

Влияние психотравмирующей ситуации может проявляться с течением времени, иметь различные варианты проявления (на соматическом и психоэмоциональном уровне).

Вегетативная нервная система без задействования воли человека регулирует работу дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и других систем. Поэтому даже во время отдыха изменения сердечного ритма являются показательным индикатором изменений внутри организма. Для оценки состояния вегетативной нервной системы может быть применен анализ вариабельности сердечного ритма.

Целью данного исследования является оценка функционального состояния вегетативной нервной системы у лиц с постстрессовыми расстройствами в процессе реабилитации на основании показателей вариабельности сердечного ритма.

Исследование проведено на базе ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины». В исследовании принимали участие 40 человек с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Для анализа вариабельности сердечного ритма использовали диагностический автоматизированный комплекс «Кардио+». Длительность регистрации ЭКГ составляла 5 минут. При обработке данных учитывали временные и частотные показатели (ЧСС, SDNN, RMSSD, pNN50, LF, HF, LF/HF).

По результатам анализа вариабельности сердечного ритма у обследуемых выявлено снижение общей вариабельности в 64 % случаев, сдвиг вагосимпатического взаимодействия в сторону симпатического звена вегетативной нервной системы — в 58 % случаев. В процессе реабилитации произошло снижение общей вариабельности у 52 % обследуемых, сдвиг вагосимпатического взаимодействия в сторону симпатического звена вегетативной нервной системы — в 44 % случаев.

Стресс, страх, гнев, беспокойство коррелируют с пониженной вариабельностью сердечного ритма, сопровождаются активацией симпатической нервной системы и нарушением симпато-вагусного баланса. Снижение параметров вариабельности указывает на нарушение взаимодействия вегетативной нервной и сердечно-сосудистой систем. Такая тенденция объясняет высокую вероятность развития сердечно-сосудистых расстройств, которые отмечаются у людей, испытывающих вышеуказанные психологические проблемы.

Влияние психотравмирующей ситуации может проявляться с течением времени, иметь различные варианты проявления (на соматическом и психоэмоциональном уровне). Вегетативная нервная система без задействования воли человека регулирует работу дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и других систем. Поэтому даже во время отдыха изменения сердечного ритма являются показательным индикатором изменений внутри организма. Для оценки состояния вегетативной нервной системы может быть применен анализ вариабельности сердечного ритма.

Целью нашего исследования явилась разработка комплексного подхода к диагностике соматоформных нарушений у больных с психотическими и непсихотическими психическими расстройствами с целью изучения патогенетических механизмов соматизации и разработки комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий для психически больных с соматоформными нарушениями.

Объектом нашего наблюдения явились 57 больных, мужчин и женщин, в возрасте от 23 до 59 лет, с диагнозом соматоформное расстройство (F45 согласно критериям МКБ-10), находившихся на стационарном лечении в нашей больнице. Клиническое наблюдение и анализ анамнестических данных (не менее 2 лет) позволил выявить и описать манифестный этап соматизации у всех без исключения больных, который клинически мог быть оценен как соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3) продолжавшийся не менее 6 месяцев, сопровождавшийся обращением к нескольким врачам соматического профиля, множественными диагностическими мероприятиями, приемом, при отсутствии абсолютных показаний, соматотропных и нейротропных препаратов. Так как описанные выше больные ранее за помощью к психиатру не обращались, то у них отмечалось усложнение симптоматики, что расценено было нами как (F45.1). Следующий этап — этап развития соматизации продолжительностью от 6 месяцев до нескольких лет. Клиническое состояние этих больных, по данным анамнеза, можно было бы оценить как недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1). Соматизированное расстройство (F45.0), как третий этап соматизации, развивалось не ранее чем после двух лет от появления манифестных соматоформных нарушений.

Следовательно, комплексное клинико-анамнестическое исследование больных с соматизированным расстройством позволило предположить, выделить и описать этапы его развития (этапы развития соматизации) для разработки в последующем лечебно-реабилитационных программ для больных с соматоформными нарушениями различной степени выраженности.

УДК 616.89-008.441.1-07-08:615.214

**Юрєва Л. Н.\*, Мамчур А. И.\*, Гуца С. И.\*\***

\*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»;

\*\*КУ «Днепропетровская областная клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета» (г. Днепр)

### Некоторые особенности диагностики и клинической динамики соматоформных расстройств

Проблема диагностики и лечения соматоформных нарушений у больных с психическими и поведенческими расстройствами остается актуальной для современной медицины. Главная, и наиболее важная, на наш взгляд, стратегическая особенность заключается в принятии того, что так называемые соматические жалобы пациентов не должны восприниматься как нераспознанное или коморбидное соматическое заболевание. Естественно, что возможно это только после соответствующего обследования специалистами-психиатрами, в том числе с использованием параклинических методов, и исключе-

UDK 616.891-036.4-06:616.89-008-084-055.5/.7

**Yurieva L. M.\*, Shusterman T. Y.\*, Hoholev K. V.\*\***

\*SE "Dnipropetrovs'k medical Academy of Ministry of Health of Ukraine";

\*\*CI "Dnipropetrovs'k clinical psychiatric Hospital of Dnipropetrovs'k regional council" (Dnipro)

### Primary prophylaxis of psychical maladjustment in relatives of patients with the first psychotic episode

A close-knit family, sense of security, the opportunity to participate in public life, access to favorite work and meaningful employment outside, comfortable living conditions and economic prosperity, support in crisis and a sense of belonging and usefulness of the family and society — this is not a complete list of factors that enhance human mental health. All of this not only reduces vulnerability regarding mental health problems, but also reduces the likelihood of manifestation of psychical maladjustment (PM). In this regard, carrying out preventive measures regarding families of patients with mental disorders are becoming clear, the presence of a mentally ill person in the family is burdensome psychogenic fac-

tor that affects, especially in the situation of first occurrence of psychotic episode.

The study aim was to develop the program of primary prophylaxis of PM in relatives of patients with first psychotic episode (FPE).

Clinical, clinical-psychopathologic, psychological and socio-psychological characteristics of PM in 88 relatives of 55 patients with FPE were investigated, quality of life (QOL) of this contingent was assessed. With account taken of received data about features of PM and QOL of relatives of patients with FPE the following directions of primary prophylactic activities were allocated.

First of all, strengthening of mental well-being due to having access to effective programs of parental support and education, starting with pregnancy period; to science-based programs, including contributing to the development of skills and obtaining information, which focuses on issues such as psychological stability, ability to manage emotions and psychosocial interaction. To this direction ensuring access to effective measures for strengthening of mental health for high-risk groups was also referred, including those who suffer from the problems of mental health and those who care for them.

The second direction was providing an understanding of the most important role of mental health. The issue of mental health should be an integral part of public health with an evaluation of the potential actions of any new strategy on mental well-being of the population before its implementation.

We considered fight against stigmatization and discrimination as a third priority direction in primary prophylaxis. To this direction the implementation of national strategies of fighting against stigmatization and discrimination at employment of people with mental health problems was included, promotion of public participation in local programs of mental health by supporting relevant initiatives of nongovernmental organizations.

Enhancing of mental health literacy was the fourth direction of primary prophylaxis of PM. Carrying out educational home work with increased risk families for targeted promotion of positive educational skills, healthy behaviors and interactions between parents and children was actual.

As a fifth direction of primary psychoprophylaxis we have identified the access of people with mental health problems to high quality primary health care. Providing unrestricted access to all public mental health services as part of primary health care that can detect and treat mental disorders, including depression, anxiety, stress disorders is the path to prevention of PM.

Thus, program of primary prophylaxis of PM in relatives of patients with FPE was systemic, comprehensive, differential, sequential. Approbation of developed program has pointed to its sufficient efficiency and the possibility of using for relatives not only in hospital phase, but also in outpatient treatment of patients with FPE.

УДК 616.8-009-057.87:159.9

**Юрченко О. С.**

*ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці)*

### **Депресивні та тривожні розлади у студентів**

На сьогоднішній день здобування освіти у вищих навчальних закладах можна віднести до специфічного виду

діяльності, пов'язаного з високим рівнем психічних і фізичних навантажень, що загострюються у сесійний період, у зв'язку з дефіцитом часу, необхідністю засвоювати в стислий термін великий обсяг інформації, з підвищеними вимогами до розв'язання проблемних ситуацій, твердим контролем і регламентацією режиму. На думку багатьох авторів, у періоді навчання можна виокремити три основні критичні періоди, які припадають на перший, третій і п'ятий курси (у студентів-медиків, відповідно, перший, четвертий і шостий курси).

З метою виявлення депресивних та тривожних розладів було обстежено 150 студентів-медиків. Серед обстежених: студенти I курсу — 53 особи, IV — 55 і VI — 42 студенти Буковинського державного медичного університету.

У роботі використані такі методи: шкала реактивної й особистісної тривоги Спілберґера — Ханіна й шкала депресії Зунґе.

Зі студентами, що виявили завищені показники за скринінговими шкалами, проводили цілеспрямовану співбесіду, вивчали анамнез з наступним клініко-психопатологічним оціненням кожного випадку.

В результаті дослідження встановлено, що лише 15,09 % (8 осіб) обстежених на першому, 12,72 % (7 осіб) на четвертому та 14,28 % на шостому курсі показали високу емоційну стійкість. Рівень тривоги та депресії мав показники психологічної норми у 18,86 % (10 осіб), 56,36 % (31 особа) та 54,76 % (23 особи) відповідно.

У 44 студентів першого курсу (83,01 % випадків) спостерігалася лише особистісна тривога, високий та помірний рівень особистісної тривоги був виявлений у 49 студентів четвертого та 35 студентів шостого курсів — 89,09 % та 83,33 % відповідно. В інших випадках спостерігалася поєднання особистісної й реактивної тривожності.

Студенти, що за скринінговими шкалами мали підвищені результати, були поділені на три групи: 1-ша група — студенти зі станом підвищеного ризику розвитку тривожних і депресивних реакцій — 13,33 % (від загальної кількості обстежених) навчалися на першому курсі, 10,66 % — на четвертому й 14,66 % — на шостому. До цієї групи увійшли студенти із підвищеними результатами за шкалами тривоги та/або депресії, проте під час обстеження у них не було виявлено виразної афективної симптоматики.

До 2-ї групи увійшли студенти з афективними розладами субклінічного рівня: 13,33 %, 18,0 % та 8,0 % відповідно на першому, четвертому, шостому курсах. У них були окремі прояви тривоги та/або депресії, які за ступенем виразності не вкладалися в клінічно окреслені психопатологічні синдроми, проте у цих студентів спостерігалось різке зниження працездатності.

Третю групу склали студенти із клінічно оформленими проявами тривоги й депресії, що відповідають стандартам МКХ-10 (легкий, помірний депресивний епізод F32.0, F32.1, генералізований тривожний розлад F41.1, змішаний тривожний і депресивний розлад F41.2). До неї увійшли 8,66 % студентів першого курсу (13 осіб), 8,0 % — четвертого (12 осіб) та 5,33 % студентів шостого курсу (8 осіб).

Отже, у значній частині студентів виявлені тривожні та/або депресивні розлади різного ступеня виразності, що потребує їхнього своєчасного розпізнання й адекватної психокорекції, психопрофілактики та терапії.