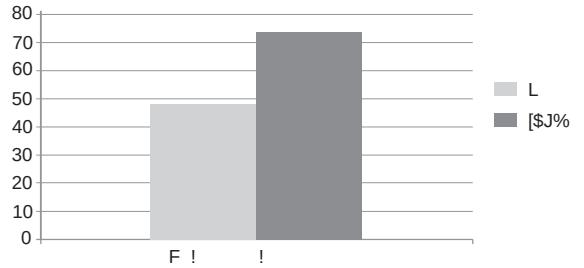
& . 6 ; O ,
$ / !



F ! !

& . [. ; O , ,
O , $ / !

рих на фіброміалгію (рис. 7), а частина таких пацієнтів при ХБНС становить 69,2% (рис. 8). Таким чином ми з'ясували, що якість життя погіршується більше при діагнозі ХБНС (рис. 9).

& . ? O , $ / !,
/

& . L O ,
, /

7. ; O ,
, O , $ / !

D /	_ " /	
L	47 (48,5T)	97
[$J%	74 (69,2T)	107

Питома частка пацієнтів, які скаржаться на зниження якості життя, серед хворих на фіброміалгію значно нижча, ніж серед пацієнтів з ХНБС. Статистична значимість складає 0,01 за критерієм Фішера (φ*емп = 3.024).

Список використаної літератури

1. *Дмитриева Л. Л. Методика формализованной оценки невротических проявлений / Л. Л. Дмитриева // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1995. – № 5. – С. 77–80.*
2. *Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику / В. В. Николаева. – М. : Изд-во МГУ, 1987. – 168 с.*
3. *Сулейманова Г.П. Психосоматические соотношения и внутренняя картина болезни у больных синдромом фибромиалгии : автореф. дис. на соискание ученой степени канд. мед. наук / Г. П. Сулейманова. – Волгоград, 2005. – 22 с.*
4. *Чабан О. С. Терапія хронічного алгічного синдрому у пацієнтів з непсихотичними депресивними розладами і коморбідною соматичною патологією / О. С. Чабан, О. О. Хаустова // Український вісник психоневрології. – Т. 18, вип. 1 (62) – 2010.*
5. *A 14-week, randomized, double-blinded, placebo-controlled monotherapy trial of pregabalin in patients with fibromyalgia / L. M. Arnold, I. J. Russell, E. W. Diri [et al.] // Pain. – 2008. –№ 9. – P. 792–805.*
6. *A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of duloxetine in the treatment of women with fibromyalgia with or without major depressive disorder / L. M. Arnold, A. Rosen, Y. L. Pritchett [et al.] // Pain. – 2005. – № 119 (1–3). – P. 5–15.*
7. *Arnold L. M. Antidepressant treatment of fibromyalgia. A meta-analysis and review / L. M. Arnold, P. E. Keck, J. A. Welge // Psychosomatics. – 2000. – Vol. 41. – P. 104–113.*
8. *Bennett M. I. Intravenous lignocaine in the management of primary fibromyalgia syndrome / M. I. Bennett, Y. M. Tai // Int. J. Clin. Pharmacol. Res. – 1995. – № 15 (3). – P. 115–119.*
9. *Bennett R. The Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ): a review of its development, current version, operating characteristics and uses / R. Bennett // Clin. Exp. Rheumatol. – 2005. – № 23 (5). – S. 154–160.*
10. *Depression and pain comorbidity: a literature review / M. J. Bair, R. L. Robinson, W. Katon, K. Kroenke] // Arch. Intern. Med. – 2003. – Vol. 163. – P. 2433–2445.*
11. *Fibromyalgia relapse evaluation and efficacy for durability of meaningful relief (FREEDOM): a 6-months, double-blind, placebo-controlled trial with pregabalin / L. J. Crofford, P. J. Mease, S. L. Simpson [et al.] // Pain. – 2008. – № 136. – P. 419–431.*
12. *Meenan R. F. The AIMS approach to health status measurement: conceptual background and measurement properties / R. F. Meenan // J. Rheumatol. – 1982. – № 9. – P. 785–788.*
13. *Refined insights into the pain-depression association in chronic pain patients / Angst F., Verra M. L., Lehmann S. [et al.] // Clin. J. Pain. – 2008. – Vol. 24. – P. 808–816.*
14. *Relationships Among Depression, Chronic Pain, Chronic Disabling Pain, and Medical Costs / B. A. Arnow, C. M. Blasey, J. Lee [et al.] // Psychiatr. Serv. – 2009. – Vol. 60 (3). – P. 344–350.*
15. *Safety and tolerability of duloxetine in the treatment of patients with fibromyalgia: pooled analysis of data from five clinical trials / E. H. S. Choy, P. J. Mease, D. K. Kajdasz [et al.] // Clin. Rheumatol. – 2009. – № 28 (9). – P. 1035–1044.*
16. *Sexual and physical abuse in women with fibromyalgia syndrome: a test of the trauma hypothesis / D. S. Ciccone, D. K. Elliott, H. K. Chandler [et al.] // Clin. J. Pain. – 2005 – № 21 (5). – P. 378–386.*
17. *Tramadol and acetaminophen combination tablets in the treatment of fibromyalgia pain: a double-blind, randomized , placebo-controlled study / R. M. Bennett, M. Kamin, R. Karim [et al.] // Am. J. Med. – 2003. – № 114 (7). – P. 537–545.*

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ФИБРОМИАЛГИЕЙ НА ФОНЕ ХРОНИЧЕСКОГО НЕВРОПАТИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Д.Н. Сапон

Актуальность. Депрессии несут с собой большой груз как для социума, так и для пациента, существенно снижая качество и уровень жизни. По предварительным данным, депрессия претендует на второе место по факторам, которые обозначают количество потерянных лет жизни в связи с утратой трудоспособности и уступают по этой характеристике лишь ишемической болезни сердца. Хронический болевой синдром к 2011 году выявлен у 250 млн пациентов по всему миру. Ожидается, что в 2015 году вдвое возрастет количество пациентов с фибромиалгией, втрое – с невропатической болью. Поэтому проблема терапии подобных состояний становится всё более актуальной.

Цель. Выявить диагностические критерии и клинические проявления, установить особенности распространения тревожно-депрессивных расстройств у пациентов с фибромиалгией и хроническим невропатическим болевым синдромом травматического генеза.

Методы и материалы. В соответствии с целью исследования было обследовано 206 человек, среди которых 97 с фибромиалгией, 109 – с хроническим невропатическим болевым синдромом травматического генеза. Все пациенты в начале обследования прошли общее клиническое обследование, оценку интенсивности боли, исследование крови, ЭНМГ, ЭЭГ, вызванные потенциалы Р300. На втором этапе всем пациентам проводилась оценка уровня тревожного, а также депрессивного состояния при помощи анкетирования по опроснику Шихана, опроснику по фибромиалгии, тестовым методикам HAD, SF-36, PRIME-MD. В последующем происходила оценка взаимосвязи проявлений тревожно-депрессивных состояний у пациентов с фибромиалгией, а также хроническим невропатическим болевым синдромом травматического генеза. Также сравнению подлежала оценка качества и уровня жизни отдельно при фибромиалгии и ХНБС.

Результаты исследования. Было установлено, что пациентов с высоким уровнем тревоги больше при фибромиалгии, нежели при ХНБС (соответственно 32% и 16,8%). Также исследование показало, что количество пациентов с депрессивными расстройствами при фибромиалгии менше, нежели при диагнозе ХНБС (соответственно 33,8% и 48,6%). Количество пациентов со снижением качества и уровня жизни было больше при ХНБС (69,2%), нежели при фибромиалгии.

Заключение. Исследованием было установлено, что среди обследованных были пациенты с психопатологическими изменениями, в том числе тривожно-депрессивными расстройствами. Результаты обследования указывают на то, что пациентов с высоким уровнем тревоги больше при фибромиалгии, нежели при хроническом невропатическом болевом синдроме травматического генеза.

Депрессивными расстройствами различной степени выраженности, а также более выраженным снижением уровня и качества жизни страдали пациенты с хроническим невропатическим болевым синдромом травматического генеза и в меньшей степени – пациенты с фибромиалгией, что было установлено данным исследованием.

Ключевые слова: фибромиалгия, тревожно-депрессивные расстройства, реактивно-личностная тревожность, депрессия, хронический невропатическая болевой синдром травматического генеза.

FEATURES DIAGNOSIS ANXIETY-DEPRESSIVE DISORDERS IN PATIENTS WITH FIBROMYALGIA WITH CHRONIC NEUROPATHIC PAIN OF TRAUMATIC GENESIS

D. Sapon

Summary. 206 persons with a chronic neurological pain syndrome, among which group of patients with a chronic neurological pain syndrome and group of patients with the diagnosis of fibromyalgia are inspected. It was set that among inspected there were patients with abnormal psychology symptoms, namely with anxious-depressed disorders. The results of inspection specify on that the level of alarm was marked anymore for patients with fibromyalgia by comparison to HNBS. The depressed disorders were present mainly for patients with the diagnosis of HNBS.

Objectives. Depressions carry with itself a large load both for society and for a patient, substantially reducing quality and standard of living. From preliminary data depression applies into second place on factors which designate the amount of the lost years of life in connection with the loss of ability to work and yield by this recommendation only to ischemic heart trouble. Together with it a chronic pain syndrome diagnosis by 2011 walked over a threshold 250 million patients all over the world. It is expected that in 2015 twice the amount of patients will grow with fibromyalgia, three times with neurological pain. Thus the problem of therapy of the similar states becomes more actual.

Aim. To expose diagnostic criteria, clinical displays, set the features of distribution for the anxious-depressed patients with the diagnosis of fibromyalgia, and also chronic neurological pain syndrome of traumatic genesis.

Methods & materials. In accordance with a purpose researches were inspected 206 persons among which 97 persons with the diagnosis of fibromyalgia, 109 persons with a diagnosis of chronic neurological pain syndrome of traumatic genesis. All patients at the beginning of inspection passed a general clinical inspection, estimation of intensity of pain, hemanalysis, ENMG, EEG, caused potentials of R300. On the second stage the estimation of level of the anxious, and also depressed state was conducted all patients through a questionnaire on the questionnaire of Shikhana, questionnaire on fibromyalgia, test methods of HAD, SF-36, PRIME-MD. In subsequent there was an estimation of intercommunication of displays of the anxious-depressed states for patients with fibromyalgia, and also by the chronic neurological pain syndrome of traumatic genesis. The estimation of quality and standard of living was also subject comparison separately at fibromyalgia, and also CNPS.

Results. It was set that more patients are with the high level of alarm at fibromyalgia, than at CNPS (accordingly 32% and 16,8%). Research showed also, that amount of patients with the depressed disorders at fibromyalgia less than at the diagnosis of CNPS (accordingly 33,8% and 48,6%). With the decline of quality and standard of living patients had an amount of patients anymore with the diagnosis of CNPS (69,2%), than for patients with the diagnosis of fibromyalgia.

Conclusion. It was set by research, that among inspected there were patients with abnormal psychology changes, including anxious-depressed disorders. The results of inspection specify on that more patients are with the high level of alarm at fibromyalgia, than at the chronic neurological pain syndrome of traumatic genesis.

It was set by this research, that the depressed disorders of different degree, and also more expressed decline of level and quality of life patients suffered at a chronic neurological pain syndrome of traumatic genesis diagnosis and less patients with the diagnosis of fibromyalgia.

Key words: fibromyalgia, anxiety-depressive disorder, reactive and personal anxiety, depression, chronic neuropathic pain of traumatic genesis.

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89-008.441.13:575.191:001.8

С.С. Румянцева,Т.В. Синіцька, Ю.В. Вольних

ДО ПИТАННЯ СТАНДАРТІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НАРКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

ДУ «Український моніторинговий та медичний центр
з наркотиків та алкоголю МОЗ України», м. Київ

Ключові слова:
медичні стандарти, протоколи, психоактивні речовини, лікування.

У статті проведено аналіз існуючих стандартів лікування розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин та висвітлено питання необхідності їх удосконалення і доопрацювання.

Проблеми охорони здоров'я (ОЗ) населення та діяльність, спрямована на його збереження і зміцнення, вимагають постійної уваги з боку держави. ОЗ є одним із пріоритетних напрямів державної політики та одним із основних факторів національної безпеки країни (згідно з п. 6 ст. 92 Конституції України від 28 червня 1996 р. [5], ст. 12 Основ законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р. [13], ст.7 Закону України «Про основи національної безпеки України» від 19 червня 2003 р. [3], Концепцією розвитку охорони здоров'я населення України, затвердженою Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. [19], Указом Президента України «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» від 6 грудня 2005 р. [18], Міжгалузевою комплексною програмою «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки», затвердженою Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. [6]).

Необхідне для галузі реформування передбачає організацію ресурсів таким чином, щоб максимально ефективно та безпечно задовольняти потреби пацієнтів, а також надавати профілактичну та лікувальну допомогу без зайвих затрат відповідно до рівня та сучасних можливостей науки. Разом із необхідністю удосконалення системи моніторингу, методів діагностики, лікування і реабілітації, підвищення кваліфікації фахівців постає задача розробки і впровадження в медичну практику відповідних галузевих стандартів, що на даний час є актуальною потребою сьогодення і вагомим внеском в реформування галузі ОЗ [8].

Державні соціальні нормативи у сфері ОЗ установлюються відповідно до Закону України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» [2], до частини першої статті 141 Основ законодавства України про охорону здоров'я [13], підпункту 6.3 підпункту 6 пункту 4 Положення про Міністерство охорони здоров'я України, затвердженого Указом Президента України від 13 квітня 2011 року № 467 [9], наказу Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 29 листопада 2012 року за № 2001/22313 (Методика № 751) [10], на виконання пунктів 2 (Програма № 597), 3 (Програма № 597) та 13 Плану заходів Міністерства охорони здоров'я України з реалізації Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року (Програма № 597), затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 вересня 2011 року № 597 [9].

Галузеві стандарти у сфері ОЗ розробляються і затверджуються центральним органом виконавчої влади у сфері ОЗ (тобто МОЗ України).

Галузевими стандартами у сфері ОЗ є:

- стандарт медичної допомоги (медичний стандарт) – сукупність норм, правил і нормативів, а також показники (індикатори) якості надання медичної допомоги відповідного виду, які розробляються з урахуванням сучасного рівня розвитку медичної науки і практики;
- клінічний протокол – уніфікований документ, який визначає вимоги до діагностичних, лікувальних, профілактичних та реабілітаційних методів надання медичної допомоги та їх послідовність.

Додержання стандартів медичної допомоги (медичних стандартів), клінічних протоколів є обов'язковим для всіх ЗОЗ, а також для фізичних осіб – підприємців, що провадять господарську діяльність з медичної практики [14].

Важливо зазначити, що уніфіковані клінічні протоколи медичної допомоги і медичні стандарти мають індикатори якості, за якими можна оцінити якість наданої медичної допомоги за певний період, у певному закладі ОЗ, регіоні, в системі МОЗ України [16].

Для підвищення ефективності діагностики, лікування та реабілітації хворих наркологічного профілю необхідні ретельний аналіз та удосконалення існуючих нормативних документів у даній галузі.

На сьогодні медична допомога пацієнтам із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин (ПАР) надається у спеціалізованих державних наркологічних установах. Поряд з цим збільшилася кількість недержавних організацій, які надають медичні та реабілітаційні послуги відповідним хворим. Тому питання щодо формування спільної консолідованої та виваженої позиції щодо лікування відповідних захворювань наркологічного профілю для нашої країни є вкрай актуальним.

На сьогодні є тенденція до відмови від обов'язкових мінімальних курсів лікування осіб з вищезазначеними пато-

логіями, що в деяких випадках може призводити до недотримання права хворих на одержання повноцінної допомоги, до невиправданого скорочення програм та термінів лікування, до появи безлічі «цілителів», які не мають достатніх професійних і моральних рис, до профанації та комерціалізації терапії, до використання різноманітних «експрес-методів» лікування, які ігнорують принципи комплексності, поетапності та диференційованості терапії [1].

Аналізуючи розроблені у нашій державі стандарти надання наркологічної допомоги, які визначали підходи до лікування хворих із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання ПАР [7], слід зауважити наступне.

В наведених документах не завжди чітко обгрунтований об'єм медичних послуг для лікування відповідних розладів, а також непоодинокі випадки включення таких медичних послуг, що не відповідають стандартам оснащення наркологічного відділення, диспансеру, лікарні, наркологічного центру тощо.

У відповідних нормативах обрана тривалість стаціонарного лікування наркологічних хворих не обгрунтована клініко-динамічними характеристиками захворювання та економічною ефективністю. Що стосується амбулаторної фази лікування, то у протоколах не зазначена кратність відвідування пацієнтом лікаря-нарколога залежно від тяжкості розладу.

Привертає увагу факт відсутності стандарту медико-соціальної реабілітаційної допомоги, а пропоновані елементи такої допомоги, що включені до існуючих протоколів, у більшості випадків не можуть забезпечити бажаного лікувально-реабілітаційного ефекту.

Відповідні нормативні документи не проходили зовнішнього ліцензування, не мали диференційованих доказів пропонованих методів, були створені фахівцями монодисциплінарної робочої групи, а не мультидисциплінарної, як це прийнято в усьому світі, а також не містили інформації про точну дату наступного перегляду, а також переліку першоджерел літератури [15].

Протоколи надання спеціалізованої наркологічної допомоги хворим із розладами наркологічного профілю повинні включати всі зазначені ПАР у рубриках F10–F19 МКХ–10 [4].

Стандарти були розроблені експертним методом на основі фахового консенсусу, а не на принципах доказової медицини (у документи мають включатися медичні технології, ліки з доведеною ефективністю).

При використанні нозологічної моделі пацієнта доцільне складання самостійного стандарту по кожному окремому коду МКХ–10 у зв'язку з тим, що кожен з таких станів вимагає різної форми надання медичної допомоги і різної тривалості лікування. Найкращим рішенням є складання такої моделі пацієнта, яка враховувала б нозологічну форму, стадію і тяжкість захворювання, залежно від яких рекомендувалися б мінімальні або максимальні курси лікування.

У більшості випадків нормативи орієнтувалися на спеціальність «Наркологія» а не на діагноз, без урахування системного підходу та мульти-/коморбідності хворобливих станів.

Затверджені протоколи не працювали в системі якістю, оскільки не містили її індикаторів для моніторингу, що унеможливлювало виміряти та оцінити ефективність наданої медичної допомоги в цілому; також важливою перепоною для здійснення моніторингу залишається факт відсутності відповідного незалежного контролера дотримання зазначених нормативів.

На сьогодні в нашій державі взагалі відсутні нормативи надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах за спеціальністю «Наркологія» (на відміну від протоколів), оскільки останній відповідний документ – «Державні соціальні стандарти у сфері охорони здоров'я «Наркологія», затверджений наказом МОЗ України від 28.12.2009 р. № 507, втратив чинність згідно з наказом МОЗ України від 08.05.2014 р. № 310) [11].

Виходячи з того, що стандарти, які існували досі, не завжди були підкріплені відповідними науковими дослідженнями, інші підпадали під правові колізії із затвердженими МОЗ інструкціями із застосування ряду лікарських засобів, треті не включали досягнень сучасної наркологічної науки, – потрібно створити такі нормативи, які б урахували сучасні вимоги доказової медицини, що передбачають впровадження новітніх технологій систематичного збору, аналізу, синтезу та застосування якісної наукової медичної інформації, яка дозволяє приймати оптимальні клінічні рішення на користь пацієнта.

Слід зазначити, що протоколи лікування наркологічних хворих повинні забезпечувати необхідний мінімум надання наркологічної допомоги, полегшувати взаємопорівняння рівнів цієї допомоги у різних наркологічних установах, сприяти вирішенню питань фінансування, утворювати критерії та орієнтири при визначенні відповідності ліцензійним вимогам.

Висновки

Застосування єдиних, найпрогресивніших і вивірених технологій лікування розладів у відповідних хворих послужить не тільки протидії названим негативним тенденціям, а й підвищенню середнього рівня наркологічної допомоги, поширенню позитивного досвіду, накопиченого у різних наркологічних і психіатричних закладах нашої країни, повсюдному впровадженню досягнень науки.

Модернізації ОЗ населення повинна передувати серйозна підготовча робота, зокрема, щодо розробки та затвердження медико-технологічних документів, які оптимізують медичну допомогу при певних нозологіях чи патологічних станах, розроблених у масштабах нашої країни мультидисциплінарними робочими групами відповідно до сучасних наукових принципів, спираючись на засади доказової медицини та світовий досвід.

Список використаної літератури

1. *До питання стандартів діагностики наркологічних розладів / І. Я. Пінчук, С. С. Румянцева,Т. В. Синіцька [та ін.] // Архів психіатрії. – 2015. – № 1 (80). – С. 26–29.*
2. *Закон України «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/2017-14.*
3. *Закон України «Про основи національної безпеки України» від 19 червня 2003 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/964-15.*
4. *Карманное руководство к МКБ–10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж. Э. Купер. ; пер. с англ. Д. Полтавец. – К. : Сфера, 2000. – 464 с.*
5. *Конституція України від 28 червня 1996 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/254к/96-вр.*
6. *Міжгалузева комплексна програма «Здоров'я нації» на 2002–2011 роки», затверджена Постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/laws/show/14-2002-п*

7. *Наказ від 21.09.2009 № 681 Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності «Наркологія». [Електронний ресурс]. – Точка доступу: http://www.poltavalk.com.ua/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=157&Itemid=29.*
8. *Наказ МОЗ України від 01.08.2011 № 454 «Про затвердження концепції управління якістю медичної допомоги у галузі охорони здоров'я в Україні на період до 2020 року» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.apteka.ua/article/91912.*
9. *Наказ МОЗ України від 16 вересня 2011 року № 597 Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року. / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://zakon1.rada.gov.ua.*
10. *Наказ МОЗ України від 28 вересня 2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України». МОЗ України / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: (Методика N 751).*
11. *Наказ МОЗУ від 08.05.2014 № 310 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://document.ua/pro-viznannja-takimi-sho-vtratili-chinnist-dejakih-nakaziv-m-doc189733.html.*
12. *Наказ Президента України від 13 квітня 2011 року № 467 «Про Положення про Міністерство охорони здоров'я України» / [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/laws/show/467/2011.*
13. *Основи законодавства України про охорону здоров'я від 19 листопада 1992 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/go/2801-12.*
14. *Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги : Закон України від 7 липня 2011 р. № 3611-VI / [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://zakon1.rada.gov.ua.*
15. *Реабилитация и ресоциализация лиц с состояниями зависимости : Материалы XIII научно-практической конференции «Довженковские чтения: реабилитация и ресоциализация лиц с состояниями зависимости различного происхождения», 10–11 апреля 2012 г., г. Харьков.*
16. *Рогова О. Г. «Державна політика стандартизації в системі охорони здоров'я в Україні» / Рогова О. Г. [Електронний ресурс]. – Режим доступу : www.kbuapa.kharkov.ua/e-book/...2/.../02.pdf*
17. *Степаненко А. В. Уніфікована методика з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, локальних клінічних протоколів медичної допомоги (клінічних маршрутів пацієнтів) на засадах доказової медицини [Електронний ресурс] / [А. В. Степаненко, О. М. Морозов, В. Т. Чумак та ін.] // Укр. мед. часопис. – 2009. – Режим доступу : http://www.umj.com.ua.*
18. *Указ Президента України від 6 грудня 2005 р. «Про невідкладні заходи щодо реформування системи охорони здоров'я населення» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1694/2005.*
19. *Указ Президента України від 7 грудня 2000 р. щодо Концепції розвитку охорони здоров'я населення України, затверджений Указом Президента України від 7 грудня 2000 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: zakon.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000.*

К ВОПРОСУ СТАНДАРТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ НАРКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

С.С. Румянцева, Т.В. Синицкая, Ю.В. Вольных

В статье проведен анализ существующих стандартов лечения расстройств психики и поведения вследствие употребления психоактивных веществ и освещены вопросы необходимости их усовершенствования и доработки.

Ключевые слова: медицинские стандарты, протоколы, психоактивные вещества, лечение.

THE QUESTION OF STANDARDS OF TREATMENT OF PATIENTS NARCOLOGICAL

S. Rumyantsev, T. Sinitskaya, Y. Volnykh

The article analyzes the current standards of treatment of mental disorders and behavior due to the use of psychoactive substances and the need to address the issues of improvement and refinement.

Key words: medical standards, protocols, psychoactive substances, treatment.

УДК 616.89-008.13-008.545-07-08

Н.Ю. Напрєєнко

ПОХОДЖЕННЯ, ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ДЕПРЕСІЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ

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

Обстежено 160 хворих на алкоголізм із симптомами депресії. Вивчено взаємозв'язок між синдромом алкогольної залежності та депресивними розладіами. Встановлено, що за походженням такі депресії можна поділити на психогенні (66,3% пацієнтів), ендогенні (11,3%), органічні (цереброорганічні та соматогенні – 22,4%) і змішані. У обстежених виділено наступні клінічні варіанти депресивних станів: 1) депресивно-іпохондричний – у 42,5% хворих; 2) астенічно-депресивний – у 20,6%; 3) тривожно-депресивний – у 19,4%; 4) депресивно-дисфоричний – у 8,8%; 5) депресивно-апатичний – у 4,35%; і 6) простий – у 4,35% пацієнтів. Показано, що депресія у більшості з цих пацієнтів провокує рецидиви алкоголізації, знижує якість та тривалість ремісії та погіршує сомато-неврологічний і соціальний стан хворих. Розроблено комплексну систему діагностки та лікування для оцінки та корегування складових «хибного кола» (психічної, соматичної та соціальної), притаманних таким пацієнтам. Ця програма допомоги враховує виявлені під час дослідження механізми розвитку депресії, її клінічні варіанти, клінічні та динамічні характеристики залежної поведінки, характерологічні риси пацієнта, наявні соматичні та неврологічні відхилення і ситуацію в його мікрооточенні.

Ключові слова:
алкоголізм, депресії, їх взаємозалежність, походження депресій, їх клінічні варіанти, терапія.

Актуальність. Співіснування алкогольної залежності (АЗ) та депресивних розладів (ДР) описане багатьма авторами [3–5, 7]. Наші попередні дослідження підтверджують той факт, що саме коморбідна депресія разом із певними рисами особистості таких пацієнтів найчастіше зумовлюють актуалізацію патологічного потягу до алкоголю (ППА), створюють небезпеку виникнення рецидивів хвороби та загалом знижують тривалість і якість ремісії [1, 2].

Хворі на АЗ із ДР є однією зі складних груп в плані діагностики, лікування, профілактики, медичної та соціальної реабілітації. Діагностика симптомів депресії у них виявляється проблематичною [6], на нашу думку, через домінування її атипової, стертої клінічної картини [1, 2]. Це значною мірою пов'язано з різноманітністю походження ДР у таких осіб. Прояви депресії переважно ігноруються самими пацієнтами, як правило, є непомітними для оточуючих і «маскуються» систематичним пияцтвом. При цьому депресивні симптоми слід відносити до складу основних синдромів АЗ. Важливо й те, що після повної або часткової редукції останніх ДР залишаються, вони «ховаються» за численними соматичними та цереброорганічними наслідками хронічної алкогольної інтоксикації. Такі хворі зазвичай звертаються за медичною допомогою тільки у випадках рецидивів алкоголізації, частіше у вигляді запоїв. Усе це значною мірою зумовлює затяжний перебіг і терапевтичну резистентність як ДР, так і АЗ.

Не дивлячись на значну увагу до цієї проблеми науковців і практиків-психіатрів (наркологів), слід визнати, що чинні стандартні підходи до надання допомоги таким пацієнтам не є достатньо ефективними.

Матеріали і методи дослідження

Метою нашого дослідження стало вивчення причин, закономірностей формування та клінічної структури депресій при алкогольній залежності, удосконалення критеріїв їх діагностики й розробка комплексної системи диференційованого лікування.

З використанням клініко-анамнестичного, соціально-демографічного, клініко-психопатологічного, психодіагностичних (скринінг-шкала AUDIT – виявлення осіб, які зловживають алкоголем, шкала самооцінки депресії Цунга, стандартизована шкала депресії Гамільтона, шкала Ч.Д. Спілбергера–Ю.Л. Ханіна – оцінка рівня реактивної тривоги та особистісної тривожності, методика К. Леонгарда–Г. Шмішека – вивчення акцентуацій характеру), загальних клінічних і лабораторних, за показаннями – нейрофізіологічних (ЕЕГ, МРТ) і призначених лікарями-інтерністами спеціальних соматичних та неврологічних методів здійснено обстеження 160 хворих на АЗ із ДР, чоловічої статі, віком 32 – 56 років.

Результати та їх обговорення

Клінічні варіанти та походження депресій при АЗ. Комплексне обстеження показало, що у більшості пацієнтів симптоми депресії «маскувалися» астенічними, іпохондричними та сомато-вегетативними порушеннями. Основними скаргами були: зниження працездатності – у 135 (84,4%), надмірна дратівливість – у 119 (74,4%,) швидка втомлюваність – у 114 (71,3%), порушення сну – у 83 (51,9%), неприємні внутрішні відчуття – у 47 (29,4%) обстежених. Ці прояви відсували на другий план власне депресивні порушення, симптоми яких пацієнти відмічали лише в процесі тривалого розпитування або й взагалі не вказували, проте вони завжди виявлялися за допомогою тестування за шкалою Гамільтона. Діагностували наступні клінічні варіанти депресивних синдромів: 1) депресивно-іпохондричний – у 68 (42,5%) пацієнтів; 2) астенічно-депресивний – у 33 (20,6%) пацієнтів; 3) тривожно-депресивний – у 31 (19,4%) пацієнта; 4) депресивно-дисфоричний – у 14 (8,8%) пацієнтів; 5) апатико-депресивний – у 7 (4,35%) пацієнтів; 6) простий депресивний – у 7 (4,35%) хворих. При цьому спільними особливостями всіх пацієнтів було некритичне сприйняття ними власного емоційного стану, невиразність почуття провини із прагненням звинувачувати у своїх проблемах оточуючих, інтенсивні короткотривалі або затяжні психопатоподібні реакції та невідповідність між значною виразністю іпохондричних і астенічних проявів.

У 78 (48,8%) хворих на фоні проведеної раніше терапії спостерігалася тенденція до затяжного перебігу недуги з частими епізодами посилення депресивної симптоматики, спровокованими конфліктними життєвими обставинами та/або погіршенням соматичного стану, що супроводжувалося актуалізацією ППА. Щодо усунення ДР значна кількість цих пацієнтів виявлялися терапевтично резистентними. У випадках, при яких у діагностичному комплексі застосовували шкалу Гамільтона, позитивна динаміка проявів депресії становила менше 50%.

Аналіз загальних закономірностей формування ДР при АЗ показав, що вони є гетерогенною групою. В цілому їх можна поділити на психогенні, ендогенні, органічні та змішані.

Так, у 106 (66,3%) пацієнтів формування ДР відбувалося за впливу психотравмівних обставин, здебільшого безпосередньо пов'язаних з конфліктною ситуацією в мікрооточенні. Неблагополучні інтерперсональні стосунки, що спричиняли виникнення депресії, у 48 (30,0%) з цих хворих торкалися партнерського, подружнього та родинного життя, у 35 (21,9%) були пов'язані із неприємностями на роботі, руйнуванням планів, кар'єри, у 23 (14,4%) пацієнтів були змішані соціальні проблеми.

Велику питому вагу психогенно зумовлених депресій у цих хворих можна пояснити їх нездатністю до адекватної психологічної адаптації в умовах психотравмівних обставин внаслідок преморбідних і постморбідних індивідуально-психологічних рис особистості та домінування неефективних (інфантильних та невротичних) механізмів психологічного захисту. Внаслідок алкоголізації у них закріплювалися індивідуально-психологічні стереотипи девіантної поведінки, поглиблювалися порушення в процесах адаптивності та самоактуалізації, що, в свою чергу, заважало гармонізації міжособистісної взаємодії у буденному житті, запобіганню міжособистісним та внутрішньоособистісним конфліктам.

Виявлені нами у обстежених хворих поглиблення преморбідних тенденцій до депресивного реагування на різноманітні несприятливі чинники внаслідок соматичних, цереброорганічних і соціальних ускладнень залежності, зростання небажання пацієнтів визнати себе хворими, некритичність, неможливість правильно оцінити негативний вплив наслідків вживання алкоголю на особисте життя, професійну діяльність, долю сім'ї та інші соціальні стосунки, відсутність установки на одужання, неадекватне уявлення про себе можна розглядати в якості основних об'єктів впливу психотерапії. У 18 (11,3%) хворих ДР за походженням та клінічними особливостями належали до ендогенної афективної патології. Їм були властиві такі ознаки, як добові коливання настрою з певним його покращенням у другій половині дня, надцінні ідеї меншовартості та неповноцінності, почуття провини та велика питома вага соматовегетативних розладів, притаманних «класичній» депресії. Прояви психопатологічної симпто-

матики мали фазовий характер, відмічалися спонтанні сезонні зміни настрою у вигляді затяжних станів пригніченості зі зниженням активності та працездатності, втратою попередніх інтересів, постійною наявністю тривожного компонента, зниженням апетиту, втратою ваги, безсонням. Органічний генез ДР у 36 (22,4%) пацієнтів було підтверджено в процесі клініко-неврологічного та нейрофізіологічного дослідження. Більшість з них відповідали діагностичним критеріям «Органічного афективного розладу» (F06.3 за МКХ–10). Їх виникнення було пов'язане з органічним ураженням головного мозку, що сформувалось як внаслідок безпосереднього токсичного впливу етанолу на центральну нервову систему, так і завдяки іншим механізмам дисметаболічного характеру за рахунок наявної соматичної патології, спричиненої хронічною алкогольною інтоксикацією. Депресії були структурною складовою основних синдромів алкогольної залежності, часто вони зустрічалися в рамках ППА як його афективний компонент. Клінічна картина депресій значною мірою відповідала варіантам психоорганічного синдрому. За ступенем виразності симптоматики ці депресії були найменш інтенсивними, у пацієнтів спостерігався стійкий субдепресивний стан із короткотривалими психопатоподібними реакціями в поєднанні зі значною виснажливістю психічної діяльності та помірно вираженими когнітивними розладами. Характерною була часта зміна настрою, що виникала із незначного приводу або спонтанно, пароксизмально, з появою роздратованості, нетерпимості, неспроможності стриматися.

Отже, в генезі ДР при АЗ велику питому вагу мають соціально-психологічні чинники. З одного боку, в таких осіб наявне усвідомлення необхідності докорінної зміни стилю життя, стереотипів, манери поведінки. З іншого – хворі неспроможні адекватно контролювати власні емоції, реагувати на звичайні стресогенні ситуації повсякденного життя без вживання алкоголю. Внаслідок цього у пацієнтів прискорюється соціальна дезадаптація, зростає ризик аутоагресивної поведінки, знижується ефективність лікувальних та реабілітаційних заходів. При цьому формується замкнене коло: зловживання алкоголем викликає афективну патологію, яка, в свою чергу, веде до посилення алкоголізації.

Діагностика та диференційна діагностика ДР при АЗ передбачають виявлення симптомів депресії за допомогою клінічного та параклінічних методів обстеження, визначення її етіології (ендогенне, психогенне, екзогенно-органічне чи змішане походження), виразності (непсихотичний або психотичний регістр порушення), клінічних особливостей та типу перебігу.

У процесі діагностики проводиться:

1. Детальне медичне обстеження осіб з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю на предмет наявності симптомів депресії, особливо в групі високого ризику її виникнення (пацієнти з епізодами депресії в анамнезі, за наявності коморбідної соматичної, цереброорганічної патології, розладів особистості, кризових станів, особливо за відсутності соціальної підтримки, особи з посттравматичним стресовим розладом тощо).

2. Усі пацієнти з групи ризику та з підозрою на депресію з метою верифікації її симптомів, визначення походження депресії та типу її перебігу повинні бути обстежені за допомогою клініко-психопатологічного, соматичного, неврологічного, психодіагностичного, лабораторних та інструментальних методів.

3. Пацієнти із симптомами тяжкої депресії, при підозрах на ендогенний характер психопатології, з дисфоричним варіантом симптоматики, а також у випадках терапевтичної резистентності, при наявності аутоагресивних тенденцій, психотичних симптомів повинні бути скеровані на консультацію до психіатра з метою проведення диференційної діагностики, визначення нозологічної належності депресії та призначення відповідного лікування.

4. За наявності ознак депресії та соматичної чи цереброорганічної патології хворих необхідно проконсультувати у відповідного спеціаліста.

Лікування. Розроблена нами програма терапії ДР при АЗ передбачає інтегрування методів біологічного та психотерапевтичного впливу. Програма будується із врахуванням механізмів розвитку депресії та її клінічної картини, клінічних та динамічних характеристик залежності від алкоголю, особливостей особистості пацієнта та його мікросоціального оточення, наявності соматичних та неврологічних наслідків хронічної алкогольної інтоксикації.

Курсова терапія має бути тривалою та проводитися у три етапи, з відповідними цим етапам способами та методами лікувального впливу. Етапи терапії: 1 – купірування поточної депресії та ППА; 2 – стабілізуюча терапія з корекцією особистісних та когнітивних розладів; 3 – протирецидивна терапія, спрямована на усунення чинників ризику даної патології.

Лікування хворих з легкою та помірно вираженою депресією, за умови, що дана симптоматика не супроводжується посиленням патологічного потягу до алкоголю, зазвичай проводиться амбулаторно.

Наявність у пацієнта депресивно-дисфоричного стану може свідчити про актуалізацію ППА і є рецидивонебезпечною ситуацією, що вимагає вирішення питання про необхідність надання допомоги в умовах стаціонару психіатричного або наркологічного профілю із призначенням комплексної медикаментозної терапії. Психотерапевтичні методики в таких випадках, за винятком спеціальних протиалкогольних, є малоефективними. Своєчасно розпочата фармакотерапія дозволяє запобігти рецидиву недуги. Пацієнта та його рідних слід поінформувати, що при виникненні пригніченого настрою із злостивістю, роздратованістю, надмірною чутливістю до зовнішніх подразників, внутрішнім напруженням та гнівливістю необхідно невідкладно звернутися до лікаря і розпочати лікування.

Психотропні препарати, які використовуються для лікування ДР при АЗ, повинні сприяти якомога швидшій редукції депресивних проявів, формуючи базу для психотерапевтичної корекції, не викликати виразних побічних ефектів, які можуть знижувати мотивацію пацієнта до лікування, та добре поєднуватися із іншими фармакологічними засобами з огляду на високу частоту коморбідності депресії з іншими психопатологічними розладами, численні соматичні та цереброорганічні ускладнення хронічної алкогольної інтоксикації.

Для лікування ДР при АЗ використовують антидепресанти – наприклад, селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (SSRI) в комплексі з нормотиміками, транквілізаторами, нейролептиками з тимолептичними властивостями, гепатопротекторами та ноотропами.

Пацієнти з легкою чи помірно вираженою ендогенною депресією часто порушують режим прийому препаратів, оскільки вважають наявні в них фазові коливання настрою своєю характерологічною особливістю. Тому мотивом звернення до лікаря зазвичай є лише черговий рецидив алкоголізації. Отже, вже на перших етапах лікування, поряд із використанням психофармакотерапії, особливе значення має раціональна та сімейна психотерапія. Важливо пояснити пацієнту та його рідним взаємозв'язок між розладами настрою і АЗ задля розуміння необхідності тривалого прийому підтримувальної терапії. Пацієнт повинен переконатися в тому, що наявні у нього соматичні та цереброорганічні порушення виникли внаслідок зловживання алкоголем і усунути їх можна лише при відмові від подальшого вживання спиртного. Результати проведених лабораторних та інструментальних обстежень доцільно використовувати в якості об'єктивних доказів руйнівного впливу алкоголю на організм та позитивних змін при відмові від нього. Використання сугестивних методів у пацієнтів із ДР при АЗ виявляється ефективним лише за умови стабілізації емоційної сфери та відсутності серед мотивів зловживання алкоголем патологічних мотивів самоушкодження.

Висновки

Вивчення причин, закономірностей формування та клінічної структури депресій при АЗ дозволило науково обґрунтувати принципи лікувально-діагностичної допомоги цим хворим. Виявлення у них біологічних, психологічних та соціальних чинників ризику появи ДР при АЗ у їх взаємозв'язку дозволяє побудувати терапію, яка передбачає поєднання психофармакотерапевтичних та психотерапевтичних впливів.

Стратегія лікування таких хворих повинна бути комплексною, поетапною, безперервною та тривалою, із використанням індивідуальних програм різної інтенсивності, спрямованих на відновлення психічного, соматичного, сімейного та соціального статусу пацієнта.

Список використаної літератури

1. *Наркологія. Психічні та поведінкові розлади, спричинені психоактивними речовинами / О. К. Напрєєнко, Л. В. Животовська, Н. Ю. Петрина, Л. В. Рахман ; за ред. О. К. Напрєєнка. – К. : Здоров'я, 2011. – 208 с.*
2. *Нециркулярні депресії : монографія / О. К. Напрєєнко, К. М. Логановський, О. Г. Сиропятов ; за ред. проф. О. К. Напрєєнка. – К. : Софія-А, 2013. – 624 с.*
3. *Сайков Д. В. Алкогольная депрессия : монография / Д. В. Сайков, И. К. Сосин. – Харьков : Коллегиум, 2004. – 336 с.*
4. *Скрипніков А. М. Наркологія : навчальний посібник / А. М. Скрипніков, О. К. Напрєєнко, Г. Т. Сонник. – Тернопіль : ТДМУ «Укрмедкнига», 2008. – 360 с.*
5. *Deficits in emotion-regulation skills predict alcohol use during and after cognitive-behavioral therapy for alcohol dependence / M. Berking, M. Margraf, D. Ebert [et al.] // J. Consult. Clin. Psychol. – 2011. – Vol. 79 (3). P. 307–318.*
6. *Diagnosis, assessment, and management of harmful drinking and alcohol dependence: summary of NICE guidance / Pilling S., Yesufu-Udechuku A., Taylor C., Drummond C.; Guideline Development Group // BMJ. – 2011. – Vol. 342. – P. 700.*
7. *Initial depression and subsequent drinking during alcoholism treatment / K. R. Conner, S. Sorensen, K. E. Leonard // J. Stud. Alcohol Drugs. – 2005. – Vol. 66 (3). – P. 401–406.*

ПРОИСХОЖДЕНИЕ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕПРЕССИЙ ПРИ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

Н.Ю. Напреенко

Обследовано 160 больных алкоголизмом с симптомами депрессии. Изучена взаимосвязь синдрома алкогольной зависимости и депрессивных расстройств, установлено, что по происхождению такие депрессии можно разделить на психогенные (66,3% пациентов), эндогенные (11,3%), органические (цереброорганические и соматогенные – 22,4%) и смешанные. Определены следующие клинические варианты депрессивного состояния: 1) депрессивно-ипохондрическое – у 42,5% больных; 2) астено-депрессивное – у 20,6%; 3) тревожно-депрессивное – у 19,4%; 4) депрессивно-дисфорическое – у 8,8%; 5) депрессивно-апатическое – у 4,35%; 6) простое – у 4,35% пациентов. Показано, что депрессия у большинства из этих пациентов провоцирует рецидивы алкоголизации, снижает качество и длительность ремиссии и ухудшает сомато-неврологическое и социальное состояние больных. Разработана комплексная система диагностики и лечения, которая должна оценивать и корригировать составляющие «порочного круга» (психическую, соматическую и социальную), свойственные таким пациентам. Эта программа помощи учитывает установленные в процессе исследования механизмы развития депрессии, её клинические варианты, клинические и динамические характеристики зависимого поведения, характерологические особенности пациента, имеющиеся соматические и неврологические отклонения и ситуацию в его микроокружении.

Ключевые слова: алкоголизм, депрессии, их взаимосвязь, происхождение депрессий, их клинические варианты, терапия.

THE ORIGIN, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF DEPRESSION AT ALCOHOL DEPENDENCE

N. Napryeyenko

160 alcoholic patients with symptoms of depression were examinated. The correlation of alcohol dependence syndrome and depressive disorders has been studied. Established, that the origin of such depression can be divided into psychogenic (66,3% patients), endogenous (11,3%), organic (cerebral-organic and somatogenic – 22,4%) and mixed. They identified the following clinical variants of depression: 1) depressive-hypochondriac – in 42,5% of patients; 2) asthenic-depressive – at 20,6%; 3) anxiety-depressive – in 19,4%; 4) depressive-dysphoric – 8,8%; 5) depressive-apathic – at 4,35%; 6) simple – in 4,35% of patients. It is shown that depression in the majority of these patients relapse provokes alcoholization, reduces the quality and duration of remission and worsens somatic-neurological and social status of patients. Designed the complex system of diagnostics and treatment must assess and correct components of the "vicious circle" (mental, physical and social), specific to such patients. This program will allow identified during the study the mechanisms of depression, clinical variants of the latter, clinical and dynamic characteristics of dependent behavior, characterologic traits of the patients, the existing physical and neurological deviations and the situation in its microenvironment.

Key words: alcoholism, depression, their interdependence, the origin of depression, their clinical variants, therapy.

ТЕЗИ

О.О. Літвінов

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ТА СОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ПРИ ПЕРВАЗИВНИХ ПОРУШЕННЯХ РОЗВИТКУ У ПОВНОЛІТНІХ. ДИФЕРЕНЦІАЦІЯ ІЗ ШИЗОФРЕНІЄЮ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

centaurus999@ukr.net

Первазивні порушення розвитку (ППР) та шизофренія належать до найпоширеніших інвалідизуючих захворювань. Лікарі допускають помилки при проведенні диференційної діагностики дітей та повнолітніх пацієнтів із вказаною патологією.

На ранніх етапах діагностики розмежування шизофренії та ППР ускладнюється наявністю у багатьох дітей специфічних порушень сенсомоторного розвитку, мовлення та соціокогнітивного дефіциту, які на поведінковому рівні є психопатологічними особливостями обох розладів. Розлади спектра шизофренії (РСШ) та ППР схожі також на морфологічному рівні. Однак це окремі нозологічні групи, які мають свій особливий діапазон адаптивних можливостей.

Матеріали та методи дослідження. Рандомізовано 65 пацієнтів у віці 18 – 30 років. Рандомізація хворих відбувалася за належністю до нозологічних груп ППР та шизофренії, які маніфестували та були діагностовані в дитинстві або у підлітковому віці. 37 пацієнтів належали до групи ППР, 31 – до групи шизофренії.

Проводили анамнестичне та клініко-динамічне обстеження пацієнтів у групах порівняння. Для формалізованої структурованої оцінки використовували напівструктуроване діагностичне інтерв'ю аутизму (ADI – R), шкалу позитивних та негативних симптомів (PANSS). Для оцінки інтелекту використовували тест Векслера (WAIS).

Результати та їх обговорення. 41,2% хворих з ППР мали ознаки стійкої соціальної дезадаптації, потребували постійного стороннього нагляду та догляду; 38,2% хворих були частково здатні до самообслуговування; 20,6% хворих мали порівняно високий рівень адаптивної поведінки та були спроможні вести самостійне життя з соціальною підтримкою. Пацієнти з коморбідною розумовою відсталістю мали гірші адаптивні можливості, порівняно з тими, чий IQ був у межах норми.

Соціальна адаптація була гіршою в старшому віці, ніж у більш молодшому, хоча загальна тяжкість проявів аутизму знижувалась із дорослішанням хворих.

Наявність супутньої патології (депресія, тривога, епілепсія) корелювала з тяжкістю клінічних проявів ППР.

При оцінці за PANSS когорта ППР домінувала над групою порівняння за показником комунікативного дефіциту, інші показники наближались до таких у здорового населення.

За ADI-R спостерігалося істотне переважання групи ППР над групою шизофренії в мовному порушенні, та, особливо, у домені поведінки, при майже однаковому рівні соціалізації.

Висновки. Отримані результати свідчать про необхідність застосування диференційованих стратегій діагностики, лікування та медико-соціальної реабілітації повнолітніх хворих з ендогенно-процесуальними та первазивними розладами.