

© Підлубний В.Л.

УДК: 616.89-008-072.7:338.45-051

Підлубний В.Л.

Запорізький державний медичний університет, кафедра психіатрії, психотерапії, загальної і медичної психології, наркології та сексології (вул. Седова, 31, м. Запоріжжя, 69057, Україна)

ОСОБЛИВОСТІ НЕВРОТИЧНИХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ, ТА СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ В ОРГАНІЗОВАНІЙ ПОПУЛЯЦІЇ ПРАЦІВНИКІВ ПРОМИСЛОВИХ ПІДПРИЄМСТВ

Резюме. Представлено результати психопрофілактичних оглядів 338 випадків встановлених неспихотичних психічних розладів в організованій популяції працівників промислових підприємств, проведені з використанням розробленого алгоритму на основі діагностичних осів багатовимірних психіатричних систематик. Встановлено, що більшість порушень - 178 осіб, склали невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади. Серед них неврастенічні розлади діагностовано у 33,9%, соматоформні - у 26,8%, страхи різного змісту - у 14,6%, конверсійні - у 8,3% та тривожні - у 7,3%. Найменш поширено представлені обсеесивно-компульсивні розлади у 2,6%.

Ключові слова: клініко-феноменологічні особливості, працівники промислових підприємств, невротичні пов'язані зі стресом та соматоформні розлади, психічне здоров'я.

Вступ

При розгляді проблеми охорони психічного здоров'я в організованій популяції робітників промислових підприємств особливу значущість набувають питання профілактики та раннього виявлення найбільш поширених форм психічної патології - невротичних розладів. Це обумовлено високою поширеністю і відносно низькою частотою діагностування даних захворювань у осіб, що працюють у сфері промисловості, соціально-трудовою дезадаптацією хворих з невротичними розладами, зниженням продуктивності праці, погіршенням його якісних показників, порушеннями мікросоціального клімату, тривалістю тимчасової непрацездатності та дезадаптацією, яка сприяє збільшенню плинності кадрів [Александровский, Петраков, 1985; Акерман, 1987; Антухов, Балашов, 2010].

Складність і багатофакторність природи невротичних розладів, недостатня окресленість їх меж, широка поширеність не тільки в психіатричній практиці, але і в практиці інтерністів, виразний соціогенний патоморфоз знайшли відображення в емкій, але підчас песимістичній тезі В.Д.Менделевича про те, що кожному часу і місцю притаманний свій невроз. Це підкреслює перманентну актуальність і потенційну невичерпність даної проблеми, пов'язаної, в першу чергу, з труднощами в діагностиці та диференціації розладів цієї групи. Відомо також, що поширеність невротичних станів досягає 60 - 80%, і щороку відзначається збільшення кількості хворих з цими порушеннями серед населення, що належать до різних стратифікаційних класів і верст, етнічних груп, вікових і особливо, підліткової субпопуляції. При цьому, лише близько 40% хворих отримують медичну допомогу, незважаючи на наявність у них високого суїцидального ризику і значний відсоток інвалідазації [Дмитриева, 2009; Kessler et al., 1994].

В силу особливостей праці на виробництві, фізичних і психічних перевантажень, несприятливих екологічних факторів працівники промисловості є групою підвищеного ризику розвитку різних захворювань, в

тому числі невротичних розладів [Корнилов и др., 1987; Менделевич, Соловьева, 2002]. Стан психічного здоров'я працівників, в свою чергу, впливає на економічні показники діяльності підприємств, тому його можна розглядати як важливу складову частину продуктивної сили суспільства [Положий, 1985; Новиков, 2009].

Незаперечні успіхи у створенні науково обґрунтованої цілісної системи спеціалізованої психіатричної допомоги працівникам різних галузевих виробництв, як і сформована промислова психіатрія наприкінці минулого століття, в даний час не можуть дати очікуваного практичного результату, в силу неможливості їх реалізації в умовах радикальних змін, що відбулися на початку 90-х років минулого сторіччя. Проведені в промисловості реформи, що супроводжувались значними труднощами, надають значущий стресовий вплив на трудове населення країни. Крім того, в умовах фінансового неблагополуччя багато підприємств змушені закривати свої відомчі медичні служби, що вимагає пошуку нових форм медико-психологічної та психіатричної допомоги на виробництві [Семке, Аксенов, 1996].

Подальше дослідження перерахованих вище аспектів психічних розладів, оптимізація роботи органів та закладів охорони здоров'я в області психіатрії та медичної психології, виявлення психічної патології на ранніх етапах її формування, скорочення поширеності невротичних захворювань серед працівників різних галузей промисловості та втрати трудових ресурсів, за рахунок осіб з такими розладами.

Мета дослідження - виявити клініко-феноменологічні невротичні, пов'язані зі стресом, та соматоформні розлади у робітників промислових підприємств, та їх структуровані особливості.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети нами за умови інформованої згоди респондентів було проведено обстеження психічного стану 982 працівників промисло-

вих підприємств відповідно до Постанови Кабінету Міністрів України №1465 від 27.12.2000 року у віці від 20 до 60 років (середній вік - $38,7 \pm 7,68$ років). Обстеження проводили на базі диспансерно-поліклінічного відділення Запорізької обласної клінічної психіатричної лікарні протягом 2008 - 2011 років.

У 178 обстежених ($18,1 \pm 1,23\%$, на 100 обстежених) при проведенні психопрофілактичного огляду було виявлено ознаки невротичних, пов'язаних зі стресом, та соматоформних розладів (F40 - F48, згідно шифрам МКХ-10). За гендерним розподілом переважна більшість обстежених склали жінки - 123 (69,1%) та 55 (30,9%) - чоловіки.

В якості основного інструменту використовували модифіковану нашого дослідження клініко-епідеміологічну карту, що включала в себе соціально-демографічні відомості, дані анамнезу, клінічну частину з характеристикою симптомів і синдромів. У відповідності зі специфікою досліджуваного матеріалу базисна карта була доповнена відомостями про різні форми перенесених шкідливостей, пов'язаних з особливостями на виробництві, стажем роботи, даними про наявність соматичних захворювань. Також нами використовувався, створений на основі глосарію до "Інструкції про проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів" опитувальник. На підставі відповідей на питання даної карти заповнювали "Реєстраційну картку". Всі зібрані формалізовані відомості заносили до єдиної комп'ютерної бази даних і піддавали статистико-математичному аналізу.

Методологію дослідження базували на системному підході, принципах доказовості та біоетики медичних досліджень. Основними методами є: клініко-феноменологічний - з метою оцінки психічного стану відповідно до сучасної міжнародної класифікації хвороб; психоекспериментальний - з метою визначення рівня виразності психічних порушень - базувався на застосуванні "Шкали узагальненої оцінки функціонування" (Global Assessment of Functioning Scale, GAF), визначення індивідуальних особливостей, що відображають здатність хворого до цілеспрямованої діяльності та використання психодіагностичної методики - "Опитувальник невротичних розладів-симптоматичний" (ОНР-СІ), статистичний - з метою кількісної оцінки результатів.

Результати. Обговорення

Використання зазначених інструментів дозволило виявити серед працівників промислових підприємств з невротичними пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами наступні клініко-феноменологічні та соціально-психологічні особливості. Зазначені розлади склали половину (178 осіб - 52,66%) всіх випадків встановлених непсихотичних психічних розладів в організованій популяції працівників промислових підприємств (338 осіб). Серед загальної кількості обстежених жінки склали 127 осіб (71,34%), причому інтен-

сивний показник їх хворобливості в 2,5 рази перевищував аналогічний показник у чоловіків.

Мінімальні показники хворобливості і захворюваності працівників підприємства невротичними розладами виявлені у віковій групі до 30 років, потім вони збільшуються пропорційно віку працюючих, досягаючи максимальної величини в групі 41 - 50 років.

Серед факторів ризику, що сприяють виникненню невротичних розладів у працівників підприємств, переважають психічні травми, сімейно-побутового характеру - 43,8%. У 26% хворих психічні травми виникали в сфері виробничих міжособистісних відносин, і у 30,2% психогенії носили змішаний характер. У працюючих на підприємстві чоловіків більшу питому вагу (46,3%) становили психогенії виробничого характеру, у жінок переважали (45,8%) психотравмуючі ситуації у сімейно-побутовій сфері.

Більш ніж у половини хворих (50,7%) невротичними передували соматичні фактори, серед яких переважали хронічні і гострі інфекційні захворювання. Виявлено також виразний зв'язок розвитку захворювань невротичного кола з дисгармонійною структурою особистості.

Клінічна характеристика невротичних розладів відрізнялася широким діапазоном проявів. Загальна для них риса - безпосередній зв'язок виникнення з психологічними причинами. Під останніми маються на увазі різного роду стресові ситуації у виробничій та особистій сфері життя.

Виявлена клініко-феноменологічна структура невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів представлена наступним чином (рис. 1).

Як видно з наведених на рис. 1 даних неврастенію діагностовано у 33,9% клінічних спостережень. Гіперстенічна стадія неврастенії складала (21,4%) випадків. Гіпостенічна стадія неврастенії виявлялася у (12,5%) особистостей. Клінічно неврастенії мали виражену тенденцію до хронічного перебігу. В міру наростання стажу роботи в умовах небезпечного виробництва послідовно відбувалося "нівелювання" особливостей різних стадій захворювання, зниження суб'єктивної значущості для індивіда психотравмуючих ситуацій.

Для хворих з соматоформними розладами (26,8%) були характерні психоемоційні та вегето-соматичні порушення. При цьому зв'язок між конкретними психотравмуючими обставинами та погіршенням стану як правило встановити було складно. Однак виробнича адаптація таких осіб, в цілому, була задовільною. Страхі різного змісту (14,6%) характеризувалися наполегливими і часто повторюваними різкими і необґрунтованими побоюваннями перед будь-якою особливою діяльністю (активністю) або будь-якими специфічними ситуаціями, в результаті чого хворі починали уникати, під різними приводами, ситуацій, що породжують страхи. При цьому в "чистому" вигляді фобії як самостійні оформлені нозологічні одиниці виявлені не були.

Конверсійні (8,3%) і тривожні (7,3%) розлади вияв-

лені переважно у осіб зі стажем роботи не менше 5 років, під впливом конкретних психотравмуючих обставин - внутрішньосімейного та побутового характеру - 24,3%; менш значущими для розвитку даного виду невроту з'явилися виробничі фактори - 18,6%. Порушення адаптації (6,5%) виникали гостро, після впливу психотравмуючих ситуацій різного походження, частіше пов'язаних з соматичним станом. Обсесивно-компульсивні розлади виявлені у 2,6% пацієнтів. Провідне значення у виникненні даного виду невротів належить впливові виробничого характеру.

Клініка невротичних розладів у обстежених практично не відрізнялася від такої у загальній популяції, проте прояви захворювань впливають на соціально-професійну адаптацію хворих в умовах виробництва та є одним із важливих критеріїв, що визначають тактику психопрофілактичних заходів на виробництві.

У залежності від сфери прояву нами умовно виділено два види виробничої дезадаптації: професійна та соціально-психологічна. У свою чергу всередині кожного з цих видів можна виділити помірно і різко виражену дезадаптацію.

Виробнича адаптація зазнає змін у 85,6% працівників підприємства, які страждають захворюваннями невротичного кола, в тому числі у 63,8% зниження адаптаційних можливостей було виражено в помірній, а у 21,8% - різкого ступеня. Рівень виробничої адаптації залежить від трьох основних чинників: характеру клінічної симптоматики, стадії розвитку захворювання, специфіки виробничої діяльності.

В осіб з астеничними і обсесивно-компульсивними розладами професійна адаптація порушується більшою мірою, що проявляється зниженням якісних і кількісних показників праці. У хворих з істеричною симптоматикою порушені переважно соціально-психологічні механізми пристосування на виробництві, що в ряді випадків сприяє дестабілізації психологічного мікроклімату в колективі. У мінімальному ступені порушується трудова адаптація у працівників з ініціальними невротичними розладами, в максимальній - у осіб з невротичним розвитком особистості.

Також нами було використано опитувальник невротичних розладів - симптоматичний (ОНР-СІ) призначений для визначення ступеня враженості невротичних розладів і змістовного опису скарг. За його допомогою встановлені показники "загального рівню невротичності", провідних невротичних синдромів, ступеня виразності окремих симптомів шляхом кількісного визначення ступеня виразності невротичних розладів та змістовного опису скарг (табл. 1).

З даних табл. 1 випливає, що в структурі невротичних розладів істотних відмінностей у гендерному плані не виявлено. А найбільш вираженими серед обстежених осіб були наступні розлади або ознаки: тривожно-фобічні та сомато-вегетативні розлади (1 рангове місце - 21,3±1,5 і 21,15±1,1 балів, відповідно), афективна

Таблиця 1. Частота домінування розладів у структурі невротичної симптоматики (за методикою ОНР-СІ, у балах).

№	Шкали методики ОНР-СІ	Чоловіки (M±m)	Жінки (M±m)	Загальна сума (M±m)
1.	Тривожно-фобічні розлади	10,8±1,5	10,1±1,5	21,3±1,5
2.	Депресивні розлади	6,9±2,5	6,9±1,7	13,5±2,1
3.	Афективна напруженість	9,6±1,8	9,4±1,5	18,9±1,7
4.	Розлад сну	5,2±2,0	5,1±1,8	10,4±1,9
5.	Афективна лабільність	8,3±2,3	8,1±2,1	16,3±2,2
6.	Астенічні розлади	9,4±2,3	9,2±1,6	18,4±1,8
7.	Сексуальні розлади	5,8±1,7	6,1±1,5	11,4±1,6
8.	Деперсоналізаційні розлади	5,4±1,7	5,7±1,1	10,6±1,5
9.	Обсесивні розлади	5,9±1,5	6,4±1,2	11,8±1,3
10.	Порушення соціальних контактів	4,9±2,0	5,1±1,4	9,7±1,7
11.	Іпохондричні розлади	6,5±1,6	6,3±1,3	12,9±1,5
12.	Ананкастні розлади	7,1±1,9	7,1±1,0	14,09±1,6
13.	Сомато-вегетативні розлади	10,9±1,2	10,3±0,8	21,15±1,1

Таблиця 2. Розподіл хворих за виразністю психічних розладів за шкалою GAF.

Діапазони виразності психічних розладів за шкалою GAF (бали)	Чоловіки		Жінки		Всього	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
< 31	0	0	0	0	0	0
31 - 40	0	0	0	0	0	0
41 - 50	1	1,8	4	3,3	5	2,8
51 - 60	16	29,1	46	37,4	62	34,8
61 - 70	33	60	64	52	97	54,5
71 - 80	5	9,1	9	7,3	14	7,9*
> 80	0	0	0	0	0	0
Всього	55	100	123	100	178	100

напруженість та астеничні розлади (2-е рангове місце - 18,9±18,4 та 17±1,8 бала, відповідно), афективна лабільність та ананкастні розлади (3 рангове місце - 16,3±2,2 та 14,09±1,6 бала, відповідно) депресивні розлади та іпохондричні (4 рангове місце - 13,5±2,1 та 12,9±1,5, відповідно).

Звертає на себе увагу вразливість афективної сфери хворих - афективна симптоматика: перевищення балів бодай за однією шкалою афективного комплексу (шкалами тривожно-фобічних та депресивних проявів; афективної напруженості та афективної лабільності) відзначається у 35% пацієнтів, а у 25% зареєстровані підвищені показники відразу за декількома "афективними" шкалами.

Скарги на часті коливання настрою представлені за показником афективної лабільності - схильності до поведінкових проявів, наприклад, сльозам. При цьому неприємні події протікають дуже емоційно, хворі при цьому не в силах стримати свої емоції, незважаючи на можливі несприятливі для них наслідки, зокрема при комун-



Рис. 1. Клініко-психопатологічна характеристика невротичних, пов'язаних зі стресом, та соматоформних розладів.

ікативних ситуаціях. Афективна лабільність може бути пов'язана з соматичними змінами, коливань настрою, погіршенням загального фізичного і психологічного стану і, отже, викликаного цим дискомфорту на роботі, конфліктів у сім'ї. Разом із тим, слід зазначити, що вищевказані особливості характерні на особистісному і поведінковому рівнях реагування, обумовленому очевидно тривожним очікуванням чергового дискомфорту.

На другому місці за враженістю емоційно-афективної симптоматики виступають скарги "неврастенічного" характеру. Для досліджених хворих є характерною швидка стомлюваність при виконанні різної діяльності, що вимагає докладання зусиль. При цьому нерідко виникала дратівлива слабкість і зниження психічної активності. Характерні постійне відчуття втоми, зниження спонукань до діяльності, підвищена сенситивність, погіршення пам'яті і активної уваги. Присутність у клінічній картині астеничних симптомів, мабуть, зумовлено загальною дисгармонією вегетативної - системи.

Узагальній структурі емоційно-афективних порушень у хворих інтенсивність скарг, пов'язаних з депресивним афектом, займає третє рангове місце. Змістовний сенс обраних піддослідними тверджень опитувальника свідчить, що депресивні переживання характеризуються пригніченістю протягом більшої частини дня, апатичним ставленням до подій, песимістичною оцінкою перспектив, тривожних очікувань негативних змін, відчуттям своєї малоцінності, зокрема, у відносинах з протилежною статтю і в сімейних відносинах. Слід зауважити, що критика до свого стану повністю збережена на тлі високої вмотивованості жінок до лікування.

Шкала неспокою і напруженості має четверте рангове місце в структурі емоційно-афективних порушень. Однак нерідко такий стан проходить також раптово як і виникає, хворі відзначають, що за очевидно суб'єктивно вираженому хвилюванню їх дії починають носити "розсіяний" хаотичний характер, не приносить реального результату. Іноді відзначають підвищену агресивність по відношенню до членів сім'ї і колегам по

роботі, природу якої вони не завжди здатні пояснити.

У структурі невротоподібної симптоматики домінують розлади астеничного кола. Найбільш характерні для хворих порушення сну, які проявляються в труднощах засинання (тривалий період засинання), складнощах засинання після пробудження серед ночі, ранні прокидання не є характерні для хворих. Астенізація проявляється в підвищеній слабкості, дратівливості, зниженні звичного соціального функціонування. Також має місце підвищення за шкалами розлади сну, афективна напруженість, афективна лабільність, астеничні та іпохондричні розлади. Проявляють себе депресивні розлади, що проявляються в почутті печалі, пригніченості настрою, песимізмі, передчуття невдач, почутті провини, самозвинувачення, у втраті віри в свої сили.

Підвищений і високий рівень невротичної астенії, який є у 50% хворих. Невротична втома характеризується своєю інертністю, нездатністю зникати після відпочинку. Крім того, власне астенія проявляється в погіршенні пам'яті та уваги, у свою чергу зниження здатності до концентрації уваги призводить до неухвальної і вдруге до утруднень запам'ятовування. Зазначені порушення супроводжуються, як правило, підвищеною збудливістю, дратівливістю, зокрема, підвищеною чутливістю до зовнішніх і внутрішніх подразників.

Для таких хворих характерні емоційна нестійкість, емоційні реакції, неадекватні за силою викликаних їх причин, нетерплячість. При астенії також спостерігається лабільність настрою, який неадекватно підвищується при незначній удачі і погіршується при найменшій невдачі.

Характерні для астеничного синдрому розлади сну у вигляді порушення засинання, частих пробуджень і легких проявів дісоннії супроводжуються почуттям розбитості, відсутністю відчуття бадьорості. Хворі часто скаржаться, що "не відпочили за ніч" і тривожно очікують настання наступної ночі. Суб'єктивна оцінка нічного сну як неповноцінного часто є для хворих підставою вважати його причиною зниження працездатності. У той же час вираженої сонливості вдень у переважній більшості хворих не спостерігається.

Також, на підставі багаторівневої діагностики, яку здійснювали за допомогою "Шкали узагальненої оцінки функціонування" (GAF) нами був проаналізований рівень (виразності, тяжкості) невротичних розладів (табл. 2).

Як видно з табл. 2 більше ніж у половини обстежених (54,5%) спостерігалась незначно виражена симптоматика (наприклад, знижений настрій або легке безсоння) або певні труднощі в роботі, міжособистісних взаєминах, однак, в цілому, функціонування було достатнє, збережені значущі міжособистісні зв'язки, а більшість неспеціалістів не ставитимуться до такої людини, як до хворого.

У значній частині обстежених (34,8%) була присутня помірно виражена невротична симптоматика або виразні труднощі в соціальному функціонуванні (обмежене коло друзів, часті конфлікти на роботі то що).

Невелика кількість осіб з невротичними розладами (7,9%) мали плінні симптоми та очікувані реакції на психотравмуючі впливи, не більше, ніж легке порушення функціонування в міжособистісної та професійної сферах. У зовсім незначної кількості хворих (2,8%) була встановлена чітко виражена симптоматика або порушення функціонування, які, безумовно вимагали уваги або лікування (наприклад, виражені обсесії і нав'язливі дії, часті напади тривоги, компульсивне пияцтво, груба антисоціальна поведінка).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У ході проведеного нами клініко-феноменологічного та психодіагностичного дослідження виявлено клінічні та соціально-психологічні прояви невротичних пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів у робітників промислових підприємств, та їх структурні особливості.

2. Встановлено, що більшість порушень серед обстежених склали неврастенічні розлади - у 33,9% випадків клінічних спостережень, при цьому гіперстенічна стадія неврастенії складала - 21,4% випадків, гіпостенічна - 12,5%. Соматоформні розлади склали 26,8%, та представлені були характерними психоемоційними і вегето-соматичними порушеннями. Страхі різного змісту склали 14,6%. Конверсійні (8,3%) і тривожні (7,3%) розлади виявлено в незначної кількості осіб. Найменш поширені обсесивно-компульсивні розлади які було виявлено у 2,6% пацієнтів.

3. За результатами досліджень значущими серед

обстежених осіб, були наступні синдроми: тривожно-фобічні і сомато-вегетативні (1-е рангове місце), афективна напруженість та астенічні розлади (2-е рангове місце), афективна лабільність та ананкастні розлади (3-е рангове місце) депресивні та іпохондричні розлади (4-е рангове місце).

4. Серед обстеженого контингенту осіб більше ніж у половини (54,5%) спостерігалась легко виражена симптоматика невротичних розладів, у частини обстежених (34,8%) була присутня помірно виражена невротична симптоматика або труднощі в соціальному функціонуванні. Невелика кількість осіб з невротичними розладами (7,9%) мали мінущі симптоми та очікувані реакції на психотравмуючі впливи, а у незначної кількості хворих (2,8%) було встановлено чітко виражену симптоматику, що потребувала спеціалізованого лікувального втручання.

5. Сукупність даних клініко-феноменологічного та психодіагностичного дослідження невротичних розладів дозволила визначити роль і значення структурних компонентів невротичних порушень у обстежених осіб та уточнити (у диференційно-діагностичному плані) ступінь виразності порушень та психо-патогенетичні фактори, що сприяють їх виникненню.

Перспективи подальших розробок полягають у більш поглибленому вивченні причин виникнення невротичних, пов'язаних зі стресом, та соматоформних розладів і розробкою на цій основі науково обґрунтованої системи комплексних профілактичних та лікувально-оздоровчих заходів щодо охорони і зміцнення психічного здоров'я даного контингенту.

Список літератури

- Акерман Е.А. Невротические расстройства у работников крупного промышленного предприятия (эпидемиология, клиника, профилактика) /Е.А.Акерман //Актуальные вопр. клин. д-ки, терапии и проф. пограничных состояний. - Томск, 1987. - С.7-8.
- Александровский Ю.А. Эпидемиология, профилактика и терапия так называемых промышленных невротозов /Ю.А.Александровский, Б.Д.Петраков /В кн.: Современные формы и методы организации профилактической и психогигиенической работы. - Л, 1985. - С.100-107.
- Антухов А.В. Невротические и соматоформные расстройства у работников атомной промышленности /А.В.Антухов, П.П.Балашов //XV съезд психиатров России: матер. съезда (9-12 ноября 2010 года). - М.: ИД "МЕДПРАКТИКА-М", 2010. - С.92.
- Дмитриева Т.Б. Психическое здоровье человека: актуальность проблемы и новые возможности терапии /Т.Б.Дмитриева//Тр. Росс. нац. конгресса "Человек и лекарство" : В 2 т. - 2009. - Т.1. - С.45-55.
- Менделевич В.Д. Неврология и психосоматическая медицина /В.Д.Менделевич, С.Л.Соловьева. - М., 2002. - 608с.
- Корнилов А.А. Пограничные психические расстройства у рабочих предприятий химической промышленности /А.А.Корнилов, З.С.Вишневская, В.М.Булаев //Журнал невропатол. и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1987. - Т.87. - С.1694-1697.
- Новиков В.Э. Качество жизни и психическое здоровье работников гледобывающей промышленности /под научн. ред. проф. И.Е.Куприяновой /В.Э.Новиков. - Томск : Изд-во "Иван Федоров", 2009. - 280с.
- Положий Б.С. Клинико-эпидемиологическая характеристика невротозов в возрастном аспекте (на материале крупного промышленного предприятия) /Б.С.Положий //Вопр. клин. психиатрии: Тез. докл. науч.-практ. конф. - Кемерово, 1985. - С.35-38.
- Семке В.Я. Характеристика психического здоровья работников лесной промышленности /В.Я.Семке, М.М.Аксенов //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. - 1996. - №1. - 60-63.
- Kessler R.C. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey /R.C.Kessler, K.A.McGonagle, S.Zhao //Arch. Gen. Psychiatry. - 1994. - Vol.51, №1. - P.8-19.

Подлунный В.Л.

ОСОБЕННОСТИ НЕВРОТИЧЕСКИХ, СВЯЗАННЫХ СО СТРЕССОМ, И СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ В ОРГАНИЗОВАННОЙ ПОПУЛЯЦИИ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Резюме. Представлены результаты психопрофилактических осмотров 338 случаев установленных непсихотических психических расстройств в организованной популяции работников промышленных предприятий, проведенные с использо-

ванием разработанного алгоритма на основе диагностических осей многомерных психиатрических систематик. Установлено, что большинство нарушений - 178 человек, составили невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства. Среди них неврастенические расстройства диагностированы у 33,9%, соматоформные - в 26,8%, страхи различного содержания - в 14,6%, конверсионные - в 8,3% и тревожные - в 7,3%. Наименее распространены представлены обсессивно-компульсивные расстройства в 2,6%.

Ключевые слова: клинико-феноменологические особенности, работники промышленных предприятий, невротические связанные со стрессом и соматоформные расстройства, психическое здоровье.

Podlubnyi V.L.

FEATURES NEUROTIC STRESS-RELATED AND SOMATOFORM DISORDERS IN THE ORGANIZED POPULATION OF INDUSTRIAL WORKERS

Summary. The results of the inspections psychoprophylactic 338 cases of established non-psychotic mental disorders in a population of organized industrial workers, carried out with the use of the algorithm based on multi-dimensional axes of the psychiatric diagnostic taxonomies. Found that most of the violations - 178 people were neurotic, stress-related and somatoform disorders. Among them neurotic disorders were diagnosed in 33,9%, somatoform - 26,8%, fear of different content - 14,6%, conversion - 8,3% and disturbing - 7,3%. Least common are obsessive-compulsive disorder - 2,6%.

Key words: clinical and phenomenological features, the employees of industrial enterprises, neurotic stress-related and somatoform disorders, mental health.

Рецензент: д.мед.н., професор Маркова М.В.

Стаття надійшла до редакції 23.06.2015 р.

Підлубний Віталій Леонідович - к.мед.н., доцент кафедри психіатрії психотерапії, загальної і медичної психології, наркології та сексології Запорізького держ. мед. унів.; +38 066 211-84-11; pvl123@mail.ru

© Гончаренко О.В.

УДК: 616.37-002

Гончаренко О.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра хірургії № 2 (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме. У проспективне дослідження залучено 752 хворих, оперованих на органах черевної порожнини. Профілактика гострого післяопераційного панкреатиту полягала на заходах, направлених на корекцію гомеостазу, покращення реологічних властивостей крові, використання інгібіторів протеаз, мінімальну травматизацію тканин, відсутність біліарної гіпертензії та дуоденостазу. В післяопераційному періоді у 11 (1,5%) пацієнтів виник гострий післяопераційний панкреатит. За допомогою консервативної терапії ліквідували запалення підшлункової залози у 7 (64%) хворих, 4 (36%) - виконана реллапаротомія. Лікування в післяопераційному періоді передбачало ліквідацію гіпертензії в жовчних та панкреатичних протоках, профілактику дуоденостазу, зменшення секреторної активності підшлункової залози, боротьбу з інфекційним агентом та з гнійно-некротичними ускладненнями. Моніторинг захворювань з високим ризиком ускладнень в післяопераційному періоді дозволив своєчасно діагностувати гострий післяопераційний панкреатит і застосувати патогенетичне лікування.

Ключові слова: післяопераційний панкреатит, реллапаротомія, перитоніт.

Вступ

Своєчасна діагностика гострого післяопераційного панкреатиту є однією з актуальних проблем абдомінальної хірургії. Частота цього ускладнення немає тенденції до зниження і складає від 0,36 до 1,9% після екстрених та 0,01 - 0,2% планових оперативних втручань, а летальність досягає 45 - 65% [Харабара та ін., 2010; Ничитайло, Булик, 2011].

Основною причиною гострого післяопераційного панкреатиту є травма підшлункової залози на фоні порушення відтоку її соку. Виникає порушення ацинусів з виходом соку, його контакт з жовччю та кишковим соком, активація ентерокиназою ферментів підшлункової залози, аутокаталізація ферментів з послідуочим аутолізом тканини. Факторами що сприяють, виникненню післяопераційного панкреатиту є жовчна гіпертензія, ду-

оденостаз та травма залози. Гострий післяопераційний панкреатит виникає на фоні гіпотонії, порушення мікроциркуляції та тромбозу дрібних судин підшлункової залози, анемії, порушення гомеостазу, зниження імунореактивності організму при наявності перитоніту [Максимюк, 2015]. Злоякісні захворювання змінюють архітектоніку судин, що призводить до порушення інтрапанкреатичного кровообігу. Сприяють гострому післяопераційному панкреатиту переливання великих доз консервованої крові та можливий запуск аутоімунних механізмів [Радзиховский и др., 2001].

Надходження токсичних речовин, мікробів і ендотоксинів у кров'яне і лімфатичне русло, зміни електролітного та білкового балансів, порушення згортуючої системи крові, гіпопротеїнемія, гіпокаліємія, гіпонатріє-