

- Капшук В.Г. Досвід вакцинопрофілактики грипу в умовах великого промислового центру / В.Г. Капшук, Р.В. Тітова, Т.П. Покаленко [та ін.] // Одеський медичний журнал. – 2004. – №6. – С. 44–46, 113,114.
- Закон України від 29.05.1997 №280 / 37-ВР Про місцеве самоврядування в Україні // Відом. Верх. Ради. – 1997. – № 824. – С.170.
- Конституція України від 28 червня 1996 р.
- Панцир С. Система органів влади та місцевого самоврядування в стратегії громадського лобювання. Навчальний посібник. – К.: Фонд «Європа XXI», 2007. – 568 с.
- Пат. 30522 Україна, МПК А61К33/18. Спосіб комплексної профілактики захворювань на грип та гострі респіраторні вірусні інфекції у групах з різним рівнем імунної резистентності в умовах промислового виробництва / Пловецька І. А., Фролов А. Ф., Ковріва Л. Д.; заявник і патентовласник: Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» – № u200713171; заявл.27.11.2007; опубл. 25.02.2008. Бюл. № 4.
- Пловецька І.А. Вплив віку і статі на захворюваність грипом та ГРВІ працівників виробництв газорозрядних ламп, фарфору, медичного скла: матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції [“Медична наука – 2007”], (Полтава, 13 грудня 2007 р.). //Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2007. – Т 7, Вип.. 4 (20). – С. 134-136.
- Руденко А.А. Клинико-дифференциальная диагностика, лечение гриппа и других ОРЗ / А.А. Руденко // Профилактика медицина. – 2009. – №1. – С. 84–91.

### Реферат

#### РОЛЬ СТУДЕНЧЕСКОГО И МЕСТНОГО САМОУПРАВЛЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ГРИППА И ОРВИ СРЕДИ РАБОТНИКОВ ПРОМЫШЛЕННЫХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Голованова І.А., Гапон В. А., Філатова В.Л.

Ключевые слова: профилактика, острые респираторные вирусные заболевания, грипп, рабочие, промышленные предприятия, студенческое самоуправление

Определена роль студенческого самоуправления в проведении санитарно-просветительской работы по профилактике гриппа и ОРВИ у рабочих на производстве газоразрядных ламп и медицинского стекла. Разграничена деятельность местного, студенческого самоуправления и медицинских работников медико-санитарных частей предприятий в проведении профилактических мероприятий возникновения заболеваний гриппом и ОРВИ в коллективах заводов газоразрядных ламп и медицинского стекла путем предложенной нами модели сотрудничества между ними. Сотрудничество будущих врачей с рабочими предприятий предусматривает диалог взаимопонимания между ними, что с одной стороны, будет содействовать лучшему овладению студентами навыков проведения санитарно-просветительской работы, а с другой – рабочий, который осознает необходимость проведения профилактики, будет ее активным содейателем.

### Summary

#### ROLE OF STUDENTS' AND LOCAL SELF-GOVERNMENT IN PREVENTING INFLUENZA AND ACUTE RESPIRATORY VIRAL DISEASES AMONG INDUSTRIAL ENTERPRISE EMPLOYEES

Golovanova I.A., Gapon V O., Filatova V.L.

Keywords: prevention, influenza, acute respiratory viral diseases, employee, industrial enterprises, student self-government.

This paper throws light upon the significance of students' self-government in carrying out sanitary and educational work in order to prevent the spreading of influenza and acute respiratory viral diseases (ARVD) among the employees of the plant of gas-discharged lamps and medical glass plant. There has been delimited the activity of local and students' self-government, and medical personnel of the enterprises in preventing the occurrence of influenza and ARVD among the employees according to the model of co-operation we have developed. This co-operation of the future doctors and the employees provides the dialogue of understanding between them that on the one hand, will contribute to the development of skills in carrying out sanitary and educational measures, and on the other hand, an employee who realizes the importance of prevention will be an active co-worker.

УДК 616.89–008.454

**Гринь К.В.**

#### **ЗАЛЕЖНІСТЬ СИНДРОМАЛЬНОЇ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РЕКУРЕНТНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ ВІД ГЛИБИНИ ДЕПРЕСИВНОГО ЕПІЗодУ**

Полтавська обласна клінічна психіатрична лікарня ім. О.Ф. Мальцева, ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава.

*Проведений аналіз залежності синдромальної варіабельності рекурентних депресивних розладів від глибини депресивного епізоду. Синдромальна варіабельність рекурентних депресивних розладів на сьогоднішній день досить широка та залежить від ступеню вираженості депресії. Варіабельність синдромальної структури легкої депресії досить незначна. Найбільший клінічний поліморфізм відмічається при депресіях помірного ступеню тяжкості. Синдромальний діапазон важких депресивних епізодів дещо вузький, порівняно з помірними, але більш широкий у порівнянні з легкими депресивними епізодами. Ймовірність приєднання до клінічних проявів рекурентного депресивного розладу психічних розладів психотичного регістру підвищується зі збільшенням глибини депресивного епізоду.*

Ключові слова: синдромальна варіабельність, рекурентний депресивний розлад, депресивний епізод.

Дана стаття написана за матеріалами дисертаційного дослідження, яке є самостійною науково-дослідницькою роботою «Клініко-психопатологічна характеристика, патоморфоз та лікування депресивних станів з урахуванням біологічних ритмів», №

### Вступ

Більшість сучасних вчених та клініцистів одностайні в думці про збільшення абсолютної кількості депресивних хворих у популяції за останні роки [3,6,9]. В психіатричній літературі досі немає єдиної думки, відносно особливостей перебігу, класифікації, лікування депресивних станів. Не дивлячись на стрімкий розвиток психофармакології збільшується кількість резистентних до медикаментозного лікування депресій. На думку деяких вчених [7], особливої гостроти набуває проблема затяжних депресій з хронічним перебігом. Інші вважають, що на перший план виходять соматизовані [4], а також «масковані» депресії [1, 2].

Практично усі синдромальні варіанти депресії були описані вже на початку ХХ століття. Зокрема, анестетична (деперсоналізаційна) депресія була виділена Shafer A. ще 1880 р. Іншим прикладом є класифікації Каннабіха Ю.В. (1914) та Рибаківа Ф.Є. (1914). За класифікацією Каннабіха Ю.В. можливі наступні варіанти депресивного синдрому: меланхолічний, апатичний, астеничний, іпохондричний, патохарактерологічний (істеричний) і дипсоманічний. Рибаків Ф.Є. додав до даної класифікації тривожний, обсесивний та дромоманічний варіант. Таким чином, із сучасних варіантів депресії до середини минулого століття не були описані лише дистимічна (дисфорична) (Вайтбрехт Г., 1952) та соматовегетативна («маскована») депресія (Шнайдер Е., 1925). Більшість учених і зараз схиляються до синдромальних класифікацій депресивних розладів. Мосолов С.Н. (1995) [5] виділяє гіпотимічні, антено-депресивні, апатичні, тривожні, дисфоричні, анестетичні, «масковані», депресії, а також депресії з гетерономною картиною. Тиганов А.С. (1997) [10] пропонує дві основні клінічні групи депресій: прості та складні. До простих депресій відносять шість основних синдромальних типів: меланхолічний, тривожний, анестетичний, адинамічний, апатичний і дисфоричний. У структурі складних депресій зустрічаються сенесто-іпохондричний синдром, а також депресивний синдром із включеннями марення, галюцинацій і кататонічних розладів.

Смулевич А.Б. (2000, 2001) сформував класифікацію депресивних розладів, в якій виділив типову депресію з позитивною афективністю (вітальна та депресивно-параноїдна), атипичну депресію з негативною афективністю (апатична, адинамічна, анестетична, соматизована), атипичну складну депресію з актуалізацією складових депресивного афекту (тривожна, іпохондрична) та атипичну депресію з приєднанням інших психопатологічних реєстрів (обсесивна, істерична, маячна) [8].

Чайка Ю.Ю. та Чайка Ю.В. [11] вважають, що у вирішенні проблеми систематики монополярних депресивних розладів існує чотири основних підходи: синдромальний, синдромокінетичний,

етиологічний та нозографічний. На синдромальному рівні описані різні клінічні варіанти депресивного синдрому. У їх класифікації можна виділити три основні підходи: а) клініко-описовий, б) за структурою провідного афекту, в) за типом афекту і виду гетерогенної симптоматики. Однак незалежно від підходів, більшість авторів явно або неявно у якості ведучого виділяли тужливий афект. Синдромокінетична класифікація передбачає поділ депресивних синдромів в залежності від ускладнення їх клінічної картини від гіпотимічної до класичної вітальної і далі до психотичної депресії. Виходячи з наведеної систематики, Чайка Ю.Ю. та Чайка Ю.В. пропонують наступну класифікацію монополярних депресивних синдромів. Основні депресивні синдроми: тужливий, тужливо-соматовегетативний. Депресивні синдроми з коморбідними розладами першого рангу: тужливо-тривожний, тужливо-апатичний, тужливо-астеничний і тужливо-дистимічний. Депресивні синдроми з коморбідними розладами другого рангу: депресивно-іпохондричний, депресивно-фобічний, депресивно-деперсоналізаційний і депресивно-маячний.

### Мета дослідження

З'ясувати залежність синдромальної варіабельності рекурентної депресії від глибини депресивного епізоду.

### Матеріали та методи дослідження

Обстежено 130 хворих на рекурентний депресивний розлад, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в Полтавській обласній клінічній психіатричній лікарні ім. О. Ф. Мальцева за період з 2009 по 2011рр., після отримання інформованої згоди від них на участь у дослідженні. Всіх обстежених пацієнтів було розподілено на три клініко-діагностичні групи за критерієм ступеню тяжкості депресивного епізоду. При цьому розподілі керувалися як клінічною оцінкою поточного депресивного стану за критеріями МКХ-10, так і результатом первинного обстеження пацієнтів за шкалою HAMD-21.

До I клінічної групи увійшло 40 (30,76%) обстежених з легким ступенем тяжкості депресивного епізоду (середній бал за HAMD-21 15,2), до II групи - 50 (38,48%) пацієнтів, що страждали на депресію середнього ступеню вираженості (24,66 балів за HAMD-21), до III клінічної групи увійшло 40 (30,76%) обстежених з важким депресивним епізодом (33,77 балів за HAMD-21). Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження пацієнтів шляхом інтерв'ю та спостереження. Проводили кількісну та якісну оцінку скарг і виявлення психопатологічних симптомів щодо різних психічних сфер. Діагноз надавався згідно класифікації МКХ-10 з виділенням провідного психопатологічного синдрому.

Для верифікації та визначення ступеню тяжкості депресивного епізоду застосовували шкалу

Гамільтона для оцінки депресії (Hamilton Depression Rating Scale, або HAMD-21) [12].

**Результати та їх обговорення.**

Дослідження синдромальної структури депресивного епізоду у обстежених пацієнтів виявило у них наступні клінічні варіанти депресивного епізоду: тривожно-депресивний, апато-адинамічний, тужливий, астено-анергічний, сенесто-іпохондричний, депресивно-параноїдний, депресивно-істеричний, а також сомато-вегетативний.

За клініко-синдромальною структурою депресії розподіл обстежених був наступний: 49 (37,69%) хворих з переважанням тривожно-депресивного синдрому, 37 (28,47%) хворих з апато-адинамічною, 13 (10%) хворих з депресивно-параноїдною депресією, 11 (8,46%) хворих з астено-анергічною, 9 (6,93%) хворих з тужливою (меланхолійною) депресією, 8 (6,16%) хворих з сенесто-іпохондричною, 2 (1,53%) хворих з депресивно-істеричною та 1 (0,76%) хворий з сомато-вегетативною депресією.

При аналізі компонентів депресивного синдрому у пацієнтів I клінічної групи було виявлено, що перевагу мав апато-адинамічний синдром – 15 (37,50%) випадків, тривожна депресія зустрічалася у 14 (35,00%) осіб, тужлива депресія – у

5 (12,50%), астено-анергічна також у 5 (12,50%), а частота сенесто-іпохондричного компоненту складала 1 (2,50%) випадок.

При аналізі компонентів депресивного синдрому у пацієнтів II клінічної групи було виявлено, що найчастіше мав місце тривожний синдром – 20 (40,00%) випадків, апато-адинамічна депресія зустрічалася у 14 (28,00%) випадків, астено-анергічний синдромальний варіант – у 6 (12,00%) осіб, депресивно-параноїдна структура синдрому спостерігалася в 3 (6,00%) випадках, сенесто-іпохондрична депресія також у 3 (6,00%) пацієнтів, тужлива депресія – в 2 (4,00%) випадках, сомато-вегетативний та депресивно-істеричний компоненти зустрічалися з однаковою частотою – по 1 (2,00%) випадку.

При аналізі компонентів депресивного синдрому у пацієнтів III клінічної групи було встановлено, що перевагу мав також тривожний синдром – 15 (37,50%) випадків, депресивно-параноїдний симптомокомплекс спостерігався у 10 (25,00%) обстежених, апато-адинамічна депресія зустрічалася у 8 (20,00%) випадках, сенесто-іпохондрична – у 4 (10,00%) осіб, частота астено-анергічного компоненту складала 2 (5,00%) випадки, а депресивно-істеричного – 1 (2,50%). Отримані результати відображено в таблиці 4.1.

*Таблиця 4.1  
Розподіл пацієнтів основних клінічних груп за синдромальною характеристикою депресивного епізоду (N=130)*

Синдромальний варіант депресії	Досліджувані групи		
	I група (n=40)	II група (n=50)	III група (n=40)
Тривожно-депресивний	14 (35,00%)	20 (40,00%)	15 (37,50%)
Апато-адинамічний	15 (37,50%)	14 (28,00%)	8 (20,00%)
Тужливий	5 (12,50%)	2 (4,00%)	—
Астено-анергічний	5 (12,50%)	6 (12,00%)	2 (5,00%)
Сенесто-іпохондричний	1 (2,50%)	3 (6,00%)	4 (10,00%)
Депресивно-параноїдний	—	3 (6,00%)	10 (25,00%)
Депресивно-істеричний	—	1 (2,00%)	1 (2,50%)
Сомато-вегетативний	—	1 (2,00%)	—

Таким чином, результати дослідження синдромальної структури депресивного епізоду, показали, що синдромальна варіабельність рекурентних депресивних розладів на сьогодні досить широка. Не дивлячись на стрімкий розвиток фармакотерапії та появу нових антидепресантів з анксиолітичним ефектом та впровадженням їх у психіатричну практику, найчастіше у пацієнтів спостерігався тривожно-депресивний симптомокомплекс, який був провідним при депресії середньої тяжкості та тяжкій. Дещо рідше зустрічався апато-адинамічний синдромальний варіант, який був провідним у пацієнтів з легкою депресією. Інші варіанти депресивного симптомокомплексу зустрічалися рідше. Варто звернути увагу на те, що депресивно-параноїдний синдром не зустрічався в групі пацієнтів з легким депресивним епізодом, займав останнє місце за частотою у пацієнтів з депресивним епізодом помірного ступеню вираженості, а от в групі пацієнтів з депресивним епізодом важкого ступеню він став другим за частотою та охопив ¼ обстежених. Це свідчить про те, що чим більша глибина та ви-

раженість депресивного епізоду, тим більша ймовірність розвитку психічних розладів психотичного регістру.

**Заклучення**

Синдромальна варіабельність рекурентних депресивних розладів на сьогодні досить широка та залежить від ступеню вираженості депресії.

Аналіз отриманих результатів, залежно від тяжкості депресивного епізоду показав, що варіабельність синдромальної структури легкої депресії досить незначна. Найбільший клінічний поліморфізм відмічається при депресіях помірного ступеню тяжкості. Синдромальний діапазон важких депресивних епізодів дещо вужчий, порівняно з помірними, але більш широкий у порівнянні з легкими депресивними епізодами.

Ймовірність приєднання до клінічних проявів рекурентного депресивного розладу психічних розладів психотичного регістру підвищується зі збільшенням глибини депресивного епізоду.

### Література

1. Бобров А.С. Интегративная оценка депрессии, тревоги и соматоформных расстройств / А.С. Бобров, О.В. Петрунько, Л.А. Иванова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2007. – №5. – С. 24 – 31.
2. Иванова Л.А. Депрессия с патологическими телесными ощущениями / Л.А. Иванова // Журнал неврологии и психиатрии. – 2006. – №8. – С. 26 – 30.
3. Марута Н.А. Новые возможности терапии депрессивных расстройств / Н.А. Марута, Е.Е. Семикина // Український вісник психоневрології. – Т. 15, Вип. 3(52) – 2007. – С. 89 – 94.
4. Михайлов Б. В. Соматизированные депрессии в общесоматической практике / Б. В. Михайлов // Международный медицинский журнал. – 2008. – Т. 7, № 1. – С. 68–70.
5. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов / Мосолов С. Н. – СПб. : Медицинское информационное агентство. – 1995. – 568 с.
6. Напрєєнко О.К. Депресія та тривога / О.К. Напрєєнко // Профілактика в первинних структурах охорони здоров'я: посібник для поліпшення якості роботи / [Під наук. ред. проф. І.П. Смірної]. – К. : Здоров'я. – 1999. – 165 с.
7. Пришляк В. І. Проблема хроніфікованих депресій у психіатричних дослідженнях. Частина I / В. І. Пришляк, О.О. Фільц // Журнал психіатрії і медичинської психології. – 2006. – №1 (16). – С. 112 – 119.
8. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине: руководство для врачей / Смулевич А. Б. – М. : МИА. – 2001. – 253 с.
9. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях / Смулевич А. Б. – М. : Медицинское информационное агентство. – 2003. – 429 с.
10. Тиганов А. С. Эндогенные депрессии: вопросы классификации и систематики / А. С. Тиганов // Депрессия и коморбидные расстройства / [Под ред. А. Б. Смулевича]. – М., 1997. – С. 12–26.
11. Чайка Ю. Ю. К постановке проблемы ранговой структуры депрессивного синдрома / Ю. Ю. Чайка, Ю. В. Чайка // Український медичний альманах. – 2005. – Т. 8, № 4 (додаток). – С. 259–261.
12. Hamilton M. A rating scale for depression / M. Hamilton // Journal Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. – 1960. – V. 27. – P. 56 – 62.

### Реферат

#### ЗАВИСИМОСТЬ СИНДРОМАЛЬНОЙ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ РЕКУРРЕНТНЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ОТ ГЛУБИНЫ ДЕПРЕССИВНОГО ЭПИЗОДА

Гринь Е. В.

Ключевые слова: синдромальная вариабельность, рекуррентное депрессивное расстройство, депрессивный эпизод.

Проведен анализ зависимости синдромальной вариабельности рекуррентных депрессивных расстройств от глубины депрессивного эпизода. Синдромальная вариабельность рекуррентных депрессивных расстройств на сегодняшний день достаточно широка и зависит от степени выраженности депрессии. Вариабельность синдромальной структуры легкой депрессии весьма незначительна. Наибольший клинический полиморфизм отмечается при депрессиях средней степени тяжести. Синдромальный диапазон тяжелых депрессивных эпизодов несколько уже по сравнению с умеренными, но более широкий по сравнению с легкими депрессивными эпизодами. Вероятность присоединения к клиническим проявлениям рекуррентного депрессивного расстройства психических расстройств психотического регистра повышается с увеличением глубины депрессивного эпизода.

### Summary

#### DEPENDENCE BETWEEN SYNDROMAL VARIABILITY OF RECURRENT DEPRESSIVE DISORDERS ON INTENSITY OF DEPRESSIVE EPISODE

Grin' K. V

Key words: syndromal variability, recurrent depressive disorder, depressive episode.

This paper presents the analysis showing the dependence of syndromal variability of recurrent depressive disorders on the intensity of a depressive episode. At present syndromal variability of recurrent depressive disorders is widely spread and depends on the severity of depression. Variability of syndromal structure in mild depression is very insufficient. The most marked clinical polymorphism is observed in moderate depressions. The range of severe syndromal depressive episodes seems to be slightly narrower compared to moderate one, but more extensive in comparison with mild depressive episodes. Probability in the combination of psychotic mental disorder to the clinical manifestations of recurrent depressive disorder increases with the rise of intensity of the depressive episode.