

**Н.С.Карвацька, А.В.Федотова, М.Д.Замковий, Л.В.Смислова,
Т.Г.Карвацька**

**Ефективність лікування хворих із психічними розладами,
пов'язаними зі стресом**

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології
Буковинського державного медичного університету,
Чернівецька обласна психіатрична лікарня*

Упродовж останніх років спостерігається збільшення поширеності і зростання захворюваності психічними розладами. До початку ХХІ століття депресивні, тривожні і асоційовані з ними розлади зайняли одне з перших місць в структурі психічної захворюваності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) на 2010 р., вони склали близько 40% від загальної кількості зареєстрованих в світі психічних розладів. Проблема афективної патології, особливо депресивних і тривожних станів, має важливе значення для клінічної практики і теоретичної психіатрії. Це обумовлено тим, що кількість депресій в даний час значно збільшується: за даними ВООЗ депресією страждають більше 110 мільйонів чоловік в світі — 3–6% в загальній популяції. Статистичні дані свідчать про те, що через різні життєві обставини приблизно у 30% дорослого населення виникають нетривалі депресивні і тривожні епізоди непсихотичного рівня, з яких діагностуються не більше 5% випадків. На сучасному етапі в структурі захворюваності психічними розладами спостерігається зростання захворюваності непсихотичними формами психічних розладів, серед яких переважають невротичні порушення. А серед невротичних порушень переважають афективні і, зокрема, депресивні розлади. Також наголошується тенденція до коморбідності депресивних проявів іншими групами розладів, особливо непсихотичного рівня, зокрема, тенденція до «тривожності» депресії.

Відмічено, що до 20–25% жінок і 7–12% чоловіків хоч би один раз в житті перенесли депресивний епізод, а 3–4% всього населення планети

страждає рецидивуючою депресією. Згідно дослідженням M.Rendon, 1996, депресивні розлади спостерігаються у 34% стаціонарних психіатричних хворих і у 65% хворих, що на диспансерному спостереженні. У ХХ століття було зареєстроване екстенсивне зростання депресивних розладів у всіх розвинених країнах світу. Якщо на початку століття вони зустрічалися в популяції з частотою в 0,2%, то до середини 50-х рр. цей показник зріс до 4,3–5,7%. До середини 60-х рр. він збільшився до 11,2–14%, а в 90-і рр. депресія зустрічалася вже у 15–20% населення. При цьому кількість депресивних хворих, що знаходилися на стаціонарному лікуванні, збільшилося з 8% в 1914 р. до 34% в 1996 р. У ряді епідеміологічних досліджень останніх років було встановлено, що в популяції панічні розлади формуються у 9–10% населення; генералізований тривожний розлад – у 5,5%; соціальна фобія – у 3%. У той же час obsесивно-компульсивним розладом страждає 2–5,5% популяції, а субклінічні прояви зустрічаються у 19% населення планети. Соматоформні розлади, за різними даними, виникають у 0,2–2% – 4% населення і займають до 25% від всієї терапевтичної патології.

Високий динамізм розвитку соціальних процесів в суспільстві визначає факт широкого, усе зростаючого розповсюдження граничної патології у населення різних регіонів України. На сьогоднішній день актуальним залишається питання лікування невротичних розладів, пов'язаних зі стресом, що обумовлено наявністю пацієнтів із хронічними, важкими формами психічних розладів непсихотичного рівня, невротичними розладами на тлі органічних захворювань головного мозку, а також хворих, для яких повсякденне соціальне оточення є постійним джерелом декомпенсації і настільки важкого емоційного стресу, що це робить майже неможливим лікування в амбулаторних умовах. Тому необхідно формувати нові лікувально-реабілітаційні підходи до цих станів.

S. McElroy, з посиланням на M. Hamilton, відзначає, що тривожна і депресивна симптоматика співіснує у 83–96% хворих. При проведенні

численних досліджень було встановлено, що 30–56% хворих із великим депресивним розладом задовольняли критеріям генералізованого тривожного розладу; 40–87% — панічного розладу; 32–42% — критеріям специфічних фобій. За даними О.П.Ветроgradoвої, у 6 - 7,7% хворих розвитку панічних атак передувала депресивна симптоматика, а у 3 - 4,3% депресія розвинулася в подальшому. У 35–80% хворих, що відповідають критеріям великого депресивного розладу, була також виявлена обсесивно-компульсивна симптоматика. При цьому у 55,6% хворих, страждаючих обсесивно-компульсивним розладом, маніфестації обсесій передувала депресивна симптоматика. У той же час, близько 30–60% хворих із великим депресивним розладом відповідають критеріям соматоформних розладів: соматизованих, іпохондричних, больових, вегетативних. У 25–50% випадків депресивна фаза розвивається на фоні дистимії (т. н. «подвійна депресія»). У 20–55% випадків депресивний епізод починається з розладів адаптації.

Не дивлячись на високу ефективність антидепресантів, в середньому 30–60% хворих з патологією, що відноситься до розладів депресивного спектру, виявляються резистентні до тимоаналептичної терапії, що проводиться.

Згідно загальноприйнятим критеріям, депресія вважається резистентною, якщо протягом двох послідовних курсів (по 3–4 тижні) адекватної монотерапії фармакологічно різними препаратами, спостерігається відсутність або недостатність клінічного ефекту (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона або Монтгомері складає менше 50%). Оцінка ефективності антидепресивної терапії наступні критерії: зменшення ступеня вираженості депресивної симптоматики за шкалою Монтгомері на 50% відповідає достатньому ефекту, на 21–40% — помірному ефекту і менше 21% — незначному ефекту. Адекватною дозою антидепресанту вважається доза, еквівалентна 200 міліграм іміпраміну або 200–300 міліграм амітріпіліну.

Усе вище викладене послужило обґрунтуванням до проведення дослідження, метою якого було вивчення ефективності терапії пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом.

На базі 5-го відділення (неврозів та граничних станів) Чернівецької обласної психіатричної лікарні за період з 2010 по 2011р. обстежено 30 пацієнтів із різними формами невротичних розладів, пов'язаних зі стресом, із використанням методик дослідження акцентуації особистості, особистісної та реактивної тривожності, рівня депресії та механізмів захисту на початку курсу лікування та після його проведення. В ході скринінгового дослідження використані наступні методики: шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера–Ханіна, шкала депресії Гамільтона. Паралельно вивчалася медична документація, проводилася співбесіда з подальшою клініко-психопатологічною оцінкою кожного випадку.

Основними скаргами у обстежуваних хворих були: головні болі — у 82,6%; плаксивість — у 21,7%; порушення сну — у 73,9%; зниження працездатності — у 95,6%; підвищена тривожність — у 60,8%; страх за стан свого здоров'я — у 43,5%; зниження настрою — у 86,9%. Аналіз психопатологічних проявів у хворих виявив емоційну лабільність (нестійкість настрою у 90,6% обстежених, тривогу за стан свого здоров'я у 71,9%, дратівливість у 93,8%) і соматовегетативні симптоми (короткочасні цефалгії у 87,5%, запаморочення у 50%, відчуття «грудки» в горлі у 31,3%, лабільний пульс, частіше брадикардія — 59,4%, гіпотонія у 46,9%, біль в епігастрії 21,9%, дизуричні розлади у 25%, статеві розлади у 21,9% пацієнтів).

При експериментально-психологічному обстеженні при поступленні у більшості хворих визначалася акцентуація рис характеру за екзальтованим, дистимним, збудливим, емотивним, застрягаючим, циклотимним типом на тлі високого рівня особистісної та реактивної тривожності, помірної депресії. Частіше використовувалися такі механізми захисту особистості, як

раціоналізація, проєкція, компенсація та гіперкомпенсація, рідше – витіснення, заперечення та регресія.

При виборі лікувально-реабілітаційних заходів враховували вираженість психосимтоматики. При переважанні астеничної симптоматики основні зусилля прямували на нормалізацію сну, відпочинок, загальнозміцнюючу терапію, психотерапію — формування упевненості в своїх силах. При переважанні депресивної симптоматики проводилася медикаментозна терапія і комплекс психотерапевтичних заходів. При переважанні істеричної симптоматики основний наголос здійснювався на психотерапевтичні дії в різній модифікації.

Після проведеного лікування зменшилася кількість пацієнтів зі скаргами на дратівливість з 93,8% до 15,6%, на тривогу за стан свого здоров'я з 71,9% до 12,5%, на головний біль — з 87,5% до 18,7%. У більшості хворих це супроводжувалося пом'якшенням акцентуїтованих рис характеру, зниженням рівня депресії та напруженості механізмів захисту, що дозволяє зробити висновок про те, що проведення психотерапії значно інтенсифікує процес лікування і здійснює позитивний вплив за рахунок усунення причин і урахування механізмів розвитку хвороби, що обумовлює зменшення або ліквідацію симптоматики. У той же час, у 19% хворих із невротичними розладами, пов'язаними зі стресом, редукція симптоматики за шкалою Гамільтона складала менше 50%, що свідчить про незначний терапевтичний ефект.

Усе вище викладене свідчить про актуальність пошуку нових і модернізації відомих методів терапії невротичних розладів, пов'язаних зі стресом. Необхідно продовжити роботу по розробці ефективніших моделей комплексної фармако- і психотерапії невротичних розладів, пов'язаних зі стресом, психопрофілактичної роботи, направлених на забезпечення високої ефективності лікування та медико-соціальної реабілітації психічно хворих, підвищення якості їх життя і рівня реінтеграції та адаптації в суспільстві.