

подростков мужского пола. У пациентов 2-й группы чаще наблюдается кратковременная депрессивная реакция (F43.20) в равной мере у лиц обоего пола молодого возраста (32,7 г.). Интерпретация указанных результатов, их клинический анализ требуют дальнейшего исследования и не являются задачей данной публикации.

С учетом вышеизложенного можно утверждать, что для населения нашей страны основными дезадаптирующими факторами являются неблагоприятные жизненные события, они преобладают в структуре стрессовых воздействий и это необходимо учитывать в профилактике суицидального поведения.

Литература

1. Дмитриева Т.Б., Положий Б.С. Руководство по социальной психиатрии, Т.Б. Дмитриева, Б.С. Положий.- Москва: «Медицинское информационное агентство», 2009.- 544 с.

2. Casey R., Bally S Расстройство адаптации: положение дел / R.Casey, S.Bally // Всемирная психиатрия.- 2011.-U 10.- N1.- P2-20.

АНАЛИЗ МИКРОСОЦИАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК БОЛЬНЫХ С ШАР

Шустер Э.Е., Городко Е.Н., Дорошкевич А.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Традиционно шизоаффективное расстройство (ШАР) принято рассматривать как непрогредиентное эндогенное психическое заболевание с относительно благоприятным прогнозом, периодически возникающими приступами, в картине и динамике которых одновременно сосуществуют или последовательно развиваются циркулярные аффективные расстройства (депрессивные, маниакальные, смешанные) эндогенного характера и не выводимые из аффекта, свойственные шизофрении психотические симптомы (бредовые, галлюцинаторные). Большинство исследователей, работающих в этом направлении, сходятся во мнении, что особенностями шизоаффективного психоза являются:

- периодический характер течения с чередованием шизоаффективных и аффективных приступов;
- благоприятный прогноз без видимых признаков нарастания негативных расстройств;
- отсутствие в динамике заболевания видимого личностного сдвига и отсутствие признаков шизофренического дефекта;
- обязательное сочетание в картине психоза циркулярных аффективных расстройств и шизофренических бредовых симптомов.

В соответствии с критериями МКБ-10, диагноз ШАР может быть поставлен только в том случае, если выражены как шизофренические, так и аффективные симптомы одновременно или последовательно в течение нескольких дней, во время одного и того же приступа, и приступ вследствие этого не отвечает критериям ни шизофрении, ни маниакального или депрессивного эпизодов.

Несмотря на достаточно интенсивные исследования шизоаффективных психозов, они до сих пор остаются одной из наиболее спорных нозологических категорий в психиатрии. Высказываются разные взгляды на нозологическое положение этих психозов – от полной их самостоятельности до включения в рамки атипичного маниакально-депрессивного психоза или благоприятно протекающих форм шизофрении. С точки зрения исхода, больные шизоаффективными расстройствами занимают промежуточное положение: прогноз их более благоприятен, чем при шизофрении, но менее благоприятен, чем при аффективных психозах.

По данным ряда исследователей, достаточно часто, расстройство заканчивается выздоровлением, но в то же время нередки и резидуальные состояния. В большинстве случаев, постепенно, после повторных приступов у больных возникают изменения личности, характеризующиеся астенией или гиперстенией, повышением работоспособности с одновременным понижением творческой активности и легким обеднением эмоциональных проявлений. Обычно эти изменения наблюдаются после третьего-четвертого приступов. Затем активность процесса снижается: приступы становятся все реже, изменения личности как бы застывают на одном уровне. У больных имеется критическое отношение к перенесенному психотическому состоянию, и они четко разграничивают состояние здоровья и болезни. Работоспособность таких больных вне приступов обычно не снижается (за исключением незначительного ее падения у больных с астеническими изменениями личности).

Вместе с тем, в случае частых приступов, до 1–2 раз за год, болезнь нарушает социальные отношения пациента, приводит к частым повторным госпитализациям в психиатрический стационар и инвалидизации.

Учитывая существующие противоречия, задачей данного исследования являлось изучение влияния ШАР на изменение микросоциальных параметров у длительно болеющих пациентов. Полученные результаты могут быть использованы в создании реабилитационных программ и психокоррекционных вмешательств.

Материалы и методы. Больные с ШАР, проходившие лечение в Гродненском клиническом центре «Психиатрия-Наркология» на протяжении 10 лет (период с 2002 по 2012 гг.), медицинская документация: медицинские карты стационарных и амбулаторных больных.

В качестве основных методов исследования использовались клинко-психопатологический, клинко-эпидемиологический, катamnестический, математико-статистический (критерий Манна–Уитни, коэф. Кендел–Тауна).

Изучались следующие показатели: пол, возраст, образование, семейное положение, трудовая занятость, проблемы в семье и на работе, характер микросоциальных связей. Кроме того, принималась во внимание динамика течения психотического расстройства и его исход, в том числе повторные приступы болезни и изменение диагноза.

Получены следующие результаты. Всего было включено в исследование 16 больных с диагнозом шизоаффективное расстройство. Из них 12 – лица женского пола и 4 – мужского. Начало заболевания приходилось на возраст 38–44 лет у женщин и 29–35 лет – у мужчин. Все исследуемые городские жители, 10 имели высшее образование, 6 – среднее-специальное, 9 женщин и 1 мужчина до начала заболевания состояли в браке, 6 пациентов собственной семьи не имели. Работали по специальности и были удовлетворены своим социальным статусом 14 обследуемых, 2-е числились безработными.

Период наблюдения амбулаторной службой каждого пациента составил не менее 3 лет, в среднем длительность катamnестического наблюдения 8 лет.

Только у 6 пациентов диагноз шизоаффективного расстройства оставался постоянным на протяжении всего периода наблюдения, у остальных 10 пациентов диагнозы претерпевали ряд изменений. Следует отметить, что в подавляющем большинстве случаев (9 наблюдений) клиническая картина начальных проявлений заболевания расценивалась как: циклотимия, неврастения, острые транзиторные психотические расстройства, биполярное расстройство, нарушение адаптации с пролонгированной депрессивной реакцией. Диагноз шизоаффективного расстройства устанавливался обычно при 2-й и 3-й госпитализации.

По данным катamnеза, полное выздоровление со снятием с диспансерного наблюдения отмечено в 3 случаях, стойкая ремиссия на протяжении трёх лет – в 9, и неблагоприятное течение с ежегодными 2–3 госпитализациями у 4 пациентов. Изменение профессионального статуса, связанного с заболеванием, перевод на нижеоплачиваемую

работу, но без установления группы инвалидности, имело место у 7 пациентов, т.е. почти в каждом втором случае. Это не было связано со снижением квалификации, т.к. распространялось и на пациентов со стойкой и длительной ремиссией. Вместе с тем, семейное положение исследуемых, их микросоциальные связи за время болезни не претерпели существенных изменений: две пациентки-женщины вышли замуж и одна развелась, причём инициатором развода выступала сама исследуемая. У остальных семейный статус не изменился.

У больных ШАР, как группы в целом, отмечается тенденция к динамике, которая не приводит к существенным негативным изменениям микросоциальных показателей. Некоторый регресс в профессиональных достижениях скорее объясняется не болезненными проявлениями, а стигматизацией лиц, о которых становится известно, что они обращались за психиатрической помощью. По нашим данным, ШАР чаще встречается у женщин среднего возраста (35-45), городских жительниц. В большинстве случаев диагноз не является первичным и выставляется в среднем после второй-третьей госпитализации.

Литература

1. Иванец Н.Н. Психиатрия и наркология, учебник для студ. мед.вузов Н.Н. Иванец. – Москва: «ГЭОТАР-Медиа», 2006.- 832 с.
2. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия, Ю.В. Попов, В.Д. Вид. – Москва: «Экспертное бюро-М», 1997.- 492с.
3. Bora E Когнитивное функционирование при шизофрении, шизоаффективных расстройствах и аффективном психозе: мета-аналитическое исследование / E. Bora, Yucel M, Pantelis C. // The British J. of Psychiatry.- 2010. – 195.,-Р. 475-482

ОЦЕНКА СПЕЦИФИЧНОСТИ ПСИХОМЕТРИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ С ПЕЧЕНОЧНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИЕЙ

Якубчик Т.Н., Русина Е. И., Шумель А.В., Божко Е.Г.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г. Гродно, Беларусь

Актуальность. Цирроз печени – довольно распространенное заболевание, особенно у мужчин в возрасте 18–65 лет. Наиболее частыми причинами развития цирроза печени, охватывающими приблизительно 70–80% пациентов, являются вирус гепатита В, гепатита С и хроническая интоксикация алкоголем. Формирование цирроза происходит в течение многих месяцев или лет. У пациентов с циррозом печени нередко наблюдаются гепатогенные энцефалопатии, чаще в виде печеночно-портальной недостаточности (портосистемная энцефалопатия, «шунтовая кома»). Функциональные характеристики печени при портосистемной энцефалопатии существенно не меняются по сравнению с обычными для этого пациента показателями вне обострения заболевания. В связи с изложенным выше, латентная печеночная энцефалопатия длительное время остается не распознанной, и, соответственно, не проводится необходимое лечение данного осложнения цирроза печени. С целью ранней диагностики печеночной энцефалопатии в клинической практике широко применяются психометрические тесты – связи чисел, число-буква, линии, почерка, арифметический, пересказа и др. Например, при выполнении теста связи чисел пациент соединяет линией цифры от 1 до 25, напечатанные вразброс на листе бумаги. Оценкой теста служит время, затраченное на его выполнение, включая время на исправление ошибок. Чувствительность психометрических тестов в выявлении печеночной энцефалопатии составляет 70–80%.