

ревматоидный фактор; ФПН-α. Кроме этого, был проведен опрос пациентов о качестве жизни по опроснику SF-36, а специфическим опросником для выраженности РА был альгофункциональный индекс Лекена. Больные были разделены на две группы: Первая группа получала «Хумира» интенсивность болевого синдрома оценивалась по визуальной аналоговой шкале. Пациенты второй группы, которая была контрольной, получали только базисную терапию. Перед началом исследования обе группы проходили лабораторно-инструментальную диагностику и опрос о качестве жизни. Критерии эффективности: оценивали по количественным показателям по шкале ВАШ (визуально-аналоговая шкала) в покое (мм), WOMAC (баллы) по 3 градациям; индекс Lequesne (баллы) - показатель, оцениваемый по 6 экспертным признакам. Значимость различий определяли с помощью критерия Стьюдента для парных наблюдений в зависимости от характера распределения. Результаты исследования: Положительный эффект, полученный в период 14 недель приема препарата, сохранялся в течение 1 года. Постоянной осталась количество пациентов с умеренным улучшением, уменьшилось количество больных со значительным улучшением. Все пациенты, которые были включены в исследование, закончили курс терапии. Побочных действий, требующих прекратить применение препарата, не возникало. Но у пациентов контрольной группы наблюдались следующие побочные эффекты: головная боль, головокружение, сонливость, приливы, диарея, диспепсия. Эффекты, возникших не нуждались отмены препарата и прекращения лечения. Параметры изменения состояния больных в течение периода лечения.

ПСИХОФЕНОМЕНОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПСИХОДЕФЕНЗИВНИХ ФЕНОМЕНІВ, ЯК ЧИННИКІВ ДИСКОНПЛАЄНТНОСТІ У ХВОРИХ НА ОРГАНІЧНІ ТРИВОЖНО- ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

Криванкова Н.В.

Науковий керівник: д. мед. н., проф. Курило В.О.

Запорізький державний медичний університет

Кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології і сексології

Актуальність. Значна поширеність неспсихотичних афективних розладів серед хворих, що перенесли гостре порушення мозкового кровообігу чи черепно-мозкову травму, визначає ці стани у межах психіатричного та психотерапевтичного діагнозу. Терапія зазначених станів ускладнена через низький рівень комплаєнсу, що є специфічним для даного контингенту. Рівень комплаєнності хворих на органічні тривожно-депресивні розлади визначається активністю психічних бар'єрів, психопатологічних конструктів, що є відображенням патологічно зміненого модусу особистісного реагування. Мета дослідження. Виявити спектр та проаналізувати активність психодефензивних феноменів, механізмів та бар'єрів у хворих на органічні тривожно-депресивні розлади. Матеріали та методи: у рамках дослідження було проведено обстеження 102 хворих із діагнозами, що відповідають рубриці F06 МКХ-10 «Психічні розлади, спричинені ураженням чи дисфункцією головного мозку та соматичними захворюваннями». У ході дослідження були використані методи: клініко-психопатологічний, клініко-психофеноменологічний та статистичний. Результати дослідження. У результаті клініко-психофеноменологічного дослідження була встановлена активність психічних феноменів, що формують дефензивні бар'єри у хворих на органічні тривожно-депресивні розлади, за відповідними механізмами, а саме: комунікативне уникання ($1,56 \pm 0,02$), іраціональне емоційне відторгнення ($1,48 \pm 0,06$), когнітивно-аналітичне несприйняття ($2,05 \pm 0,11$), дизатентивна рефрактерність ($2,13 \pm 0,06$), афектогенна де вербалізація ($1,24 \pm 0,08$), надкритична диспозиція ($2,31 \pm 0,17$) десентенційно-мотиваційний ($1,86 \pm 0,09$). Висновки. Розроблено систему феноменів проб для квантифікації активності психодефензивних феноменів, механізмів та бар'єрів у хворих на тривожно-депресивні розлади органічного генезу. Встановлено активність психічних феноменів, що формують дефензивні бар'єри серед досліджуваного контингенту та підібрано психокорекційні впливи за відповідними механізмами.