинский С.Г. Пароксетин (Паксил): механизмы действия и клиническая эффективность - от фармакологии к фармакотерапии // Таврич. Журн. Психиат. - 2003. - т.7, № 2. - С. 35-39.
3. Липелис Г.А., Маляров С.А. К вопросу о фармакотерапии депрессий // Здоров'я України. - 2003. - № 2. - С. 8-9.
4. Марута Н.А. Современные депрессивные расстройства (клинико-психопатологические особенности, диагностика, терапия) // Укр. вісник психоневрол. // 2001. - т.9, вип.4. - С. 79-82.
5. Мосолов С.П. Клиническая фармакология антидепрессантов // Тер. архив. - 1998. - т.70, № 10. - С. 71-75.
6. Пилягина Г.Я. Депрессивные расстройства // Журн. практ. лікаря. - 2003. - № 1. - С. 40-49.
7. Ascher J.A., Cole J.O., Colin J. et al. Bupropion: a review of its mechanisms of antidepressant activity // J. Clin. Psychiat. - 1995. - v.56. - P. 395-401.
8. Berken G.H., Weinstein D.O., Stern W.C. Weight gain: a side-effect of tricyclic antidepressants // J. Affect. Disord. - 1984. - v.7. - P. 133-138.
9. Burchinsky S.G. Changes in the functional interactions of neurotransmitter systems during aging: neurochemical and clinical aspects // J. Clin. & Exp. Gerontol. - 1985. - v.7. - P. 1-31.

Связь феноменологических форм депрессивных расстройств с нарушениями определенных нейротрансмиттерных систем и использование феноменологических классификаций депрессий для выбора антидепрессанта



В.А. МАНГУБИ
Харьковский государственный
медицинский университет

Резюме. У статті розглянуто можливість застосування феноменологічних класифікацій депресій для диференційної діагностики у відповідності до запропонованого А.Б.Смулевичем та співавт. поділу депресій на позитивну та негативну афективність. З метою зменшення вірогідності розвитку фармакорезистентних форм і станів неповної або неякісної ремісії запропоновано схеми ініціального призначення АД у відповідності з ведучим клінічним синдромом. При переважанні основного синдрому з групи позитивної афективності, виправданим є призначення СІЗЗС або ТЦА (в залежності від переносимості і необхідної потужності дії на гіпотимію) з виділенням в окрему підгрупу депресій з коморбідними тривожними, фобічними і obsessivними розладами з переважним призначенням АД з високим анкіолітичним потенціалом, наприклад, Паксила, або одночасного призначення інших СІЗЗС разом з анкіолітиками або транквілізаторами. Переважання анестетичної, ангедонічної або анергічної симптоматики, що відносяться до сфери негативної афективності, потребує ініціального призначення Велбутрина.

Ключові слова: феноменологічні класифікації депресій, антидепресанти, Велбутрин.

Summary. Article reviewed possibility of using of phenomenological depression classifications for differential diagnostic in order to propose by Smulevitch et al division of depressions into positive and negative affectivity. To decreasing the risk of delivery of pharmacoresistant forms and conditions with partial and poor-quality remission, algorithm of initial prescription of AD in order to leader clinical symptom was offered. If leading symptom belongs to positive affectivity, SSRI or TCA prescription are warrantable. Predominance of anesthetic, anhedonic or anergic symptoms, belonging to negative affectivity, demands for initial Wellbutrine prescription.

Key words: phenomenological depression classifications, antidepressant, Wellbutrine.

В настоящее время, когда депрессивные расстройства по существу становятся одними из самых "популярных" и часто встречаемых психических нарушений, уступающим разве что астеническому синдрому, отмечается повышение интереса практических врачей к использованию феноменологических классификаций депрессий. Кроме того в современной психофармакологии представлен достаточно широкий ассортимент доступных антидепрессантов, и, естественно, понятно желание врачей как можно точно подобрать и получить возможность индивидуализации алгоритма лечения хотя бы в зависимости от клинической типологии депрессивного расстройства у конкретного пациента. Если проследить изменение подходов к классификации депрессий, то можно выяснить

достаточно интересную закономерность. Так, появление на рубеже XIX и XX веков первых классификаций депрессий (в России - классификация Ю.В. Каннабиха с последующими дополнениями Ф.Е. Рыбакова [1,2], см. таб.1) было продиктовано как методическими (дидактическими) потребностями, так и собственно клинической необходимостью. При ближайшем рассмотрении классификации Ю.В. Каннабиха с дополнениями Ф.Е. Рыбакова, можно видеть, что в подходе авторов заложен мощный клинический смысл, т.к. названия типов депрессий отражают, по существу, ведущий клинический синдром и в классификации представлены практически все основные клинические типы депрессивного расстройства. В определенной степени такая классификация давала возможность выбора

Таблица 1

Классификация депрессий (циклотимий, циклофрений)

Синдром	Кількість хворих					
	Вид ПЗМХ				Всього	
	посилений нагляд		звичайний нагляд			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Параноїдний	9	60,0	12	80,0	21	70,0
Галюцинаторно - параноїдний	3	20,0	0	0	3	10,0
Афективно- параноїдний	3	20,0	3	20,0	6	20,0
Разом	15	100,0	15	100,0	30	100,0

основных средств фармакологической коррекции, применяемых в начале и середине XX века: возбуждающих или седативных средств в зависимости от ведущего синдрома (Ю. Каннабих, 1912 [4]; Я. Ратнер, 1926 [3].

Удачность подобного рода классификаций, основанных на выделении основного клинического синдрома, а именно - удобство для клинициста, обусловленное реальными потребностями рутинной врачебной практики в детализации диагноза депрессии по ведущему синдрому, логичность, полнота и краткость, снискали феноменологической классификации популярность и обеспечили ей долгую жизнь. С незначительными коррективами эти классификации дошли до сегодняшних дней, например, в модификации С.Н. Мосолова с дополнением А.С. Тиганова [4,5] (приведена ниже).

Типы депрессивных расстройств по С.Н. Мосолову.

гипотимный,
астенический,
апатический,
тревожный,
маскированный,
с гетерономной (обсессивной, ипохондрической, бредовой) симптоматикой.

А.С. Тиганов (1997) дополнил дисфорическим типом.

С середины XX века, с появлением ИМАО и ТЦА принципы классификации депрессий сдвинулись сначала в область унификации (Г.Я. Авруцкий), а затем - патогенетического подхода (Г.К. Дзюб) [7]. Это, отчасти, объясняется еще и тем, что с появлением собственно антидепрессантов бытовавшее до этого положение о том, что

психостимуляторы (кофеин, стрихнин, вератрин), могут быть эффективны в случае анергических и ангедонических депрессий, а успокаивающие средства (бромид калия, опиоиды, хлорал-гидрат) - при ажитированных, психотических, тревожных депрессиях, утратило актуальность, вместе с уходом в историю классических психостимуляторов и препаратов брома.

В определенном смысле отход от подробной/детальной классификации депрессий и частое использование универсального недетализированного по преобладающему синдрому диагноза "депрессия" или "депрессивный эпизод" (F32.0-2) предопределялось наличием только три- и, несколько позднее, тетрациклических АД и ИМАО, которые обладали, по-существу, весьма сходным клиническим профилем.

Выбор АД зачастую ограничивался выраженностью седативного эффекта, наличием парентеральных форм, особенностями фармакокинетики, а также выраженностью побочных эффектов.

Редукция симптомов депрессии при терапии ТЦА осуществлялась главным образом через редукцию гипотимии как таковой, тогда как воздействие на голотимную и анестетически-апатическую симптоматику было опосредованным, зачастую - отсроченным и неполным.

Учитывая то, что симптоматика анергии, астении и сонливости является доминирующей в структуре депрессивного синдрома у значительной доли пациентов, неудивительно, что терапия ТЦА и, в дальнейшем, СИОЗС, зачастую давала недостаточно высокий процент пациентов с полным выходом из депрессии (показатель по шкале депрессии

Гамильтона менее 7, купирование свыше 90% от исходного уровня) при достаточно большой доле т.н. "респондеров" - пациентов с купированием симптоматики на 50% и более от исходного уровня. Такой "зазор", остановка положительной динамики на определенном уровне терапевтического эффекта в ряде случаев объясняются именно недостаточной эффективностью применяемых антидепрессантов в отношении анергической, анестетической, ангедонической и апатико-абулической симптоматики.

Появление атипичного антидепрессанта Велбутрина SR, являющегося селективным ингибитором обратного захвата дофамина и норадреналина, целенаправленно влияющего на ключевые для депрессивного синдрома ангедоническую и апатико-абулическую составляющие, позволило дифференцировано подходить к выбору АД, ориентируясь на ведущий клинический синдром.

Если вернуться к рассмотрению синдромологического "портрета" депрессии, то стержневыми окажутся три симптомокомплекса: гипотимический, ангедонический и апатико-анергический. Это находит свое отражение, в частности, в классификационных критериях МКБ-10, где именно эти симптомы относятся к основным. Обязательным для диагностики F32.0 - F32.1 (легкий и умеренный депрессивный эпизод) является наличие двух, а для F32.2 (тяжелый депрессивный эпизод) - трех из них [20,24]. Остальная симптоматика относится к дополнительным диагностическим критериям МКБ-10, и каждый из симптомов этой группы может не присутствовать у конкретного пациента.

В этом отношении интересно объединение симптомов депрессии в две основные группы: т.н. "позитивную и негативную аффективность" по А.Б. Смулевичу и соавт. [8]. Здесь, безусловно, усматривается явная аналогия с Крепелиновским делением на "позитивную" и "негативную" шизофрению.

Деление депрессивных расстройств по А.Б.Смулевичу на позитивную и негативную аффективность

Позитивная аффективность (голотимный, катестетический, кататимный аффект) характеризуется преобладанием признаков депрессивной гиперестезии. В картине депрессий, отнесенных к этому ряду, представлены феномены витальной тоски, патологического циркадного ритма, соматовегетативные расстройства, идеи малоценности.

Негативная аффективность (анестетический, апатический аффект, ангедония), характеризуется преобладанием признаков психической анестезии и явлений отчуждения. Клиническая картина таких депрессий определяется мучительным чувством утраты эмоционального резонанса и способности испытывать удовольствие, дефицитом побуждений и активности, сознанием умственного "оскудения".

Несмотря на некоторую нестрогость соотнесения определенной симптоматики депрессивных расстройств соответствующим нейротрансмиттерным системам, многие авторы усматривают достаточно тесную корреляцию между ними [9,10,23].

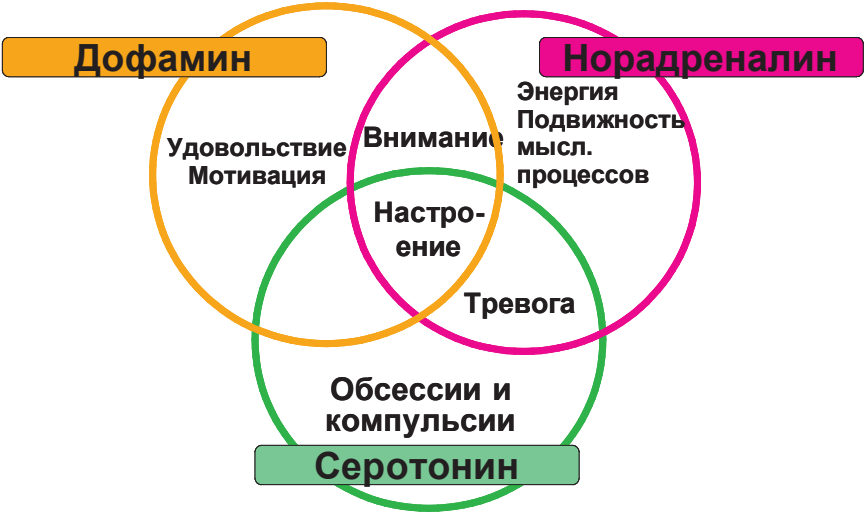


Рис. 1. Нейротрансмиттерные системы и соответствующие паттерны аффективных расстройств

Ангедоническую симптоматику связывают, главным образом, с недостаточным уровнем дофаминергических воздействий [9,10,23] (рис.1). Это, в определенной степени, подтверждается частым выявлением ангедонической симптоматики у пациентов с гиперпролактинемией (маркер Д2-блокады), а также с некоторым корригирующим действием агонистов дофамина (каберголин, бупропион) (ссылки), описанным при некоторых видах ангедонических недепрессивных расстройств.

Симптомы апатии и абулии связывают, в основном, со снижением центральных норадренергических воздействий [10,23],(рис.1). Причем следует отметить, что некоторые психостимуляторы, такие как метилфенидат, приводя к повышению уровня энергии, не улучшают способности к самоконтролю, улучшению внимания и

конструктивности мышления, коррекции собственно абулической симптоматики. Тогда как атипичный антидепрессант Велбутрин (бупропион) воздействует на все перечисленные симптомы этого кластера [11-13,22].

Наконец, обсессивную симптоматику связывают, главным образом, с дефицитом серотониновых эффектов [9,10,23],(рис.1). Этим можно объяснить, в частности, высокую эффективность при ОКР самого мощного СИОЗС Паксила.

Ряд симптомов лежит на пересечении мессенджерных эффектов: снижение уровня внимания обусловлено снижением дофаминергических и норадренергических эффектов, тревожная симптоматика - серотонергических и нораденергических [9,10,23]

Таблица 2

Соотношение симптомов депрессии и дефицитарной симптоматики при шизофрении

Симптомы шизофрении (PANSS, Kay SR, 1987)	Симптоматика депрессий (А.Б. Смулевич, Э.Б. Дубницкая, 1999) , [25]
Негативные симптомы <ol style="list-style-type: none">1. Уплотнение аффекта2. Эмоциональная отчужденность3. Оскудение контакта4. Пассивно-апатическая отстраненность5. Нарушение абстрактного мышления6. Недостаточность спонтанности/плавности речи7. Стереотипное мышление Позитивные симптомы <ol style="list-style-type: none">1. Бредовые идеи2. Нарушение мышления3. Галлюцинаторное поведение4. Возбуждение5. Идеи переоценки6. Подозрительность7. Враждебность	Негативная аффективность <ol style="list-style-type: none">1. Апатия2. Психическое отчуждение с дефицитом побуждений3. Анергия4. Ангедония5. Анестезия6. Сознание измененности собственной жизнедеятельности, глубинного неблагополучия Позитивная аффективность <ol style="list-style-type: none">1. Депрессивная гиперестезия (W. Griesenger, 1866).2. Тоска3. Идеаторное и моторное торможение со становлением содержательного комплекса депрессии4. Тревога5. Идеи самообвинения, малоценности, самоуничижения и/или ипохондрические интерпретации с тревожными опасениями за свое здоровье, не связанные с актуальным соматическим заболеванием

Определенным подтверждением схемы нейротрансмиссионных синдромов, служит схема на **рис.5**, демонстрирующая, что дефицитарная симптоматика при шизофрении и депрессии в определенной мере перекрываются. Возвращаясь к истории психиатрии, в этом можно найти косвенные подтверждения правоты одного из основоположников клинического направления в психиатрии В. Грезингера, разработавшего первую теорию психических заболеваний - теорию "единого психоза". В. Грезингер положил в основу принцип Т. Сиденгама, полагавшего, что синдром представляет собой сочетание симптомов, которые со временем меняются. По теории единого психоза заболевания протекают в виде "мании", "меланхолии" или "безумия" [14,15]. Вполне вероятно, поэтому в генезе вторично-дефицитарной симптоматики при терапии конвенционными нейролептиками и постпсихотической депрессии играет избыточная блокада D2 рецепторов и/или снижение дофаминергических эффектов. Развивающаяся вторично-дефицитарная симптоматика включает ангедонию, которая у некоторых пациентов расценивается в рамках постпсихотической депрессии.

Мишенью большинства широкоприменяемых сейчас антидепрессантов является серотониновая медиаторная система [26]. Это в полной мере относится к СИОЗС, а также - к большинству три- и тетрациклических антидепрессантов. Хотя в механизме действия ТЦА лежит неспецифическая блокада транспортеров обратного захвата моноаминов, в переносимом диапазоне доз, определяемом уровнем блокады постсинаптических рецепторов, для большинства ТЦА достигается, как правило, эффективная блокада лишь серотонинового транспортера, тогда как блокада обратного захвата норадреналина оказывается недостаточной (кроме клофранила), также не достигает клинической значимости при применении ТЦА и блокада обратного захвата дофамина.

Исходя из этого, можно было бы ожидать лучшего терапевтического эффекта от СИОЗС и ТЦА в отношении "серотониновых" депрессий, т.е. депрессий, в симптоматике

которых преобладают симптомы "позитивной аффективности" по А.Б. Смулевичу (рис.3).

И, наоборот, формы, относимые к "негативной аффективности" ведущего клинического синдрома, должны с большей вероятностью и, соответственно, в большем числе случаев, оказываться в той или иной степени фармакорезистентными к терапии конвенционными антидепрессантами. Наоборот, применение атипичного антидепрессанта Велбутрина позволяет достигать эффективности в случае фармакорезистентных к СИОЗС и даже к ТЦА депрессиях, особенно - с преобладающей симптоматикой "негативной аффективности" (по А.Б. Смулевичу).

Перечень типов депрессий, наиболее часто резистентных к фармакотерапии, приведен в работе В.С. Подкорытова Ю.Ю. Чайки [18], основанной на анализе работ [6,16,17]. Снова-таки, если учесть, что на момент проведения исследований основным применяемым классом антидепрессантов были ТЦА и флуоксетин; и не применялся Паксил, обладающий мощным анксиолитическим и антифобическим действием, понятно, что в списке форм депрессий, наиболее часто оказывающихся фармакорезистентными при терапии АД, фигурировали тревожные депрессии, относящиеся к сфере "позитивной аффективности" и, практически весь спектр депрессий, относящихся к "негативной аффективности" по ведущему клиническому синдрому.

Работы авторской группы А.Б. Смулевича и соавт. [8] свидетельствуют, что классические, конвенционные антидепрессанты эффективны в той или иной мере в отношении депрессивных расстройств с преобладанием синдромов, относящихся к сфере "позитивной аффективности", тогда как при преобладании синдромов "негативной аффективности" эффективность конвенционных АД, как правило, недостижима. Авторы [8] сочли возможным даже провести аналогию между эффективностью конвенционных нейролептиков в отношении только негативной симптоматики шизофрении, и атипичных антипсихотиков - в отношении негативной симптоматики с одной стороны и

эффективностью конвенционных АД в отношении позитивной аффективности и атипичных антидепрессантов - в отношении негативной аффективности.

В настоящее время из зарегистрированных на Украине антидепрессантов только Велбутрин является атипичным антидепрессантом, ингибирующим обратный захват норадреналина и дофамина и достаточно целенаправленно влияющим на соответствующие паттерны в симптоматике депрессивных расстройств.

Исходя из приведенных данных, следует принять, что появление возможности более селективного воздействия на те или иные синдромы в рамках депрессивных расстройств диктует необходимость более подробной диагностики с выделением основных ведущих синдромов для выбора соответствующего антидепрессанта.

Инициальное назначение СИОЗС или ТЦА (в зависимости от переносимости и необходимой мощности воздействия на гипотимию) при преобладании ведущего синдрома из группы позитивной аффективности с выбором антидепрессантов с высоким анксиолитическим потенциалом, например, Паксила, при тревожных депрессиях, или Велбутина при преобладании анестетической, ангедонической или анергической симптоматики, относящейся к сфере негативной аффективности, может значительно снизить вероятность возникновения фармакорезистентных форм и состояний неполной или некачественной ремиссии.

В самое последнее время появляются также публикации, предлагающие дополнение антидепрессивной терапии Велбутрином в случае развития фармакорезистентности при лечении СИОЗС или ТЦА взамен существовавшей практике переключения на другой антидепрессант [19]. В какой-то мере это может быть объяснено достаточно широкой распространенностью нарушений именно в регистре "негативной аффективности", ведь симптомы, относимые А.Б. Смулевичем к "негативной аффективности" - ангедония и анергия, являются двумя основными, ключевыми проявлениями депрессии, наряду с третьим основным симптомом - собственно

гипотимией - формируют ядро, триаду депрессивных симптомов, что подтверждается и классификационными признаками МКБ-10. Так, по МКБ-10, основными диагностическими критериями, присутствие 2 или всех 3 из которых строго необходимо для диагностики депрессии, являются гипотимия, анергия и ангедония [20,24].

Соответственно, выбор терапии актуализирует дифференциальную диагностику основного, ведущего синдрома в структуре собственно депрессивного или тревожно-депрессивного (тревно-фобического) расстройства, благодаря чему возрождается интерес к феноменологическим классификациям депрессий.

На сегодняшний день кажутся наиболее интересными и удобными для применения в клинической практике классификации Мосолова с дополнениями Тиганова (рис.2). При этом, использование данных классификаций для выбора терапии ни в коем случае не противоречит критериям диагностики МКБ-10 и отечественным критериям диагностики и лечения [21], а позволяют только более дифференцировано подходить к алгоритму терапии.

Выводы

Предлагаемое А.Б. Смулевичем и соавт. [8] деление депрессий в соответствии с ведущим синдромом на позитивную и негативную эффективность может помочь клиницисту в выборе эффективного антидепрессанта.

Для дифференциальной диагностики ведущего синдрома актуальными являются феноменологические классификации депрессии, приводимые в статье.

Инициальное назначение АД может определяться ведущим клиническим синдромом. При преобладании ведущего синдрома из группы позитивной аффективности, оправдано назначение СИОЗС или ТЦА (в зависимости от переносимости и необходимой мощности воздействия на гипотимию) с выделением в особую подгруппу депрессий с коморбидными тревожными, фобическими и обсессивными расстройствами с преимущественным назначением АД с высоким анксиолитическим потенциалом, например, Паксила, или

сочетанного назначения других СИОЗС с анксиолитиками или транквилизаторами.

Преобладание анестетической, ангедонической или анергической симптоматики, относящейся к сфере негативной аффективности, требует инициального назначения Велбутрина.

Применение предлагаемого алгоритма на основе феноменологической классификации депрессивных расстройств может значительно снизить вероятность возникновения фармакорезистентных форм и состояний неполной или некачественной ремиссии.

Литература:

1. Каннабих Ю.В. Циклотимия, её симптоматология и течение. - М., 1914. - 419 с.
2. Рыбаков Ф.Е. Циклофрения // Труды психиатрической клиники Императорского Московского университета. - М., 1914. - Вып. 2. - С. 1-182.
3. Ратнер Я. К клинике и терапии депрессивных состояний. Обзор психиатрии, неврологии и рефлексологии, 1926, №2.
4. Большая медицинская энциклопедия Под ред. Н.А.Семашко М., ОГИЗ РСФСР, 1936 г.
5. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. - СПб: Медицинское информационное агентство, 1995. - 568 с.
6. Тиганов А.С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики // Депрессии и коморбидные расстройства. - М.: РАМН НЦПЗ, 1997. - С. 12-26.
7. Г.К. Дзюб Классификация депрессий. <http://spsa.chat.ru/person/artic2.html>
8. А.Б. Смулевич Клинико-фармакологические эффекты антидепрессантов Психиатрия и психофармакотерапия Том 05/N 1/2003
9. Stahl S. M. Basic psychopharmacology of antidepressants. Part 1: antidepressants have seven distinct mechanisms of action // J. Clin. Psychiat. 1998. Vol. 59, No. 4. P. 5-14.
10. Foote S.L. Anatomy and physiology of brain monoamine systems. In: Judd L.L, Groves P.M (eds). Section 2: Psychobiological foundations of clinical psychiatry. In: Michels R., Cavenar J.O., Brody H.K.H et al. (eds). Psychiatry, v.3, Philadelphia, Lippincott,-- ch.44,- P.1-15
11. Gobbi G, Slater S, Boucher N et al Neurochemical and psychotropic effects of bupropion in healthy male subjects J Clin Psychopharmacol. 2003; 23; 233-239.
12. Corcoran C, Wong ML, O'Keane V. Bupropion in the management of apathy. J Psychopharmacol. 2004 Mar;18(1):133-5
13. Marin RS, Fogel BS, Hawkins J et al. Apathy: a treatable syndrome. J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 1995 Winter;7(1):23-30
14. Чайка Ю. В., Чайка Ю. Ю. История, структура и перспективы развития психопатологического метода (сообщение 1) // Український вісник психоневрології. - 2003. - Т. 11, вип. 4. - С. 5-9.
15. Гризингер В. Душевные болезни. - Пер. с нем. - СПб., 1875. - 546 с.
16. Вовин Р.Я., Аксенова Л.И., Кюне Г.Е. Проблема хронизации психозов и преодоление терапевтической резистентности (на модели депрессивных состояний) // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных. - М.: Медицина, 1989. - С. 151-181.
17. Авруцкий Г.Я., Мосолов С.Н., Шаров А.И. Сравнительная эффективность тимоаналептической терапии депрессивных и депрессивно-бредовых состояний при фазнопротекающих психозах // Социальная и клиническая психиатрия. - 1991. - № 1. - С. 84-91.
18. Подкорытов В.С., Чайка Ю.Ю. Депрессия и резистентность // Журнал психиатрии и медицинской психологии. - 2002. - № 1.
19. Lam RW, Hossie H, Solomons K, Yatham LN. Citalopram and bupropion-SR: combining versus switching in patients with treatment-resistant depression. J Clin Psychiatry. 2004 Mar;65(3):337-40
20. Самохвалов В.П., Коробов А.А., Мельников В.А. и др. Психиатрия: Учебное пособие для студентов медицинских вузов (под ред. Самохвалова В.П.) Ростов: Феникс, 2002. - 576 с.
21. Критерії діагностики і лікування психічних розладів та розладів поведінки у дорослих // Під ред. Волошина П.В., Пономаренко В.М., Напресно О.К. та ін. - Харків, 2000 - 303 с.
22. Gerald Zerniga Harriet De Witb Stefan Telsera et al Subjective Effects of Slow-Release Bupropion versus Caffeine as Determined in a Quasi-Naturalistic Setting Pharmacology 2004;70:206-215
23. Stahl S. M. Essential Psychopharmacology 1996
24. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия: Новое руководство, основанное на Международной Классификации психических болезней 10 пересмотра (МКБ-10), для подготовки врачей к получению сертификата по психиатрии СПб: Речь 402 с
25. Смулевич А.Б. Психопатология и клиника депрессий, развивающихся при шизофрении. <http://www.klinik-agnosis.com/depresssch.htm>
26. Марута Н.А. (Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины) "Депрессивные расстройства у женщин". Доклад на V украинская научно-практическая конференция "Шевалевские чтения".
27. Гавенко В.Л. Предболезненные психические изменения и расстройства у молодых лиц // Журнал "Социальная и клиническая психиатрия" - 1997 - т. 2., вып.1. - С. 70-75

Судебно-актуальні аспекти профілактики суспільної небезпеки та примусового лікування психічно хворих з органічним ураженням головного мозку

О.П. ОЛІЙНИК

Український НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології



Резюме. В статье анализируются проблемы, с которыми сталкиваются судебные психиатры в процессе выявления агрессивных тенденций у психически больных с органической патологией головного мозга. Обсуждаются трудности проведения принудительного лечения такому контингенту больных. Приводятся основные аспекты, на которые следует обращать внимание при решении задач профилактики общественно опасных действий больных с психическими расстройствами органического генеза.

Ключевые слова: психически больные с органическим поражением головного мозга, общественно опасные действия, принудительное лечение, актуальные проблемы.

Summary. In article are analyzed problems with which judicial psychiatrists run in the process of exposure aggressive tendencies at mentally patients with an organic pathology of a brain. Difficulties of carrying out of a compulsory treatment to such contingent of patients are discussed. The basic aspects to which it is necessary to pay attention at the decision of problems of prophylaxis of socially dangerous actions of such patients are resulted.

Key words: mentally sick with the organic defeat of cerebrum, publicly dangerous effects, forced medical treatment, the issue of the day.

Згідно з сучасними науковими публікаціями та дослідженнями, що проводяться в останні роки як у нашій країні, так і за кордоном, спостерігається стрімкий зріст суспільно небезпечних дій, які здійснюють психічно хворі з органічною патологією головного мозку. При цьому, особливе занепокоєння викликає структура правопорушень, що здійснюються даним контингентом хворих, серед яких переважають тяжкі суспільно небезпечні дії, спрямовані проти життя та здоров'я особистості (вбивства, погрози вбивством, спричинення тілесних ушкоджень, тортури) [1-4]. Така негативна тенденція може бути пов'язана з багатьма причинами, у тому числі, з соціальною нестабільністю та незахищеністю громадян, зростанням агресії у суспільстві в цілому, що не може не відбиватися на характері протиправних дій психічно хворих.

Криміногенність хворих з психічними порушеннями органічного генезу не викликає сумнівів. В той же час, на думку багатьох вчених, наявність супутньої органічної патології (черепно-мозкові травми, рання резидуальна патологія мозку та інше) здатна суттєво збільшити ризик скоєння суспільно небезпечних дій [1,5-6].

Все це вимагає більш детального

вивчення природи агресивності та агресії у хворих з органічним ураженням головного мозку з можливістю подальшої розробки та удосконалення профілактичних заходів.

Попередження агресивних проявів, які призводять до суспільно небезпечних дій осіб з психічними розладами, лишаються актуальною проблемою судової та загальної психіатрії. Доведено, що для об'рунтування заходів попередження агресивної поведінки психічно хворих необхідний аналіз як психопатологічних, психологічних, мотиваційних сторін поведінки суб'єкта, так і оцінка ролі макро- та мікросоціальних чинників, які впливають на його суспільно небезпечні дії [1]. Агресивна поведінка взагалі притаманна як психічно здоровим, так і психічно хворим, але в останньому випадку суттєвий вплив на формування агресивної поведінки та реалізації агресії здійснюють психопатологічні прояви, зокрема актуальний психопатологічний синдром. Серед клінічних проявів найбільш криміногенними вважаються синдроми порушення свідомості з повною дезорганізацією поведінки при збереженні моторних функцій - сутінкові розлади свідомості; хронічні та гострі галюцинаторно-параноїдні, афективні, параноїяльні та психопатоподібні прояви, різні форми

маячення, спрямованого на конкретних осіб, що супроводжуються афективною напругою, особливо під час загострення і трансформації синдромів [1,7-8]. Всі ці синдроми, певною мірою, можуть бути проявом органічного ураження головного мозку. Саме тому, зокрема у системі заходів первинної профілактики суспільно небезпечних дій, їм потрібно приділяти особливу увагу, своєчасно діагностувати, адекватно оцінювати ступінь суспільної небезпеки та призначати раціональне лікування, спрямоване на швидку редукцію небезпечної психопатологічної симптоматики. Разом з тим, оцінка небезпечності синдрому сама по собі не є однозначною, потрібно враховувати, що в реалізації агресії важливу роль відіграють преморбідні особистісні орієнтації хворого та об'єктивно існуюча психотравмуюча або патологічно інтерпретована (особливо при маяченні) ситуація.

Велику роль у об'єктивізації психічних порушень органічного генезу відіграють допоміжні методи обстеження. Це дає змогу широко використовувати методи функціональної діагностики у хворих з органічним ураженням головного мозку для виявлення специфічних ознак нейрофізіологічної регуляції поведінки у осіб, схильних до агресії. На сучасному етапі психіатричної науки вже відомо, що феномен агресивності, в значній мірі, пов'язаний з функціональним станом універсальних модуляторних систем головного мозку, насамперед, з моноаміновими. Доведено, що у осіб, які скоїли агресивні дії можна виділити специфічний патерн реагування на експериментальну фрустрацію, що виявляється у збільшенні середньої частоти альфа і тета-діапазону (на відміну від здорових осіб, коли збільшується бета-діапазон). А також у даного контингенту хворих переважає "емоційний" тип реагування на фрустрацію та звуження диференційованості регуляторних механізмів (на відміну від "інтелектуального" типу реагування та можливістю використання адекватних механізмів регуляції поведінки у здорових осіб) [9]. Також за допомогою електроенцефалографічних досліджень вивчено ознаки диспозиції до сексуальної гомоцидної поведінки у осіб з органічним ураженням головного мозку. Так, у хворих з несадиристичними формами парафілії

(педофілія, ексгібіціонізм) ЕЕГ зміни пов'язані з лівопівкульною дисфункцією мозку, яка супроводжується зниженням активації у лобно-висковій зоні, а у осіб з садизмом ЕЕГ-патерн вказує на збільшення активації у правій півкулі мозку. Загалом у осіб з сексуальними правопорушеннями диспозиція до гомоцидної поведінки обумовлена недостатністю емоціогенних систем мозку та збільшенням рівня активації моторних систем на тлі зниження функціонального стану лівої лобної кори та її контролюючої функції [10]. Існують клініко-нейрофізіологічні критерії судово-психіатричної оцінки осіб з наслідками черепно-мозкових травм, для отримання яких в нагоді теж став електроенцефалографічний метод. Виходячи з того, що збереженість основних критеріїв альфа-ритму характеризує стабільність роботи ретикуло-таламо-кортикальної системи, а її порушення призводять до появи на ЕЕГ повільнохвильової активності, було виділено декілька типів порушень фонові ЕЕГ в залежності від ступеня важкості отриманих черепно-мозкових травм та клінічних проявів хвороби. Пацієнтам, які отримали черепно-мозкові травми легкого або середнього ступеня важкості, були притаманні зміни тільки альфа-ритму, що відбивалися у зменшенні його індексу, міцності, порушенні топографічного розподілу та переважанні низькохвильового діапазону. Клінічно у такого контингенту домінували особистісні розлади, афективні порушення, малодиференційований психоорганічний синдром, не часто зустрічалися когнітивні розлади, а церебрастенічні, пароксизмальні розлади та синдроми порушення свідомості спостерігалися вкрай рідко. У осіб які отримали черепно-мозкові травми середньої важкості та важкі ЕЕГ характеризувалася глибоким порушенням альфа-ритму навіть до повної його відсутності або одиничними коливаннями альфа-хвильового діапазону та повільнохвильовими коливаннями тета-діапазону з незначною кількістю білатерально-синхронних коливань. Клінічно у таких пацієнтів слід було очікувати переважно психоорганічні, когнітивні та особистісні розлади; рідше афективні порушення та церебрастенічний синдром. Для хворих, які отримали тяжкі черепно-мозкові травми з глибоким ступенем ураження головного мозку ЕЕГ тип характеризувався домінуванням

повільнохвильової активності тета- та дельта-діапазону. До того ж тета-коливання мали прояв у вигляді білатерально-синхронних коливань високої амплітуди. Цікаво, що саме у цій групі не вдалося простежити зв'язок між типом ЕЕГ та синдромальною структурою хвороби [11].

Психовегетативні характеристики осіб з церебрально-органічними захворюваннями, які здатні до агресивних проявів, теж мають певні особливості. Для таких хворих характерним є виразна вегетативна дистонія, переважання ерготропної симпатикотонічної активації вегетативної регуляції над трофотропно-ваготонічною та домінування змішаного типу регуляції вегетативного тону з симпатичною спрямованістю над парасимпатичною. Все це свідчить про дестабілізацію церебральних механізмів регуляції вегетативного тону тісно пов'язаного з психічною сферою, що в судовій психіатрії може використовуватись як один з допоміжних методів функціональної діагностики [12].

Звісно, що лише за допомогою методів функціональної діагностики неможливо передбачити та запобігти скоєнню протиправних дій психічно хворих. Проте, комплексний аналіз клінічних проявів хвороби із зіставленням його з результатами допоміжних методів обстеження, оцінкою соціального статусу, умов помешкання та особистісних орієнтацій хворого дозволяє своєчасно виявити агресивні нахили та запобігти реалізації суспільно небезпечних дій особами з органічним ураженням головного мозку.

Не останню роль у системі профілактичних заходів щодо попередження суспільно небезпечних дій психічно хворих займає примусове лікування. Майже всі науковці, пов'язані з судовою психіатрією, вважають, що примусові заходи медичного характеру є основною ланкою у системі заходів вторинної профілактики суспільно небезпечних дій психічно хворих. Саме від ефективності примусового лікування залежатиме ступінь зменшення суспільної небезпеки хворих, які здійснили протиправні діяння. Але незважаючи на високу криміногенність хворих з психічними порушеннями органічного генезу, на сьогодні актуальними та не розробленими лишаються принципи організації та проведення примусового лікування такому контингенту

осіб. Примусове лікування хворих з органічною патологією вимагає до себе особливої уваги ще й тому, що саме при цій нозології у реалізації суспільно небезпечних дій частіше беруть участь негативно-особистісні механізми. Тобто, на час здійснення суспільно небезпечних дій у хворих відсутня виражена психопродуктивна симптоматика, а домінують психопатоподібні розлади з експлозивністю, збудливістю, нетриманням афекту, зниженням критики, зневагою до соціальних норм і правил; когнітивні порушення або слабоумство різних ступенів вираженості [13,14]. Як відомо, лікування хворих саме з такою симптоматикою найчастіше супроводжується труднощами, пов'язаними з стійкістю психічних розладів, з недооцінкою психічного стану через недоступність або замкненість пацієнта, резистентністю до психофармакотерапії, і через це - тривалою стійкістю суспільної небезпеки [15]. Все вищевикладене, в свою чергу, призводить до необхідності тривалого перебування хворих з психічними порушеннями органічного генезу на примусовому лікуванні, вимагає розробки індивідуалізованих програм лікувально-реабілітаційних заходів у кожному конкретному випадку з урахуванням клінічних, особистісних та соціальних факторів, які брали участь у скоєнні суспільно небезпечних дій. Звісно, що окрім медикаментозної терапії, хворі з органічним ураженням головного мозку, потребують психокорекційної роботи з психологами та психотерапевтами. Зокрема, це стосується пацієнтів, які здатні до агресії саме через домінування несприятливого особистісного чинника. На діагностичному етапі психологу дуже важливо оцінити ресурси особистості, на які можна впливати, та спланувати обсяг психокорекційної роботи, яка повинна проводитись протягом всього часу перебування хворого на примусовому лікуванні [16].

Не повинні залишатися поза увагою лікарів соціальні характеристики та потреби хворого. Соціальне середовище, зокрема у хворих з органічною патологією, завжди впливає на реалізацію суспільно небезпечних дій [13,14,17,18]. Виключенням стають випадки, коли хворі здійснюють делікти лише через клінічні фактори, наприклад, при сутінкових розладах свідомості. Звісно, що тільки лікарі-психіатри не в змозі самостійно вирішити всі

соціальні проблеми пацієнтів, які перебувають на примусовому лікуванні. Але за потребою необхідно своєчасно встановити групу інвалідності і таким чином забезпечити хворого хоча і невеликою, але сталою матеріальною підтримкою. Якщо хворий працював до моменту застосування до нього запобіжних заходів, слід підтримувати його працездатність під час примусового лікування, направляти у трудові майстерні, рекомендувати варіанти щадного працевлаштування після припинення примусових заходів медичного характеру, які б максимально задовольняли можливості та потреби хворого, не провокуючи загострення хвороби. Інші, більш складні соціальні проблеми, такі як вирішення житлових питань (розширення житлової площі, можливості розселення, забезпечення хворого хоча б якимось житлом при його відсутності), а також питання, пов'язані з доглядом за хворими при втраті навичок самообслуговування та при відсутності родичів, не входять до компетенції лікарів-психіатрів, а потребують вирішення за допомогою соціальних служб та за підтримкою держави. На жаль, на сьогодні психічно хворі не мають можливості отримати належну допомогу через нерозвиненість державних соціальних служб для такого контингенту хворих.

Окремим, актуальним питанням є відсутність психоневрологічних будинків-інтернатів або гуртожитків для хворих з агресивними нахилами. Наразі, після припинення примусових заходів медичного характеру, хворі, які не мають або втратили під час примусового лікування житло, лишаться на вулиці, без належного догляду та допомоги. Більшість з них знову опиняється на роздоріжжі, вони під впливом несприятливих мікро- та макросоціальних чинників здатні скоювати повторні правопорушення.

Іншим актуальним аспектом для хворих з психічними порушеннями органічного генезу є терміни застосування примусових заходів медичного характеру, принципи їх зміни та припинення. Примусові заходи медичного характеру потрібно застосовувати за канонами необхідності та достатності. Вид примусових заходів, що призначає суд повинен залежати від характеру та тяжкості скоєного делікту і з урахуванням судово-психіатричного аналізу генезу суспільно небезпечних дій, тобто з урахуванням клінічних, соціальних та

особистісних факторів, які брали участь у формуванні та реалізації деліквентної поведінки психічно хворого. Тривалість примусового лікування не має якихось певних термінів і згідно із законом не повинна встановлюватись судом. Вона повинно бути достатнім, щоб усунути суспільну небезпеку хворого і може тривати від декількох місяців до декількох років [19-21].

На даний час у галузі судової психіатрії не розробленими лишаються критерії зміни або припинення примусових заходів медичного характеру щодо хворих з органічною нозологією, які скоїли суспільно небезпечні діяння. Тобто, немає чітких стандартів та рекомендацій, спираючись на які, можна сказати, що ліквідовані усі фактори ризику скоєння суспільно небезпечних дій і хворий не являє собою загрози для суспільства, тому застосування щодо нього примусового лікування у психіатричному стаціонарі з певним видом нагляду може бути припинено. Через відсутність таких чітко регламентованих критеріїв лікарям-психіатрам у своїй практичній діяльності буває дуже важко визначити момент своєчасного припинення примусового лікування, щоб з перестороги не затягувати перебування хворого у лікарні, бо це, з одного боку, тягне небажані економічні витрати з боку держави, а з іншого - сприяє розвитку явища госпіталізму та порушує соціально-адаптаційні механізми життя хворого у суспільстві.

Загалом, на сьогодні, при об'рунтуванні питань щодо зміни або припинення примусових заходів медичного характеру хворим з органічним ураженням головного мозку, лікарям слід орієнтуватися на певні зміни психічного стану хворих. У процесі примусового лікування психічний стан повинен або суттєво покращитись (усунено активність патологічного процесу, досягнуто значної редукції психопродуктивної симптоматики, компенсовано психопатоподібні прояви та емоційно-вольовий дефект, нормалізовані поведінкові розлади, покращені когнітивні функції); або поглибитись до ступеню глибокого недоумства, коли суспільна небезпека теж зменшується. Тривалість поліпшення психічного стану повинна становити від 6 місяців до 1 року при мінімальних дозах підтримуючої медикаментозної терапії, яка до того ж повинна бути доступною для хворого і після виписки із стаціонару. Крім того, слід

звертати увагу на участь хворого у реабілітаційних програмах, поведінку у відділенні, ставлення до скоєного делікту, наявність планів на майбутнє, ставлення до наркотичних речовин. Звичайно ж, за можливістю повинні бути усунені соціально-побутові негаразди життя хворого [14,22-24].

Незважаючи на всі зусилля судових психіатрів, саме у перші 1,5 - 2 роки після виписки із психіатричної лікарні спостерігається найбільша повторюваність суспільно небезпечних дій. Аналіз повторних СНД доводить, що найчастішими причинами неефективності засобів профілактики стає несвоєчасне припинення примусових заходів медичного характеру внаслідок нерозпізнаної дисимуляції, недооцінки психічного стану на момент виписки, нестійкості терапевтичної ремісії, а також внаслідок відсутності співдружності у роботі стаціонарів та диспансерів [17,23,24]. У Карному законодавстві України існує такий вид примусових заходів медичного характеру як амбулаторна психіатрична допомога у примусовому порядку. Але призначається цей вид примусового лікування вкрай рідко (стосовно хворих з органічними розладами - взагалі в поодиноких випадках), через відсутність критеріїв його призначення, проведення та відміни. Призначення амбулаторного примусового лікування хворим з органічним ураженням головного мозку, які скоїли суспільно небезпечні дії має підвищити якість і повноту надання їм психіатричної допомоги та суттєво знизить ризик споєння ними повторних правопорушень. Це набуває

особливої актуальності, якщо враховувати соціальні характеристики родичів пацієнтів, що перебувають на примусовому лікуванні, та у оточуючих, до яких мають бути виписані хворі. Здебільшого вони належать до малозабезпечених верств населення, мають низький рівень інформованості про хворобу своїх близьких, а часом і зовсім заперечують цей факт. Все це свідчить про неспроможність їх самостійно надати необхідну підтримку своїм близьким (хворим) як під час примусового лікування, так і після виписки, і вкотре підтверджує необхідність призначення амбулаторного примусового лікування такому контингенту осіб, не тільки з метою профілактики нових правопорушень, а і як фактор соціальної адаптації після тривалого перебування у стаціонарі [25-29].

Все вищевикладене свідчить, що на сьогодні судова психіатрія стикається з багатьма проблемами і найактуальнішою з них є профілактика суспільно небезпечних дій психічно хворих. Зокрема це стосується хворих з психічними порушеннями органічного генезу, серед яких спостерігається негативна динаміка збільшення кількості правопорушень за рахунок тяжких злочинів, спрямованих проти життя та здоров'я особистості. Існує багато невирішених питань стосовно засобів попередження і запобігання агресивних проявів та принципів примусового лікування психічно хворих з органічним ураженням головного мозку. Це потребує нагальних наукових досліджень у цій галузі та впровадження їх результатів у практичну діяльність.

Література:

1. Дмитриева Т.Б., Антонян Ю.М., Горинов В.В., Шостакович Б.В. Психопатологические и криминалогические аспекты агрессивного поведения лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. - 1999. - № 4. - С. 4-10.
2. Положая З.Б. Сравнительная клинко-эпидемиологическая характеристика психически больных, совершивших общественно опасные действия в разные социальные периоды // Российский психиатрический журнал. - 2000. - № 1. - С. 22-26.
3. Мохонько А.Р "Состояние и основные тенденции развития психиатрической экспертной службы в Российской Федерации"//Архів психіатрії-2002-№1(28). С. 46-50.
4. Лазько Н.В., Морозова М.В., Савина О.Ф. Принципы реабилитации и дифференцированной терапии больных с пароксизмальными психическими расстройствами на различных этапах принудительного лечения // Российский психиатрический журнал. - 1999. - № 5. - С. 42-48.
5. Гордова Т.Н. Отдаленный период закрытой черепно-мозговой травмы в судебно-психиатрическом аспекте. - Москва: "Медицина", 1973. - 176 с.
6. Кудрявцев И.А. Реактивные психозы у лиц с последствиями черепно-мозговой травмы. - Киев: "Здоровье", 1988. - 240 с.
7. Дмитриев А.С., Лазько Н.В. Особенности клиники пароксизмальных психических расстройств и принципы их терапии на различных этапах принудительного лечения // Российский психиатрический журнал. - 1999. - № 2. - С. 44-51.

8. Мальцева М.М., Котов В.П. Типология психически больных в аспекте осуществления дифференцированного принудительного лечения // Российский психиатрический журнал. - 1999. - № 4. - С. 50-54.
9. Мямлин В.В., Брус А.В., Журавлев А.Б. Некоторые особенности нейрофизиологической регуляции поведения лиц с органическим поражением головного мозга, совершивших агрессивные противоправные действия // Российский психиатрический журнал. - 1999. - № 1. - С. 13-17.
10. Киренская-Берус А.В., Ткаченко А.А., Журавлев А.Б., Радченко Н.А. ЭЭГ-исследование predispositions к гомоцидному поведению у лиц с органическим поражением головного мозга // Российский психиатрический журнал. - 2000. - № 4. - С. 31-36.
11. Ражба Ю.Л., Вандыш В.В. Клинико-нейрофизиологические критерии судебно-психиатрической оценки лиц с последствиями черепно-мозговых травм // Российский психиатрический журнал. - 1999. - № 6. - С. 24-27.
12. Табаева Д.М., Анисимова Т.Н., Максимова Н.В. К психоvegetативной характеристике лиц с церебрально-органическими заболеваниями, совершивших агрессивные действия // Материалы международной конференции психиатров. 16-18 февраля 1998 г. Москва, - М.: РЦ "Фармединфо"1998. - С.176-177.
13. Мальцева М.М., Котов В.П. Опасные действия психически больных. Психопатологические механизмы и профилактика. - М: Медицина, 1995. - 225 с.
14. Спіріна І.Д., Серебритьська О.В., Леонов С.Ф., Сорокопуд І.М., Пушкаш І.О. Обґрунтованість зміни примусового лікування психічно хворих, що вчинили суспільно небезпечні діяння // Архів психіатрії. - 2001. - №4(27). -С.242.
15. Титиевский С.В., Сергеева Г.Е., Найдено С.И. Общественная опасность психически больных: анализ данных принудительного лечения // Архів психіатрії. - 2001. - №1 (27). - С. 63-66.
16. Мельник В.И., Мельник А.В. Принудительные меры медицинского характера в системе социальной реабилитации психически больных, совершивших общественно опасные действия // Психічне здоров'я. - 2003. - №1(1). - С. 66-69.
17. Спирина И.Д., Серебритьская О.В., Краловецкий С.В., Рублев А.С., Кушнир А.И., Буткевич И.М. О некоторых факторах, способствующих ООД психически больных // Вісник психічного здоров'я. - 2001. - № 1-2. - С. 37-40.
18. Хамитов Р.Р. Клинико-социальные, демографические и судебно-психиатрические характеристики психически больных, проходящих принудительное лечение в психиатрической больнице специализированного типа с интенсивным наблюдением // Архів психіатрії. - 2002. - №3 (30). - С. 51-55.
19. Мельник В.И. Метод судебно-психиатрического анализа генеза криминальных действий в судебной психиатрии // Таврический журнал психиатрии. - Т. 6. - № 1 (18). - С. 49-51.
20. Науково-практичний коментар до Кримінального кодексу України / За заг. ред. Ген. Прокур. України Потебенька М.О., рект. Ін-ту Ген. Прокур. України Гончаренка В.Г. - Загальна частина. - Київ: Форум, 2001. - 39 с.
21. Уголовно-процессуальный кодекс Украины. Научно-практический комментарий / Под общ. ред. Председателя Верх. Суда Украины В.Т. Маляренко, проф., докт. юр. наук Ю.П. Аленина. - Харьков: Одиссей, - 2003. - 958 с.
22. Дмитриев А.С., Кудрявцев И.А., Лазыко Н.В., Завидовская Г.И., Савина О.Ф., Морозова М.В. Принципы проведения принудительного лечения больным с различными формами психопатологии, совершивших ООД // Материалы международной конференции психиатров. 16-18 февраля 1998 г. Москва, - М.: РЦ "Фармединфо"1998. - С.130-131.
23. Мельник В.І. Питання припинення і зміни примусових заходів медичного характеру в психіатричній лікарні з суворим наглядом хворим з психічними порушеннями органічного генезу, при епілепсії і олігофренії // Галицький лікарський вісник. - 2003. - Т. 10, №3. - С. 54-57.
24. Спирина И.Д., Кушнир А.Н., Серебритьская О.В., Рублев А.С., Буткевич К.М. Клинические аспекты отмены принудительного лечения в психиатрической больнице с интенсивным наблюдением // Вісник психічного здоров'я. - 2001. - №1-2. - С. 67-69.
25. Кушнир А.Н., Рублев А.С., Филиппов В.М., Чинник Л.А. Некоторые особенности социальных характеристик родственников больных, находящихся на принудительном лечении // Архів психіатрії. - 2003. - Т. 9. - № 1 (33). - С. 66-67.
26. Лісовенко В.Л. Проблеми організації примусового амбулаторного лікування // Архів психіатрії. - 2002. - № 3 (30). - С. 45-47.
27. Насинник О.А. Амбулаторная психиатрическая помощь в принудительном порядке // Вісник асоціації психіатрів України. - 2002. - № 1-2. - С. 122-140.
28. Хамитов Р.Р. Социальные характеристики и качество жизни психически больных, находящихся на принудительном лечении в условиях интенсивного наблюдения // Архів психіатрії. - 2002. - №4 (31). - С. 33-36.
29. Richard L. O'Reilly Эффективно ли амбулаторное недобровольное лечение? // Обзор современной психиатрии. - 2002. - № 2(14). - С. 83-86.

Mental health care development In Ukraine. Local experience

V.G. SHUMLIANSKY

Zhitomir Psychiatric Hospital No 1



Резюме. Виступ, що публікується, був представлений на XVIII Грецькому Конгресі з психіатрії, який проходив на острові Кос, де Гіппократ створив прославлену школу медицини та етики. Головною темою Конгресу була історія психіатрії. Розглядалися й інші теми розвитку психіатрії, прогресивні напрямки в діагностиці і лікуванні психіатричних розладів.

Більше сорока запрошених іноземних учасників представили свої матеріали, в тому числі і "Розвиток психіатричної допомоги в Україні. Локальний досвід", в якому відображено процеси, що відбуваються в психіатричній службі України на прикладі одного з регіонів (Житомирської області).

Ми розпочали зі зміцнення і розвитку позалікарняних структур психіатричної допомоги, що дозволили поступово скорочувати потребу в стаціонарній допомозі і скоротити за 8 років кількість ліжок з 12,5 до 7,5 на 10 тис. населення, при цьому якісні показники надання як служби в цілому, так і стаціонарної допомоги значно покращились. Відтак ми перетворили реформовану базу в об'єднання профільних центрів.

Подальший розвиток цих амбулаторно-стаціонарних об'єднань призведе до якісно нової моделі надання психіатричної допомоги.

Резюме. Публикуемое выступление было представлено на XVIII Греческом Конгрессе по психиатрии, проходившем на острове Кос, где Гиппократ создал прославленную школу медицины и этики. Главной темой Конгресса была история психиатрии. Рассматривались и другие темы развития психиатрии, прогрессивные направления в диагностике и лечении психиатрических расстройств.

Более сорока приглашенных иностранных участников представили свои материалы, в том числе и "Развитие психиатрической помощи в Украине. Локальный опыт", в котором отражены процессы, происходящие в психиатрической службе Украины на примере одного из регионов (Житомирской области).

Мы начали с укрепления и развития внебольничных структур психиатрической помощи, что позволило постепенно сокращать потребность в стационарной помощи и сократить за 8 лет количество коек с 12,5 до 7,5 на 10 тыс. населения, при этом качественные показатели оказания как службы в целом, так и стационарной помощи значительно улучшились. Затем мы преобразовали реформированную базу в объединение профильных центров.

Дальнейшее развитие этих амбулаторно-стационарных объединений приведет к качественно новой модели оказания психиатрической помощи.

Key words: psychiatric hospital reorganized, centres, out-patient and in-patient units.

On August 1991 Ukraine declared itself an independent state, taking its rightful place among the countries of the world.

Despite the multitude of problems affecting this newly-independent country, Ukraine is the most stable and peaceful state of all the former republics of the USSR.

Ukrainians have lived on the territory of present-day Ukraine for millennia. The roots of the Ukrainian nation are found in Trypillian culture that evolved in the Middle Dnipro region in the third millennium B.C., the heritage of the Scythian tribes, and Chemyakhiv culture. More than 1100 years ago Kievan Rus' - Ukraine, a powerful European medieval monarchy, was established on Ukrainian territory.

The successor to the Kievan Rus' Ukraine state was the Galician-Volynian Principality, which was founded by Danilo Halitsky and existed from the 13th to the 15th century.

After a lengthy period of struggle for its independence from Lithuania and Poland, Ukraine reappeared on the political map of Europe with the emergence of the military organization of the Zaporozhyan Kozak Sich, whose armies, led by Hetman Bohdan Khmelnytsky, waged the national-liberation wars of 1648-1654.

However, this brief period of Ukrainian sovereignty was followed by centuries of colonial oppression under the Russian Empire and Poland. After the disintegration of the Polish state in 1772 its Ukrainian lands came under Austrian rule.

As a result of the February and October revolutions of 1917 the Russian monarchy fell and the Empire disintegrated.

1918-1990 Ukraine was one of the republics of the USSR. On August 24, 1991 the Supreme Rada (parliament) proclaimed the act of independence of Ukraine.

In the Soviet period in Ukraine there existed

an out-dated but comparatively comprehensive system of psychiatric care. An overview of social, economic, epidemiological, and political factors currently influencing mental health care development in Ukraine will be presented.

There is evidence in Ukraine of a growing discrepancy between the mental care needs and the existing health care system.

In the Soviet Union the solutions used to come from Moscow.

Only Soviet manuals had been used. It was characterized by widened diagnostics of schizophrenia and prevalence of biological therapy. Hence being registered at the psychiatric service or being admitted to the psychiatric hospital could imply punishment. In-patient treatment was prevailing. Registration with the psychiatric service was used as a form of control over behavior of people and reduced their human rights.

In 1992-1993 when Ukrainian Psychiatric Association had been established, we began translate and edit the literature on psychiatric issues and distributes them free of charge all over the country. In 1994 there was established a journal of Association highlighting the important issues in national and international science and practice of psychiatry. Later there was established "Review of contemporary (modern) Psychiatry" and other issues.

The activity of in-patient units has been reorganized in many hospitals. We have cut 30% beds for last 10 years. The roles of psychologists, socio-therapists and nurses become more important. There were established patient's councils and societies of relatives and users.

The process of reorganization of Zhitomir psychiatric hospital is the example of the development in the psychiatric system:

We started in 1992 from describing the conditions when the psychiatrists working in out-patients units should make decision about treatment and social adaptation of their patients. If in-patient treatment is recommended the patient is not just admitted to the hospital but is prescribed a definite treatment.

The activity of in-patient units has been reorganized. Thus in Zhitomir region we have cut 740 beds out of 1860 for 8 years, i.e. we have reduced the number of beds from 12.5 to 7.5 per 10.000 of population. Despite these cuts hospital treatment is accessible to all those who really need it and the psychiatric services became more efficient.

Both in out-patient and in-patient units apart from medicinal treatment we practice psychotherapy and sociotherapy, we also started training social workers.

Gradually the roles of psychologists, socio-therapists and nurses become more important, the responsibilities of some staff members receive clearer definition.

In the hospitals there were established patient's councils, in Zhitomir there were founded societies of relatives "Podderzhka" and self-supporting groups of chronic psychotic patients.

As the next stage we had go on with development of out-patient models of treatment complemented with psychological correction and social work.

Therefore we organized in the hospital the Centers to provide a whole range of services including counseling of psychiatrists, psychologists and social workers, out-patient therapy, day department and in-patient treatment with specific conditions which they need.

These Centers are:

" For the patients with acute psychotic and behavior deceases;

" For patients with long-term illnesses needed in rehabilitation measures first of all (with residential in the community);

" For the neurotic and psychotic forms with compliance for treatment;

" For the children and adolescents.

In the Ukraine medical practitioners and other health workers in the primary care are not sufficiently trained to diagnose mental illnesses and prescribe basic psychotropic medications to their patients. The availability of psychiatric help and medications at this level is almost inexistent.

So we increase and improve training of mental health professionals, who will provide specialized care as well as support the primary health care programs since it lacks an adequate number of such specialists to staff mental health services.

Due to certain problems including financial ones the reformation is facing lots of difficulties. The population is still negative about psychiatry. People are not tolerant to their compatriots with mental problems.

The real problem is actually not in the ways mental health services are developing, but in the technologies of their implementation in specific circumstances with adequate support on political, administrative and professional levels.

References:

1. Gurovich Ya., Storozhakova Ya.A. Community Psychiatry (community-oriented psychiatry care) Social and Clinical Psychiatry 1'2003.
2. Napreyenko A.K., Lutchmun N., Martsenkovsky I.A. Depression in the outpatient medically ill elderly Archives of Psychiatry 2(29)'2002.
3. Graham Thornicroft, Michele Tansella. Balancing community-based and hospital-based mental health care. World Psychiatry, volume 1, number 2, june 2002.
4. Don R.Lipsitt. Psychiatry and the general hospital in an age of uncertainty. World Psychiatry, volume 2, number 2, june 2003.

ХРОНІКА, ЮВІЛЕЇ, ІНФОРМАЦІЯ

УДК 616.89(092)

ПРОФЕССОР НИКОЛАЙ ВАСИЛЬЕВИЧ КРАИНСКИЙ - ИЗВЕСТНЫЙ ПРЕДСТАВИТЕЛЬ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ (К 135-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)



П.Т. ПЕТРЮК

Харьковская медицинская академия
последипломного образования, Харьковская
городская клиническая психиатрическая больница
№15 (Сабурова дача)

Резюме. На основі джерел спеціальної літератури наведено нові біографічні дані і спогади сучасників про професора М.В. Країнського - видатного вітчизняного психіатра, представника української психіатричної школи, який був дуже обізнаний у клінічній психіатрії, психології, нейрогістології, біохімії мозку, електрофізіології, біофізики, математики та в питаннях організації психіатричної допомоги.

Ключові слова: біографічні дані, спогади сучасників, науковий здобуток.

Summary. On the grounds of special literary sources new biographical data and contemporaries' memoirs about professor M.V. Kraynskiy are presented. Professor

M.V. Kraynskiy was an outstanding domestic psychiatrist, representative of Ukrainian psychiatric school, who had the great knowledge in the fields of clinical psychiatry, psychology, neurohistology, cerebral biochemistry, biophysics, mathematics and mental health service organization.

Key words: biographical data, contemporaries' memories, scientific achievements.

Николай Васильевич Краинский (1869-1951) является крупным отечественным психиатром, представителем украинской психиатрической школы, разносторонне эрудированным специалистом, имеющим большие познания в областях клинической психиатрии, психологии, нейрогистологии, биохимии мозга, электрофизиологии, биофизики, математики и в вопросах организации психиатрической помощи [1-7].

Н.В. Краинский родился 1 мая 1869 года в Киеве в семье агронома. Окончил Харьковскую вторую гимназию (1888), а затем медицинский факультет Харьковского университета (1893) со званием лекаря с отличием и с золотой медалью. Еще будучи студентом университета, он вместе с профессором С.Д. Костюриным в лаборатории общей патологии выполнил исследование о лечении гнилостными токсинами с вытяжками сибирской язвы и экспериментальной бугорчатки (1891). Став врачом, Николай Васильевич начал специализироваться по психиатрии.

С 1894 года он работал ординатором в клинике уже известного в то время профессора П.И. Ковалевского на Сабуровой даче (ныне Харьковская городская клиническая психиатрическая больница №15), где наряду с практической работой занимался научно-исследовательской деятельностью. Диссертацию на степень доктора медицины Николай Васильевич успешно защитил в Московском университете на тему: "К учению о патологии эпилепсий" (1896), в которой впервые обосновал токсическую природу эпилепсии. Одним из оппонентов на защите диссертации был известный отечественный психиатр С.С. Корсаков. Н.В. Краинский показал, что причиной эпилептического припадка

является карбаминовокислый аммоний, который, образуясь из мочевины путём присоединения воды, при достаточном накоплении в организме вызывает судорожную реакцию, а затем во время припадка разрушается, превращаясь при потере воды в мочевины, а при присоединении частиц воды - в углекислый аммоний [8, 9].

После защиты диссертации в 1896 году впервые за всё время существования Сабуровой дачи губернская управа назначила старшим врачом Харьковской губернской психиатрической больницы врача-психиатра Н.В. Краинского, сыгравшего положительную роль в деле улучшения работы психиатрических отделений больницы. В частности, являясь сторонником системы нестеснения (no restraint), он 3 июня 1897 года лично развязал в один день более 120 душевнобольных и сжёг смиренные рубашки вблизи клумбы у главного входа в главный корпус больницы, предварительно произнеся с балкона страстную речь, призывая к гуманности и сочувствию к психически больным. Много внимания он уделял реорганизации и укреплению материально-технической базы Сабуровой дачи [1,3,10-12].

Обсуждая неоднократно в течение 1897 года на губернском врачебном совете вопрос о патронаже, Н.В. Краинский категорически протестовал против организации семейного патронажа: "Я считаю этот тип призрения совершенно непригодным и он должен быть исключён из программы совершенно. Я думаю, что если душевнобольного нельзя содержать в семье вследствие ли его опасности по отношению к окружающим, или вследствие его нравственного влияния на других, то нельзя его передавать и в чужую семью. Если же он

может жить в семье, то не нужно для них вовсе и домов умалишённых" [13].

Параллельно с проектом Н.Н. Баженова о переселении больницы обсуждался проект Н.В. Краинского о реорганизации Сабуровой дачи и устройства на её территории лечебницы. Основные положения Н.В. Краинского сводились к следующему: "Лечение душевнобольных в нашей больнице совершенно невозможно. Ни одно из существующих отделений не может быть приспособлено для лечебницы...". "Невозможно отделить одного больного от остальных или рассортировать больных по роду болезни". "Останавливаться перед расходами на лечебницу земству не следует, так как для населения губернии всегда будет дорогое желание увидеть выздоровевшим своего родственника, которого при современном состоянии больницы нужно считать заживо погребённым" [13]. Далее Н.В. Краинский подчёркивал, что "для устранения переполнения надо прежде всего повысить процент выздоровлений путём правильного лечения острых форм в специально приспособленной лечебнице и удешевить содержание хроников, развивая работы, которые приносят доход и расширяя пансионаты для платных больных. Устройство колоний удешевленного типа только для хроников и оставление лечебного дела на Сабуровой даче с выводом оттуда соматических отделений является средством для этого". Николай Васильевич предложил заманчивую комбинацию - соединить в одном здании, на которое по его смете нужно было 200000 рублей, лечебницу для острых больных на 120 коек и пансионат на 80 человек, причём плата за пансионеров, по его мнению, "не только должна была окупить содержание больниц, но и давать доход" [13, 14].

В своём докладе губернской земской управе Н.В. Краинский писал о том, что при выводе всех соматических отделений из Сабуровой дачи, она сможет вместить 1000 больных, что обеспечит Харьковское губернское земство на 15 лет. В 1897 году планы реорганизации Сабуровой дачи с выведением соматических отделений из её структуры одобрил С.С. Корсаков, посетивший Харьков [3].

20 декабря 1897 года заседание губернского врачебного совета отклонило проект Н.Н. Баженова и одобрило проект Н.В. Краинского, в соответствии с которым в 1900 году было завершено строительство лечебницы Сабуровой дачи (ныне здание Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины).

В должности старшего врача Николай Васильевич работал по 1898 год, когда был командирован за границу в клинику Бинсвангера для научного усовершенствования, а затем прикомандирован к клинике В.М. Бехтерева в Военно-медицинской академии.

В 1899 году Н.В. Краинский был назначен директором Новгородской окружной психиатрической больницы, в 1901 году - переведён на должность директора Винницкой окружной психиатрической больницы, а в 1902 году - директора Виленской окружной психиатрической больницы. Следует подчеркнуть, что

история окружных психиатрических больниц берет начало с середины XIX века, когда земская медицина уже не справлялась с бременем стационарной психиатрической помощи. Замысел государственных региональных больниц принадлежал профессору И.М. Багинскому [15]. Первая окружная психиатрическая больница была учреждена в 1869 году в Казани. Ею много лет руководил Л.Ф. Рагозин, который в 1889 году, будучи уже директором медицинского департамента Министерства внутренних дел, предложил построить целую сеть окружных психиатрических лечебниц единого особого типа, укомплектованных специалистами-психиатрами, снабженных трудовыми мастерскими и лечебными кабинетами [16].

23 мая 1903 года состоялась торжественное официальное открытие больницы, на котором после зачитания телеграммы с Высочайшим ответом и исполнением гимна директор больницы Н.В. Краинский, пользовавшийся в то время большим авторитетом в Литве, начал речь: "Сегодняшний день есть день величайшего торжества и праздник для русской психиатрии. Открывается новая самая большая в России психиатрическая лечебница, рассчитанная на 1000 штатных кроватей. Если принять во внимание, что все число штатных кроватей в психиатрических больницах всех ведомств России не предвещает в настоящее время 16 000, на коих призревается от 25 до 30 тысяч душевнобольных, то станет понятным, какой громадный шаг вперед обозначает открытие Виленской окружной лечебницы, могущей вместить в себе 1/16 всех штатных кроватей для душевнобольных в России" [17-19].

200 больных лечились за счет государства, остальные платно, 60 коек предназначалось для частных пациентов. Плата по I классу составляла 10 рублей в месяц, по II классу - 5 рублей. По словам Н.В. Краинского, программа лечебной работы основывалась на здоровом смысле и гуманности, ограничивалось стеснение и изоляция, больным разрешались прогулки даже за территорией больницы, налаживались контакты с общественностью. Н.В. Краинский полагал, что вся работа больницы должна строиться на уважении и свободе личности даже с расстройством рассудка, и персонал обязан учиться уважать человека под "маской сумасшествия". Большое внимание уделялось психотерапии, организовывались игры, концерты. При больнице закладывался огромный парк, сад, в огородах проводилась трудотерапия [20].

И всюду за Н.В. Краинским следовала группа коллег - врачей и среднего медперсонала, преданных ему и делу служения психически больным. Те же фамилии встречаются и в уголовном деле участников заговора против царя в Виленской окружной психиатрической лечебнице в Ново-Вилейске. Самого Николая Васильевича его недоброжелатели успели изжить со службы ещё перед разгромом революции "по причине неуживчивого характера, несовместимого с обязанностями администратора" [10]. Это обстоятельство спасло его от участия в упомянутом заговоре и судебного преследования.

В это время в России происходило накопление

"статейных" больных в больницах, трудность их содержания, обусловленная явно неприемлемыми законоположениями, и справедливое стремление к госпитализации всех свежезаболевших больных, которому препятствовало отсутствие мест, приводили к возникновению точки зрения, что забота о "статейных" больных должна быть возложена на государство.

Отдельные земства возбуждали соответствующие ходатайства перед правительственными инстанциями, но получали в каждом таком случае указания принимать "статейных" больных без ограничения. Государство заботилось об охранительных мерах больше, чем о лечении больных [21].

Все эти протесты земских учреждений привели к тому, что в Министерстве внутренних дел в 1901 году была создана особая комиссия по вопросу об организации призрения душевнобольных в Империи. В ней приняли участие, в частности, И.П. Мерзеевский, В.М. Бехтерев и Н.В. Краинский. Комиссия пришла к заключению, что на попечении земства должны быть острые душевнобольные и безопасные хроники; испытываемые больные, помещённые по ст. 95, и другие душевнобольные арестанты, и все опасные хроники должны призреваться в правительственных окружных лечебницах. Вслед за этим последовало Высочайшее разрешение на открытие двух окружных лечебниц для душевнобольных на тысячу человек каждая, одна в Московской губернии (село Троицкое) и другая вблизи города Томска. Правда, открытие этих больниц произошло лишь спустя несколько лет [21]. Несомненно, большая заслуга в этом историческом факте и талантливого украинского психиатра Н.В. Краинского.

В 90-е годы прошлого столетия видную роль в развитии психиатрии в Харькове играл Н.В. Краинский, который был одним из первых сторонников химического направления в психиатрии. Научные доклады Николая Васильевича были предметом оживленных дебатов на заседаниях Харьковского медицинского общества и вошли в научные труды последнего [22].

29 апреля 1905 года Николай Васильевич вышел в отставку из-за несогласия с директором медицинского департамента - фактически был отстранён от любой работы в психиатрических заведениях с волчьим билетом в кармане в 35-летнем возрасте. Его мятежному характеру больше не оказывали снисходительности и на казённую службу не принимали, хотя вплоть до Первой мировой войны он тщетно добивался реабилитации. Целых полтора года он провел вдали от психиатрии, в борьбе с эпидемиями чумы и холеры, и только в январе 1907 года вернулся в Вильну, где жил и практиковал, опубликовал 20 книг. Уже став на ноги благодаря частной практике, Николай Васильевич в 1911 году по своей инициативе ещё раз составил меморандум в департамент. Документ этот под названием "Погубленное дело" остаётся и по сей день актуальным, но чиновники так и не удосужились до настоящего времени изучить те 33 страницы с приложением на 56 страницах [10].

В 1912 году Н.В. Краинский был избран профессором Варшавского университета, но не был

утверждён Министерством народного просвещения России Л.А. Кассо, преследовавшего прогрессивную профессию. Во время войны в 1915 году был призван на военную службу, прикомандирован к Красному Кресту и служил в разных психиатрических учреждениях по эвакуации душевнобольных воинов в регионе Киев-Харьков. Был консультантом Красного Креста в Киеве, в 1917 году получил звание приват-доцента кафедры неврологии и психиатрии Киевского университета. В 1919 году после захвата Юга России белогвардейцами во время работы по эвакуации душевнобольных Н.В. Краинский заболел сыпным тифом и был эвакуирован в Новороссийск, а оттуда в феврале 1920 года вместе с другими выздоравливающими на остров Лемнос (Греция). С Лемноса он переехал в Югославию, где был с 1921 года доцентом кафедры психиатрии в Загребе, а затем с 1928 года профессором кафедры психиатрии и экспериментальной психологии Белградского университета [2, 4, 23].

В конце 1943 года при немецкой оккупации Югославии Николай Васильевич вместе со всеми русскими профессорами был отчислен из университета. В это время его дочь, Вера Николаевна Краинская-Игнатова, профессор судебной медицины в Харькове, с семьёй насильно была вывезена немцами в Германию. В этой связи, профессор Н.В. Краинский в возрасте 74 лет после получения разрешения переезжает в Берлин для воссоединения с семьёй, где занимается, не работая у немцев, обработкой своего последнего научного труда "Основы естествознания в связи с теорией нервно-психического процесса", рукопись которого, к счастью, сохранилась в музее Сабуровой дачи. После освобождения Берлина Николай Васильевич вместе с семьёй прибывает в лагерь репатриированных во Франкфурте-на-Одере, где его зачисляют консультантом по нервным и душевным болезням в советских госпиталях (вначале в госпитале Овсянникова, а затем в госпитале 4231 Имашвили). В августе 1945 года Н.В. Краинский подаёт ходатайство о разрешении возвращения на Родину и получения советского гражданства, а в сентябре 1946 года пишет письмо И.В. Сталину с просьбой разрешить возвращение на Родину и предоставить возможность там закончить свой научный труд [2].

В декабре 1946 года, после завершения работ в госпитале, Николай Васильевич с дочерью, которая также служила вместе с ним, вернулся во Франкфурт-на-Одере, где 1 февраля 1947 года было получено разрешение на возвращение в Советский Союз. По дороге на Родину в лагере Гродно был приглашён на работу в качестве консультанта санчасти, где проработал до 25 апреля 1947 года [2]. Профессор Н.В. Краинский с семьёй прибыл в Харьков 2 мая 1947 года, поселился на Сабуровой даче (в то время ул. Конюшенная, 46) и со 2 июня 1947 года был принят на должность старшего научного сотрудника биохимической лаборатории Украинского психоневрологического института (УПНИ), а с 30 сентября 1949 года переведён на должность заведующего биофизической лабораторией данного института. Однако, в связи с потерей во время Второй

мировой войны документов о присвоении ему научной степени и звания профессора, Николай Васильевич с 1 января 1950 года был освобождён от должности старшего научного сотрудника и переведён на должность заведующего клиникой, которому в последующем было разрешено совместительство на 0,5 ставки врача-психиатра в судебном отделе.

В оформлении дубликатов необходимых документов много помогал А.И. Вольфовский, отлично знавший историю Сабуровой дачи и роль в этой истории профессора Н.В. Краинского. Наконец, ВАК при Министерстве высшего образования СССР 12 мая 1951 года утвердила Николая Васильевича в учёной степени доктора медицинских наук, а приказом по УПНИ от 14 июля 1951 года ему было утверждено, вернее, возвращено учёное звание профессора. К большому сожалению, спустя 35 дней после утверждения в учёной степени доктора медицинских наук, 19 июля 1951 года на 83 году жизни профессор Н.В. Краинский скончался.

Профессор Н.В. Краинский опубликовал около 200 научных работ. Многие его работы широко цитируются в отечественной и зарубежной литературе. В частности, на него ссылаются в своих трудах и руководствах В.М. Бехтерев, В.А. Гиляровский, И.Ф. Случевский, Э. Крепелин, Г. Лебон, Бинсвангер, Оппенгейм и другие. Работы Н.В. Краинского посвящены диагностике и лечению психически больных, вопросам психологии, а также энергетическим проблемам организма с учётом точек зрения физико-химических теорий.

В 1901 году за работы по патогенезу эпилепсии Николай Васильевич был награждён премией Брюссельской академии наук, а в 1902 году получил премию Нью-Йоркского общества по изучению эпилепсии. Работы Н.В. Краинского "Педагогический садизм" (1912) и "Энергетика нервного процесса (процесс нервного возбуждения и искусственный нерв" (1914) получили премию им. О.О. Мочутковского [24]. Известностью пользуется его монография "Порча, кликуши и бесноватые как явления русской народной жизни" с предисловием В.М. Бехтерева (1900), в которой описывается массовая психическая индукция. Первая самостоятельная научная работа "Исследование психофизических реакций" (1893) была удостоена золотой медали Харьковского университета. В.Н. Павленко, С.А. Таглин справедливо подчеркивают, что "...немного позже интересное сравнительное исследование других форм истерической патологии осуществил харьковский исследователь, ученик П.И. Ковалевского, врач и психолог Н.В. Краинский. В 1900 году он опубликовал работу, в которой показал, как на единой основе - сомнамбулизме - у разных народов возникают и развиваются различные заболевания: бесноватость и наваждение в России, эпидемии одержимости в Западной Европе (по мнению автора, в Малороссии случаи аналогичной болезни вообще очень редкие, а на юге Украины фактически неизвестны). В своей работе автор доказывал, что и клиническая картина, и трактовка этих заболеваний среди населения и отношение к таким больным в полной мере зависят от

отличий в быту, культуре и мировоззрении разных народов" [25]. Работа "Учение о памяти" (1903) широко использована В.М. Бехтеревым в его книге "Психика и жизнь". Работы "Учение о памяти с точки зрения психической энергии" (1903), "Энергетическая психология" (1905), "Энергетика и анализ ощущений" (1907), "Психология падших людей" (1907), "Основные принципы энергетики в связи с абсурдами современной физики" (1908), "Энергетическая теория сновидений" (1912), "Математические основы естествознания" (1927), "Логические ошибки и заблуждения в научном творчестве" (1930), "Теория нервного процесса" (1936) и многие другие имеют большое теоретическое и практическое значение. Целый ряд работ, в том числе монографий, которые в данной работе не упоминаются, опубликованы на немецком, французском, польском, сербском и хорватском языках.

Н.В. Краинский был известным представителем энергетической психологии, в частности, он считал, что "душевная деятельность является проявлением психической энергии. Это особенный вид световой энергии, который проявляется как и у всех физико-химических процессов, в двух формах - "живой" и потенциальной. Именно поэтому и все психические явления от рефлекторных до высших должны быть сведены к законам физики и химии" [5,25]. Николай Васильевич также разработал интересную концепцию памяти с точки зрения психической энергии, провел анализ запоминания, забывания и изучение личности. Он поддерживал идеи Ломброзо в отношении "порочной организации тела" как одного из главных факторов преступности [5].

Небезынтересно знать, что Николай Васильевич, в период работы в Югославии подготовил и издал на сербском языке учебник "Криминальная психология", который до настоящего времени не переведён ни на украинский, ни на русский язык.

Следует подчеркнуть, что из всех изученных работ Н.В. Краинского нами найдено лишь три, выполненные им в соавторстве в студенческие годы (две с профессором С.Д. Костюриным и одна с профессором П.И. Ковалевским), все остальные работы выполнены одним автором - Николаем Васильевичем.

Необходимо отдельно сказать о внешнем облике и личности профессора Н.В. Краинского. Это был высокий, слегка сутулый, благородного вида человек высокой культуры, в совершенстве знавший английский, немецкий, французский и сербский языки, играл на виолончели, очень любил романсы и Шалапина, всегда ходил с тросточкой, на концерте неизменно в его гардеробе была бабочка. Николай Васильевич в последние годы жил с дочерью - профессором, всегда отличался скромностью, питался из больничной столовой, часть денег из своей зарплаты отдавал душевнобольным.

Бывшая заведующая 19 фтизиопсихиатрическим отделением Сабуровой дачи С.Н. Смирнова вспоминает, что Николай Васильевич всегда был аккуратен, подтянут, энциклопедически образован, обладал даром оратора, его речь отличалась своеобразной плавностью и

красотой, как бы на старинный манер. Он занимался и литературным творчеством - писал рассказы и пьесы. Профессор всегда был пунктуальным, на клинические разборы приходил вовремя, необычайно быстро и правильно принимал диагностические решения, безошибочно устанавливал диагнозы прогрессивного паралича без серологического исследования. На разборах часто вспоминал о том, как он работал старшим врачом на Сабуровой даче, как было трудно внедрять гуманное отношение к душевнобольным, проводить реформы, как во многом ему помогали В.А. Гиляровский и В.М. Бехтерев, который неоднократно бывал на Сабуровой даче.

Ни материалы личного дела, ни источники специальной литературы, ни сотрудники больницы, знавшие Николая Васильевича лично, не позволяют согласиться с мнением М.Б. Мирского [23], что в последние годы жизни, совпавшие с периодом фашистской оккупации Югославии, Н.В. Краинский

скомпрометировал себя сотрудничеством с оккупантами. Думается, что это просто ошибка автора, не подтвержденная архивными документами.

Умер Н.В. Краинский в больнице. Хоронили его сотрудники Сабуровой дачи на ближайшем кладбище. Прощальное слово о Николае Васильевиче говорил А.И. Вольфовский. К сожалению, до настоящего времени не удалось найти могилу останков праха Н.В. Краинского ни на татарском, ни на еврейском кладбищах, расположенных в окрестностях Сабуровой дачи. Не исключается, что во время застройки Салтовского массива могила Н.В. Краинского была разрушена.

Таким образом, Н.В. Краинский внес весомый вклад в развитие научной и практической психиатрии в Украине и в других регионах бывшего СССР. Вне сомнения, творческая биография и научное наследие Николая Васильевича представляет большой интерес для истории украинской науки и нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании.

Литература:

1. Зеленский Н.М. 150 лет Сабуровой дачи. - К.-Х.: Госмедиздат УССР, 1946. - 160 с.
2. Краинский Николай Васильевич: Личное дело № 824 Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии (начато 2.06.1947 г., окончено 19.07.1951 г.). - Х. - 44 с.
3. Юдин Т.И. Очерки истории отечественной психиатрии. - М.: Госмедиздат, 1951. - 480 с.
4. Фрумкин Я.П. Краинский Николай Васильевич // БМЭ. - М.: Советская энциклопедия, 1979. - Т. 11. - С. 477-478.
5. Иванова О.Ф. Історія психології XIX-XX століття (на матеріалі розвитку психології на Слобожанщині): Навчальний посібник. - Х.: ХДУ, 1995. - 120 с.
6. Ключко В.Л. Вінницька психоневрологічна лікарня ім. акад. О.І. Ющенка. 1897-1997: історичний нарис. - Вінниця: РВВ БАТ "Віноблдрукарня", 1997. - 136 с.
7. Петрюк П.Т. Профессор Николай Васильевич Краинский - талантливый представитель украинской психиатрической школы // Вісник Асоціації психіатрів України (Київ). - 1998. - №2(10). - С. 90-98.
8. Гиляровский В.А. Психиатрия: Руководство для врачей и студентов.- Изд-е 4-е, испр. и доп. - М.: Медгиз, 1954.-520 с.
9. Портнов А.А., Федотов Д.Д. Психиатрия: Учебник. - Изд-е 3-е, перераб. и доп. - М.: Медицина, 1971. - С. 193.
10. Материалы архива истории Виленской психиатрической больницы, подготовленные Валдасом Банайтисом и Брониславой Найно 13.05.97 г. - Вильнюс. - 2 с.
11. Петрюк П.Т., Кабаченко Е.Н., Смирнова С.Н., Смирнова О.Т. Этапы деятельности Сабуровой дачи // Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Материалы международной конференции. - Т. 1. - Киев-Харьков-Днепропетровск: Б. и., 1994. - С. 7-9.
12. Петрюк П.Т. Дореволюционный этап деятельности Сабуровой дачи // История украинской психиатрии: Сборник научных работ. - Т. 1. - Харьков: Б. и., 1994. - С. 112-115.
13. Протоколы Харьковского губернского врачебного совета, доклады и приложения к ним. - Ч. 2. - 1897.
14. Протокол Харьковского губернского врачебного совета, доклады и приложения к ним. - Ч. 1. - 1897.
15. Мачюлис В. Республиканская Вильнюсская психиатрическая больница 1903-2003 гг. // Психиатрия (Москва). - 2003. - №6. - С. 68-71.
16. Краинский Н.В. Краткая историческая заметка о постройке Виленской окружной больницы. - Вильно, 1904. Вып. 1-2. - С. 282-321.
17. Научный архив Виленской окружной больницы. - Вильно, 1904. - Вып. 3-4.
18. Шуркус Й. История психиатрической науки в Литве: Автореф. Дис. ... д-ра мед. наук. - Каунас, 1969. - 80 с.
19. Якубович Л. Очерк деятельности Виленской окружной лечебницы для душевнобольных. - Вильно, 1911.
20. Surkus J.N. Krainiskis - pirmasis Vilniaus apygardos psichiatrijos ligonines direktorius // Vilniaus psichiatrijos klinikos istorija ir gydytojų mokslinė veikla 1903-1993 m. (По-литовски): Mokslinės konferencijos medžiaga. - Vilnius, 1993. - P. 66-82.
21. Морозов Г. В., Лунц Д. Р., Фелинская Н. И. Основные этапы развития отечественной судебной психиатрии. - М.: Медицина, 1976. - 336 с. 22.
22. Лещенко Г.Д., Дубенко Е.Г. Общество невропатологов и психиатров // 100-летие Харьковского научно-медицинского общества (1861-1961). Сборник очерков и статей по истории деятельности. - К.: Здоров'я, 1965. - С. 185-189.
23. Мирский М.Б. О деятельности врачей и ученых Одессы, Киева, Харькова в зарубежных университетах // Врачебное дело (Киев). - 1995. - № 9-10. - С. 194-198.
24. Краинский Н.В. Энергетика нервного процесса (процесс нервного возбуждения и искусственный нерв). - М.: Тип. Штаба Московск. Воен. Округа, 1914. - 214 с.
25. Павленко В.М., Таглін С.О. Етнопсихологія: Навчальний посібник. - К.: Сфера, 1999. - С. 321-322.
26. Краинский Н.В. Энергетическая психология. Выпуск 1-й. - Виленск: Губ. Тип., 1905. - 150 с.

Признание заслуг украинского ученого в Болгарии



Профессор
Йордан Стоименов
г. София, Болгария

В конце апреля заслуженный деятель науки и техники Украины профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой детской, социальной и судебной психиатрии КМАПО им. П.Л. Шупика Анатолий Чуприков по приглашению Болгарской Национальной Академии Медицины выступил с актовой речью в Софийском медицинском университете. Его выступление было посвящено "Некоторым фундаментальным и прикладным аспектам ассиметрии мозга человека", в котором он подытожил свои многолетние исследования в области латеральной нейропсихиатрии.

Приезд А. Чуприкова в Болгарию не случаен. Его связи с болгарскими психиатрами носят давний, многолетний характер. В 1994 году он способствовал изданию в Киеве сборник научных трудов украинских и болгарских психиатров. В 2003 г. благодаря его поддержке в Киеве издан "Психиатрический энциклопедический словарь" (18 тысяч терминов) коллектива болгарских авторов, который я имею честь возглавлять.

В своем выступлении А. Чуприков сообщил, что вклад клиницистов-психиатров и нейропсихиатров в изучение проблемы ассиметрии мозга человека достаточно велик. Благодаря их исследованиям уточнена модель эмоциогенной регуляции в правом и левом мозге, изучена латеральная дифференциация психопатологических синдромов и симптомов. Научная школа А.Чуприкова в области латеральной нейропсихиатрии возглавила научно-общественную кампанию в защиту леворуких детей от переучивания, доказала пагубность такого насилия для психического здоровья леворуких. Созданы и внедрены приемы латеральной терапии в лечении расстройств психики и поведения.

Выступление А. Чуприкова было с интересом выслушано собравшимися. Ректор Софийского медицинского университета В. Овчаров поздравил А. Чуприкова с присвоением ему почетного звания действительного члена Болгарской Академии Медицины и вручил ему диплом.

ПАМ'ЯТІ ІДИ ДМИТРІВНИ ШЕВЧУК



6 травня 2004 року закінчила свій життєвий шлях доцент кафедри психіатрії Національного медичного університету імені О.О. Богомольця кандидат медичних наук Іда Дмитрівна Шевчук. Випускниця Томського медінституту (1948р) І.Д. Шевчук навчалась у клінічній ординатурі в м. Іванкові, а з 1955р. працювала асистентом на

кафедрі психіатрії Київського медичного інституту.

Під керівництвом професора Я.П. Фрумкіна закінчила аспірантуру і в 1964 р. захистила кандидатську дисертацію на тему "Про зміни морфологічного складу крові при деяких способах лікування шизофренії". В подальшому її численні наукові праці в основному були присвячені теорії та практиці психіатричної діагностики, а також організації навчального процесу у вищій медичній школі. Так, І.Д. Шевчук видала у співавторстві

"Методические разработки к практическим занятиям на лечебном факультете" (1977), "Психиатрия. Таблицы и схемы" (1977), "Справочник врача-психиатра" (1990) та інші. В певні роки Іда Дмитрівна була куратором студентського наукового гуртка, в якому прикладом свого яскравого професійного таланту залучила до психіатричної теорії та практики багатьох студентів-медиків, допомогла їм зробити перші самостійні професійні кроки, а потім стати фахівцями вищого ґатунку.

В 1969 р. Іді Дмитрівні присвоєно почесне звання відмінника охорони здоров'я СРСР. В 1974 р. вона отримала вчене звання доцента. За 33 роки роботи на кафедрі та в лікарні ім. І.П. Павлова Іда Дмитрівна як вчитель, колега і друг залишила незабутній слід в серцях цілої плеяди лікарів та науковців-психіатрів, а в душах незліченних пацієнтів - відчуття глибокої вдячності за турботу і повернене здоров'я. Іду Дмитрівну поховано на кладовищі Берковці.

Колеги, учні та друзі Іди Дмитрівни Шевчук схилиють голову перед світлою пам'яттю цієї талановитої та доброї людини і висловлюють співчуття членам її сім'ї.

ЧЕРНЯВСКИЙ ВЛАДИМИР МЕЧИСЛАВОВИЧ



С прискорбием сообщаем, что 18 июля 2004 года перестало биться сердце Чернявского Владимира Мечиславовича, замечательного человека с высочайшим интеллектуально-нравственным

потенциалом, одного из лучших профессионалов в области психиатрии и судебной психиатрии, прекрасного, верного друга, товарища, отца, семьянина, одним словом, ЧЕЛОВЕКА с большой буквы.

Чернявский Владимир Мечиславович родился 4 ноября 1943 года в селе Плиски Борзнянского района Черниговской области. После окончания с отличием средней школы в 1960 году поступил в Киевский медицинский институт, выдержав конкурс 16:1. В 1966 году с отличием его закончил. В том же году был призван в ряды Советской Армии, где прослужил 9 лет. С 1973 по 1975 год был слушателем факультета усовершенствования врачей Ленинградской Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова по специальности "психиатрия". По окончании академии получил диплом с отличием. В 1975 году уволился из армии и, получив в 1976 году высшую врачебную категорию, начал свою гражданскую трудовую деятельность в Киевской областной психиатрической больнице старшим ординатором, затем заведующим отделением, одновременно занимаясь судебной психиатрией. С 1986 года работал в Киевской психиатрической больнице

№18 заместителем главного врача по лечебной работе. В течении двух лет исполнял обязанности главного врача той же больницы. Уже будучи тяжело больным человеком, в 1996 году перешел работать заместителем главного врача Киевского городского психоневрологического диспансера №2. С 29 января 2001 года ушел на пенсию как инвалид 1-й группы по общему заболеванию.

К Владимиру Мечиславовичу с неповторимой признательностью, уважением и любовью относились врачи-коллеги, медицинский персонал и пациенты. Многие врачи считают себя его учениками, помня его бережное, доброе, гуманное и профессионально-объективное отношение к больным. У него был талант ученого и педагога, он является соавтором вышедшего в первые годы (1993) независимой Украины учебника "Психиатрия" на украинском языке для врачей-интернов и курсантов институтов усовершенствования врачей. С 1988 года он был активным и объективным членом Консультативно-экспертного Совета при Главном психиатре МЗ Украины, члены которого являлись основной ячейкой созданной в 1992 г. Ассоциации психиатров Украины. Владимир Мечиславович активно участвовал в работе АПУ как член правления, член консультативно-экспертной комиссии, председатель этической комиссии.

Ушел из жизни человек, посвятивший всю свою жизнь нашей любимой профессии - психиатрии, светлый образ которого будет всегда в нашей памяти и истории отечественной психиатрии. Похоронен Владимир Мечиславович на родине в селе Плиски Черниговской области, рядом с родителями.

До уваги авторів:

1. До журналу "Психічне здоров'я" приймаються матеріали, які раніше не друкувалися і не розглядалися на предмет публікації в інших виданнях.
2. Відповідальність за достовірність наданої інформації покладається на авторів.
3. Відповідно до Постанови Президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. №7-05/1 "Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України" на розгляд до журналу "Психічне здоров'я" прийматимуться лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи:
 - постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями;
 - аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття;
 - формулювання цілей статті (постановка завдання);
 - виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів;
 - висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у цьому напрямку.
4. Статті публікуються мовою оригіналу - українською, російською, англійською. Структура статті: резюме (не більше 120 знаків) резюме двома іншими мовами з ключовими словами, вступ, об'єкт та методи дослідження, результати їх обговорення, висновки.
5. Стаття має подаватися у 2 примірниках, надрукованою через 2 інтервали, на папері формату А4 (інтервал друку - 1,5; шрифт - Times New Roman; розмір шрифту - 14, поля (верхнє і нижнє - 2,5 см, ліве - 3 см, праве - 1,5 см); орієнтація стор. - книжна), та в електронному варіанті (формат тексту - ідентично до паперового, формат файлу - RTF або Word) на дискеті 3,5 дюймів. Стаття супроводжується листом - рекомендацією установи і висновком експертної комісії. Статтю підписують усі автори і візує науковий керівник. Обсяг статті - не більше 12 друкованих аркушів, для повідомлення - не більше 3. До статті мають додаватися фотографії усіх авторів: паперові (гарної якості) або в електронному вигляді (у форматі .jpg або .tif на 300 dpi).
6. На окремому листку надається повна інформація про авторів з вказуванням повних імен, професійної посади, вченого ступеня та звання, телефону чи факсу для можливого зв'язку з автором.
7. Список використаної літератури та основних джерел інформації складається за стандартом ГОСТ 7.1 - 84 Бібліографія подається в послідовності відповідно до зустрічання в тексті. Посилання на літературні джерела у тексті слід давати у квадратних дужках відповідно до нумерації їх у списку літератури.
8. Всі фізичні величини та одиниці слід наводити за системою СІ; терміни - згідно з анатомічною, гістологічною номенклатурами; назви захворювань - згідно з МКХ - 10.
9. Малюнки, фотографії подаються у 2 примірниках з підписом до них. Таблиці мають бути надруковані через 1,5 інтервали, у тексті на них даються посилання.
10. Заголовок статті оформлюється трьома мовами в наступній послідовності: УДК, назва, ініціали та прізвища авторів, заклад чи установа, з якої виходить стаття, ключові слова.
11. Редакція залишає за собою право скорочувати та редагувати прийняті до публікації матеріали, не змінюючи змісту статті.
12. Матеріали, оформлені без дотримання правил та не схвалені до друку, не розглядаються та авторам не повертаються.

**З повагою,
редакція журналу "Психічне здоров'я"**