

disease. NHLBI/WHO workshop report WHO, 2011. [cited 2014 Aug 15]; Available from: <http://www.gold-copd.com/>.

10. Fletcher CM, Peto R, Tinker CM, Speizer FE. Natural history of chronic bronchitis and emphysema. Oxford: Oxford University Press; 1976.

11. Bravein AA, Lukasz K, Arvin P, et al. Prediction model for COPD readmissions: catching up, catching our breath, and improving a national problem. *Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives*. 2012;2(1):302-4.

12. González C, Servera E, Ferris G, Blasco ML, Marína J. Risk Factors of Readmission in Acute Exacerbation of Moderate-to-Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Archivos de Bronconeumologia*. 2004;40(11):502-7.

13. Brusasco V, et al. Series ATS/ERS task force: Standardisation of lung function testing. *European Respiratory Journal*. 2005;26:319-38.

14. Brown DW, Croft JB, Greenlund KJ, Giles WH. Trends in hospitalization with chronic obstructive pulmonary disease – United States, 1990-2005. *COPD*. 2010;7:59-62.

Стаття надійшла до редакції
19.12.2014



УДК 616.89-008.454-036-056.83

И.Д. Спирина¹,
С.Ф. Леонов¹,
Т.И. Шустерман¹,
Я.С. Варшавский²

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЧЕСКОГО ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА У ЛИЧНОСТИ, ЗЛУПОТРЕБЛЯЮЩЕЙ АЛКОГОЛЕМ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»¹

кафедра психиатрии, общей и медицинской психологии

(зав. – д. мед. н., проф. И.Д. Спирина)

ул. Дзержинского, 9, Днепропетровск, 49044, Украина

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета»²

(гл. врач – к. мед. н. Ю.Н. Завалко)

ул. Бехтерева, 1, Днепропетровск, 49115, Украина

SE "Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine"¹

Department of Psychiatry, General and Medical Psychology

Dzerzhinsky str., 9, Dnepropetrovsk, 49044, Ukraine

e-mail: kromp@yandex.ru

CI «Dnipropetrovsk clinical psychiatric hospital of Dnipropetrovsk regional council»²

Bekhterev str., 1, Dnepropetrovsk, 49115, Ukraine

e-mail: dkpl@i.ua

Ключевые слова: депрессия, органическое расстройство, злоупотребление алкоголем

Key words: depression, organic disorder, abusing alcohol

Реферат. Клініко-психопатологічні особливості органічного депресивного розладу в особи, яка зловживає алкоголем (клінічний випадок). Спірина І.Д., Леонов С.Ф., Шустерман Т.І., Варшавський Я.С. У статті наведено опис клінічного випадку органічного депресивного розладу в особи, яка зазнала черепно-мозкової травми і зловживала алкоголем, з виділенням низки клініко-психопатологічних особливостей. Знижений настрій, уповільнення темпу мислення, порушення сну, зниження самооцінки, іпохондричні тенденції дозволили діагностувати депресивний розлад. Про органічний генез захворювання свідчили дані анамнезу про перенесену контузію головного мозку, а також виявлена при психодіагностичному дослідженні інертність нервово-

психічних процесів. Зловживання алкоголем особою, яка мала несприятливий органічний фон, сприяло появі в клінічній картині психотичних симптомів. Галюцинаторні та маячні включення відносно швидко купірувалися на тлі антипсихотичної терапії, що свідчило про їх вторинність по відношенню до афективних (депресивних) симптомів.

Abstract. Clinical and psychopathological features of organic depressive disorder in the individual abusing alcohol (case report). Spirina I.D., Leonov S.F., Shusterman T.Yo., Varshavskiy Ya.S. *The article describes a clinical case of organic depressive disorder in the personality who sustained a traumatic brain injury and who abused alcohol, with distinguishing number of clinical and psychopathological features. Depressed mood, slowed thinking process, sleep disturbances, low self-esteem, hypochondriacal tendencies allowed to diagnose depressive disorder. Clinical history on sustained brain concussion, as well as inertness of nervous and mental processes revealed in psychodiagnostic study testified to organic genesis of the disease. Alcohol abuse by the person having an adverse organic background contributed to appearance of psychotic symptoms in clinical picture. Hallucinatory and delusional inclusions relatively quickly stopped on a background of antipsychotic treatment; this testified that they are secondary to the affective (depressive) symptoms.*

Депрессию относят к наиболее распространенным расстройствам здоровья человека [2]. Хронической депрессией страдает приблизительно 4% общей популяции людей [2, 4]. Среди пациентов с соматическими и неврологическими заболеваниями депрессивные расстройства встречаются еще почти в 2 раза чаще [1, 3]. Наиболее часто цереброорганическая депрессия, т.е. причинно связанная с дисфункцией головного мозга, возникает при последствиях черепно-мозговой травмы [1]. Злоупотребление алкоголем больными с органическим депрессивным расстройством привносит негативные особенности в клиническую картину депрессии, приводит к трудностям лечения и значительно ухудшает качество жизни пациентов. Симптомы органической депрессии могут быть достаточно тяжелыми и опасными для пациента, поэтому необходимо их своевременное распознавание и лечение для предупреждения хронификации [2, 5].

Целью данной статьи является выделение клинико-психопатологических особенностей органического депрессивного расстройства у лиц, злоупотребляющих алкоголем, путем описания клинического случая.

Пациент, Н., 46 лет, не работает. Впервые был госпитализирован в Коммунальное учреждение «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета» 14.10.2013 г., где находился на лечении по 13.12.2013 г.

Анамнез: наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился в семье служащих, был единственным ребенком. Раннее развитие соответствовало возрастным нормам. Окончил 10 классов средней школы и Днепропетровский государственный институт физической культуры и спорта по специальности – тренер-преподаватель. В армии отслужил пол-

ный срок, служба проходила в Афганистане. Во время службы в 1988 г. получил контузию головного мозга, в течение месяца находился на лечении в госпитале. Демобилизован в срок. Является участником боевых действий. После службы в армии в течение пяти лет работал учителем физической культуры в средней школе, затем был разнорабочим, реализатором на вещевом рынке, сезонным рабочим за границей (Греция, Испания). Официально не работает с 2001 г., последние два года подрабатывал реализатором на радиорынке. Разведен, имеет сына 15 лет, который проживает с матерью. С сыном отношения поддерживает, периодически созванивается по телефону. Проживает в 2-комнатной квартире с пожилой матерью. Курит, во время службы в Афганистане эпизодически наркотизировался гашишем. В течение последних двух лет стал злоупотреблять алкоголем, пил практически ежедневно, предпочитая водку и пиво.

Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции. Туберкулез, венерические заболевания, вирусный гепатит, оперативные вмешательства, аллергические реакции, гемотрансфузии – отрицает. Ранее за психиатрической помощью не обращался.

Доставлен в стационар бригадой скорой психиатрической помощи по вызову оперативного дежурного районного отделения милиции. В милицейском рапорте указано, что 14.10.2013 г. из-под двери квартиры пациента начал идти дым. Пациента дома не было. Вызванные соседями работники пожарной службы, взломав дверь, помимо причины спонтанного возгорания (загорелся телевизор), обнаружили в ванной комнате труп матери больного. По результатам экспертизы было установлено, что женщина умерла около двух месяцев назад и все это время труп находился в квартире. Со слов соседей пациент в последнее время вел себя

неадекватно, злоупотреблял алкоголем, на их вопросы о матери отвечал невнятно, говорил, что она находится в психиатрической клинике и посещения к ней запрещены, никого не впускал в квартиру. По возвращению домой пациент стал заявлять, что мать жива, он только что ходил в аптеку за «лекарствами» для нее, начал разговаривать с телом умершей матери. Был осмотрен врачами-психиатрами и с диагнозом «Органическое бредовое расстройство» направлен в КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» ДООС», куда был госпитализирован без осознанного согласия.

При поступлении: тревожен, беспокоен, суетлив. Речь тихая. Доступен формальному контакту, дезориентирован в месте нахождения, правильно ориентирован в календарном времени и собственной личности. Периодически во время беседы застывал в одной позе, замолкал, смотрел в одну точку. В последующем избирательно отвечал на вопросы, не всегда в плане задаваемых. Отмечал, что не может сосредоточиться. Жаловался на бессонницу, слабость. Заявлял, что вся информация в милицейском рапорте – «ложь», что его мать жива и находится на лечении в больнице скорой медицинской помощи, т.к. «ей стало плохо». Говорил, что мать страдает сахарным диабетом и слабоумием, а также последние 1,5 месяца ничего не ела. Он пытался ее кормить, умывал влажным полотенцем, поднимал, пытался разговаривать с ней, вспоминал ее бывших коллег, но она ему не отвечала, «потом как-то быстро пожелтела, похудела, в комнате был неприятный запах, но, потом я привык». Почему не вызывал к матери врача, объяснить не смог. В беседе сообщил, что последние три месяца практически не спал, смотрел телевизор, ложился в 3-4 часа утра, спал прерывисто несколько часов. Факт смерти матери категорически отрицал, убежден, что ей просто «стало плохо» и ее «забрала скорая». Внимание крайне неустойчивое. Мышление замедлено по темпу, вязкое, ригидное. Настроение снижено. Осознание болезни отсутствует.

Соматический статус: кожные покровы обычной окраски, чистые. Астенизирован, высокого роста. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 80 ударов в минуту. АД – 110/80 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Неврологический статус: ЧМН – без особенностей. Сухожильные рефлексы симметричны, оживлены. Патологических рефлексов нет. В

позе Ромберга – шаткость, пальце-носовая проба с промахиванием.

В отделении: доступен формальному речевому контакту. Настроение снижено. Большую часть дня проводил в постели, укрывшись одеялом с головой. Пассивно отмечал, что при поступлении слышал «голоса» знакомых и друзей, которые с ним что-то «обсуждали», «вспоминали о прошлом, ругались». Говорил, что «голоса» появились в последние 3-4 месяца, чаще бывали по вечерам. Не отрицал, что злоупотреблял алкоголем. Вял, апатичен. Периодически застывал в одной позе, смотрел в одну точку. Ничем не интересовался. Рассказал, что дома чувствовал себя очень плохо, «творилось что-то непонятное, совершенно не было настроения, было чувство оцепенения, все делал как на «автопилоте», не понимал, что нужно делать, отмечалась отрешенность от реальности». Говорил, что событий последних 1,5-2 месяцев практически не помнит. Считал, что соседи «плохо» на него смотрят, «знают» о нем что-то плохое, «подсмеиваются» над его больной матерью. Заявлял, что ему хотелось спрятаться от всех и спрятать мать от «насмешек», «я никому не хотел говорить, что с мамой очень плохо, тогда она уже ничего не ела и ничего не говорила, я не мог ей уже ничем помочь, уходил от проблем и много пил». Осознания болезни нет. Лечение принимает неохотно. В ходе последующего активного лечения, продуктивная психотическая симптоматика померкла, уменьшилась тревога, появилось формальное осознание болезни, нормализовался сон, исчезли «голоса», выровнялось настроение. Сообщил, что примерно через 2-3 недели после начала лечения «как-бы пришел в себя», «понял, что мать умерла», «мысли упорядочились».

Анализы: общий анализ крови (14.10.2013 г.), мочи (15.10.2013 г.) – без патологии. Анализ кала на яйца глист, кишечную угрицу (15.10.2013 г.) – отрицательный. Биохимический анализ крови (15.10.2013 г.) – норма. Реакция Вассермана (15.10.2013 г.) – отрицательная. Мазок на дифтерию (15.10.2013 г.) – отрицательный. Антитела к ВИЧ (19.10.2013 г.) – не выявлены. Анализ крови на маркеры вирусных гепатитов (18.10.2013 г.) – не обнаружены.

Флюорограмма (18.10.2013 г.) – легкие и сердце в норме. Электроэнцефалограмма (25.10.2013 г.) – патологических форм активности, очаговых изменений не выявлено. Электрокардиограмма (25.10.2013 г.) – синусовая тахикардия, умеренные диффузные изменения миокарда.

Консультация невропатолога (25.10.2013 г.) – неврологически здоров.

Консультация окулиста (07.11.2013 г.) – пресбиопия обоих глаз.

Консультация психолога (16.10.2013 г.): больной речевому контакту доступен. Эмоционально маловыразителен, заторможен. На поставленные вопросы отвечает в плане задаваемого, уклончиво. Предъявляет жалобы на плохой, прерывистый сон. Свой поступок с мертвой матерью объясняет своеобразно: «в оцепенении, как на автопилоте, не хотел расставаться с единственным близким человеком». Последний год не хотел никого пускать к матери, так как у нее появились проблемы с памятью, а окружающие над ней «смеялись». Сам тоже не хотел общаться со знакомыми, чтобы оградить себя от негативной информации. Злоупотреблял спиртными напитками. Критика снижена.

К ситуации исследования отношение доброжелательное. В инструкциях уточняет нелепые детали. Задания выполняет в замедленном темпе, старательно. Подсказку воспринимает с трудом. Формально коррегируем.

Выявлена недостаточность активного внимания в виде трудностей концентрации, неустойчивости, некоторая инертность нервно-психических процессов.

Память снижена в умеренной степени. Кривая механического запоминания 10 слов зигзагообразна, свидетельствует об истощаемости мнестической функции по гиперстеническому типу. Текст прочитанного воспроизводит с ошибками, не искажающими смысл прочитанного.

При исследовании мыслительной деятельности выявляется некоторая непоследовательность суждений: ошибочные решения чередуются с правильными. Мышление замедленное по темпу, вязкое, обстоятельное, ригидное. Проекция алкогольных мыслей и проблем. Конструктивный праксис снижен незначительно.

Самооценка занижена по большинству шкал. Считает себя: больным (7) – «здоровый такого бы не сделал», глупым (7) – «если человек сделал такое», с плохим характером (7) – «много недостатков», не очень счастливым (5). Уровень притязаний завышенный, ригидный, не соответствует уровню реальных достижений.

По данным ММРІ (mini-mult) профиль пилообразный, значения всех шкал в границах верхней нормы. Наибольшие значения по шкалам ипохондрии (62Т) и психастении (60Т). В связи с тревожностью и стремлением избежать вероятных опасностей относительно легко возникает беспокойство о состоянии своего физи-

ческого здоровья. Страх перед возможным заболеванием.

Таким образом, на фоне недостаточности активного внимания, некоторой инертности нервно-психических процессов выявляется снижение памяти в умеренной степени с истощаемостью по гиперстеническому типу, некоторая непоследовательность суждений, замедленный темп мышления, вязкость, обстоятельность, ригидность. Страх перед возможным заболеванием.

Лечение: труксал 50 мг/сутки, солерон 300 мг/сут, пароксин 20 мг/сутки, феназепам 1 мг/сутки, витаминотерапия, симптоматическое лечение. Исход – улучшение.

При выписке: доступен продуктивному речевому контакту. Жалоб на здоровье не предъявлял. Настроение ровное. Эмоционально адекватен. Поведение упорядочено. Бреда, галлюцинаций не выявлено. Суицидальных мыслей не высказывал. Осознание перенесенного болезненного состояния достаточное. Отпускался в лечебный отпуск, возвратился в стабильном состоянии. Строил реальные планы на будущее, высказывал намерения дома продолжать поддерживающее лечение.

Диагноз: органическое депрессивное расстройство с психотическими симптомами у личности, злоупотребляющей алкоголем (F 06.32 – шифр диагноза по МКБ-10).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, имеющиеся в клинической картине пониженное настроение, замедление темпа мышления, нарушение сна, снижение самооценки, ипохондрические тенденции позволили диагностировать депрессивное расстройство. Об органическом генезе заболевания свидетельствовали данные анамнеза о перенесенной контузии головного мозга, а также выявленные при психодиагностическом исследовании инертность нервно-психических процессов, недостаточность активного внимания, снижение памяти в умеренной степени с истощаемостью по гиперстеническому типу, ригидность мышления. Отсутствие формальных нарушений мышления не позволило установить бредовое (шизофреноподобное) расстройство. Злоупотребление алкоголем личностью, имеющей неблагоприятный органический фон, способствовало появлению в клинической картине психотических симптомов (галлюцинаторные включения, бред отношения). В то же время, галлюцинаторные и бредовые включения относительно быстро купировались на фоне антипсихотической терапии, что еще раз

свидетельствовало об их вторичности по отношению к аффективным (депрессивным) симптомам. Диагноз органического диссоциативного расстройства не мог рассматриваться как правомочный, в связи с отсутствием внезапности и

началом заболевания еще до психотравмирующей ситуации (смерть матери), а также отсутствием помрачения сознания, дезориентировки, амнезии и истерических черт характера в профиле преморбидной личности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Домулін І.В. Особливості депресії при неврологічних захворюваннях / І.В. Домулін // Журнал неврології і психіатрії. – 2005. – №10. – С. 55-56.
2. Напрєєнко О.К. Нециркулярні депресії: монографія / О.К. Напрєєнко, К.М. Логановський, О.Г. Сироп'ятов; за ред. проф. О.К. Напрєєнка. – К.: Софія-А, 2013. – 624 с.
3. Beck A.T. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates /

- A.T. Beck // Am. J. Psychiatry. – 2008. – Vol. 165. – P. 969-977.
4. Hegerl U. Early detection of depressive illness / U. Hegerl, T. Pfeiffer-Gerschel // MMW Fortschr. Med. – 2007. – Vol. 149. – P. 9-31.
5. Nortoff G. Psychopathology and pathophysiology of the self in depression / G. Nortoff // J. Affect Disord. – 2007. – Vol. 104. – P. 1-14.

REFERENCES

1. Domulin IV. [Features of depression in neurological diseases]. Zhurn. nevrologii i psyhiatrii. 2005;10:55-56. Ukrainian.
2. Naprjejenko OK, Loganovskij KM, Syropjatov OG. [Non-circular depressions]. Monografija. Za red. prof. Naprjejenka OK. – K.: Sofija-A. 2013;624. Ukrainian.

3. Beck AT. The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. Am J Psychiatry. 2008;165:969-97.
4. Hegerl U, Pfeiffer-Gerschel T. Early detection of depressive illness. MMW Fortschr Med. 2007;149:9-31.
5. Nortoff G. Psychopathology and pathophysiology of the self in depression. J Affect Disord. 2007;104:1-14.

Стаття надійшла до редакції
13.01.2015



УДК 616.89-008-009:616.37-002-036.87-092.11

Ю.Н. Шевченко

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СТРАДАЮЩИХ РЕЦИДИВИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МЗ Украины»
кафедра психиатрии ФПО
(зав. – д. мед. н., проф. Л.Н. Юрьева)
ул. Дзержинского, 9, Днепропетровск, 49044, Украина
SE "Dnepropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine"
Department of Psychiatry
Dzerzhinsky str., 9, Dnepropetrovsk, 49044, Ukraine
e-mail: kafpsydnep@i.ua

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, тревога, депрессия, рецидивирующий панкреатит, острый и хронический панкреатит, качество жизни
Key words: non-psychotic mental disorders, anxiety, depression, recurrent pancreatitis, acute and chronic pancreatitis, quality of life