

**ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ V-го НАЦІОНАЛЬНОГО КОНГРЕСУ
НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ ТА НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«НЕВРОЛОГІЧНА, ПСИХІАТРИЧНА ТА НАРКОЛОГІЧНА ДОПОМОГА В УКРАЇНІ: ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ
ТА СУЧАСНІ ВИКЛИКИ»**

Україна, Харків, 16—17 березня 2017 року

УДК 616.74:[612.017.3:616-008.6]:616.441-008.63

Антоненко К. В.¹, Ілляш Т. І.¹, Вакуленко Л. О.²

¹Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця (м. Київ)

²Олександрівська клінічна лікарня (м. Київ)

**Особливості клінічної діагностики та наслідків
міастенії, поєднаної з патологією щитоподібної залози**

Нерідко лікарі різних спеціальностей спостерігають у хворих поєднання аутоімунних захворювань, що утруднює проведення диференціальної діагностики через нашарування клінічної симптоматики, розуміння прогнозу хвороби та вибір оптимальної терапевтичної тактики. Частота асоціації генералізованої міастенії з іншими аутоімунними захворюваннями в різних популяціях пацієнтів коливається в межах від 9,4 % до 22,9 % хворих (Kanazawa M. et al., 2007; Thorlacius S. et al., 2007). Частіше реєструють патологію щитоподібної залози (10,4—11,9 % випадків) — дифузний токсичний зоб та аутоімунний тиреоїдит (Marino M. et al., 1997; Kanazawa M. et al., 2007).

Метою нашого дослідження було проаналізувати демографічні та клінічні особливості пацієнтів з міастенією, що поєднувалась з аутоімунними захворюваннями щитоподібної залози.

За період 2008—2016 рр. на базі Олександрівської клінічної лікарні м. Києва було обстежено 42 пацієнти (24 жінки та 18 чоловіків, віком від 21 до 65 років, середній вік — $36,5 \pm 4,6$ роки), хворі на міастенію. Діагностика захворювання включала клінічне обстеження, проби з навантаженням, фармакологічну пробу з прозеринном, електроміографію, спіральну комп'ютерну томографію органів середостіння. Антитіла до ацетилхолінових рецепторів були виявлені у 19 з 21 пацієнтів (90,4 %), яким проводили це дослідження. Окрім того, всім хворим проводили ультразвукове дослідження щитоподібної залози, у разі виявлення патології досліджували її гормональну функцію.

Поєднання міастенії з патологією щитоподібної залози виявили у 7 (16,7 %) пацієнтів: у 5 пацієнтів — дифузний токсичний зоб (у одного з них додатково поєднаний з ревматоїдним артритом), у 2 хворих — аутоімунний тиреоїдит. У 2 хворих було виявлено ревматоїдний артрит. У 33 хворих на міастенію не виявлено іншої аутоімунної патології.

Порівняння двох груп пацієнтів (з міастенією та міастенією, поєднаною з аутоімунними захворюваннями щитоподібної залози) виявило, що хворі з поєднаними захворюваннями були молодшими за віком на початок появи перших ознак міастенії ($33,6 \pm 2,7$ проти $46,1 \pm 5,8$ роки) ($p < 0,05$). Гендерних розбіжностей між групами виявлено не було. Серед хворих обох груп переважала генералізована форма міастенії — у 6 із 7 (85,7 %) пацієнтів з міастенією, що поєднувалась з іншими аутоімунними захворюваннями, та у 27 із 33 (81,8 %) хворих без іншої аутоімунної патології. В усіх пацієнтів з міастенією, поєднаною з аутоімунними захворюваннями щитоподібної залози, ми виявляли слабкість очних м'язів.

Щодо до клінічного перебігу, серед пацієнтів обстежених нами обох груп до лікування переважали хворі зі слабкістю м'язів середнього ступеня тяжкості. В резуль-

таті проведеного лікування збільшилася кількість пацієнтів з легкими проявами захворювання, хоча статистично достовірних різниць між групами виявлено не було. За період спостереження за пацієнтами (максимально — до 7 років) кількість загострень у пацієнтів в обох групах достовірно не відрізнялася.

Обстежені пацієнти з міастенією, поєднаною з аутоімунною патологією щитоподібної залози, були молодшими за віком на початок появи перших ознак міастенії. Хворі з/або без наявності супутнього іншого аутоімунного захворювання не відрізнялися за тяжкістю клінічних проявів та наслідків хвороби, гендерних розбіжностей не було виявлено. Серед пацієнтів обох груп переважала генералізована форма міастенії. В усіх пацієнтів з міастенією, поєднаною із аутоімунними захворюваннями щитоподібної залози, у патологічний процес залучались окоорухові м'язи.

УДК 616.831-005.4-036.1-092

Боброва В. І., Демченко А. В.***

^{*}Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика (м. Київ),

^{**}Навчально-науковий медичний центр «Університетська клініка» Запорізького державного медичного університету
(м. Запоріжжя)

Зміни вмісту показників окислювальної модифікації білків у хворих на хронічну ішемію мозку залежно від вираженості когнітивних розладів

Оксидативний стрес сьогодні розглядають як важливу ланку патогенезу ішемічного ураження головного мозку. Основою оксидативного стресу є підвищення продукції похідних вільнорадикального окислення та перекисного окислення ліпідів на фоні виснаження антиоксидантних захисних механізмів організму (Баранова О. А. і соавт., 2011; Козовий Р. В. та співавт., 2013). Однак є дослідження, що у першу чергу окислювальної модифікації піддаються саме молекули білків, що призводить до втрати їх біологічної активності (Дубинина Е. Е. і соавт., 2008; Занозина О. В. і соавт., 2013). А негативний ефект окислювальної модифікації білків (ОМБ) у клітинах пов'язаний з тим, що окислені білки є додатковим джерелом вільних радикалів, які ще більше виснажують запаси клітинних антиоксидантів (Лембрик І. С. та співавт., 2011).

Мета роботи — вивчити особливості спонтанної та стимульованої ОМБ у хворих на хронічну ішемію мозку (ХІМ) залежно від вираженості когнітивних розладів (КР).

Дослідження інтенсивності ОМБ проведено у 138 хворих на ХІМ (100 жінок і 38 чоловіків) на фоні атеросклерозу церебральних артерій та артеріальної гіпертензії. Середній вік — $54,64 \pm 8,10$ роки. Серед пацієнтів з ХІМ: хворих на дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕ) I ст. було 50 (36,23 %), ДЕ II ст. — 60 (43,48 %) та ДЕ III ст. внаслідок перенесеного інфаркту мозку — 28 (20,29 %) осіб. За результатом нейропсихологічного тестування у цих хворих були виявлені легкі КР (42,03 %) та помірні КР (52,17 %). Збережені когнітивні функції спостерігалися лише у 5,80 % осіб. Ступінь ОМБ відображався рівнем альдегідних та кар-

боксильних продуктів при реакції з 2,4-динітрофенілгідрозином (2,4-ДФГ) з утворенням 2,4-ДФГ за методом Halliwell. Оптичну щільність утворених комплексів динітрофенілгідрозинів реєстрували на спектрофотометрі Biochrom за такими довжинами хвиль: 270 нм — альдегідфенілгідрозини (АФГ), 363 нм — кетондинітрофенілгідрозини (КФГ).

З розвитком та прогресуванням КР встановлено вірогідне підвищення вмісту стимульованих АФГ ($p < 0,001$ за критерієм Краскела — Уолліса) та спонтанних КФГ ($p = 0,008$ за критерієм Краскела — Уолліса). При попарному порівнянні (за критерієм Манна — Уїтні) вмісту вивчених показників встановлені вірогідні різниці за вмістом стимульованих АФГ та спонтанних КФГ. Зокрема, достовірно вищим був вміст стимульованих АФГ у хворих із помірними КР порівняно із пацієнтами без КР ($\Delta +30,6\%$, $p < 0,001$) та з легкими КР ($\Delta +11,3\%$, $p < 0,001$), а також у хворих з легкими КР порівняно із пацієнтами без КР ($\Delta +17,4\%$, $p = 0,032$). Вірогідно вищим був вміст спонтанних КФГ у хворих із помірними КР порівняно із пацієнтами без КР ($\Delta +37,3\%$, $p < 0,001$) та з легкими КР ($\Delta +9,3\%$, $p = 0,008$), а також у хворих з легкими КР порівняно із пацієнтами без КР ($\Delta +25,6\%$, $p = 0,003$).

Розвиток і прогресування КР спостерігалось на фоні дисбалансу прооксидантної та антиоксидантної систем організму і супроводжувалось вірогідним підвищенням вмісту стимульованих АФГ як ранніх маркерів ОМБ, а також підвищенням рівня спонтанних КФГ як пізніх маркерів ОМБ, що свідчить про порушення окислювального потенціалу клітини та визначає необхідність включення у комплексну терапію хворих на ХІМ нейропротективних препаратів з антиоксидантними властивостями.

УДК 616.832-004.2-036.1-08

Василовский В. В., Волошина Н. П., Негреба Т. В., Черненко М. Е., Песоцкая К. О., Ткачева Т. Н.
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

Эффективность натализумаба и митоксантрона при прогрессивных типах течения рассеянного склероза

Эпидемиологические и клинические исследования в Украине свидетельствуют о возрастании удельного веса тяжелых и прогностически неблагоприятно текущих форм рассеянного склероза (РС) с первично-прогрессивным (ППТ) и вторично-прогрессивным течением (ВПТ). Это обусловлено особенностями клинической симптоматики при прогрессивных типах течения (ПТТ) РС, которая у большинства больных отличается стойкостью, выраженностью, высоким удельным весом поражения пирамидных, мозжечковых, стволовых систем, декомпенсацией функций тазовых органов, резистентностью к патогенетической терапии, глубокой инвалидизацией лиц, преимущественно молодого трудоспособного возраста. Сказанное выше диктует необходимость постоянного поиска новых и совершенствования ранее существующих методов лечения указанных форм РС. Изучена эффективность, безопасность и переносимость лечения натализумабом (тизабри) (19 — при ВПТ) и митоксантроном (19 — при ППТ и 48 — при ВПТ) у 86 больных с неблагоприятным прогнозом при ПТТ РС. Критерии высокой, умеренной и низкой эффективности лечения были разработаны с учетом динамики неврологического дефицита по шкале инвалидизации EDSS, наличия и длительности этапа стабилизации, темпов и вариантов дальнейшего прогрессирования, характера прогноза, количества гадолиний-контрастированных повреждений, по данным МРТ.

Высокая эффективность (в виде частичного регресса неврологического дефицита на фоне длительной стабилизации) была получена у 47,3 % больных при лечении натализумабом, тогда как митоксантрон доказал свою высокую эффективность только у 25,0 % при ВПТ и 21,1 % при ППТ. Умеренная эффективность (в виде стойкой стабилизации) для натализумаба при ВПТ составила 31,6 %, а для митоксантрона — 50,0 % при ВПТ и 36,8 % при ППТ. Низкая эффективность (в виде замедления темпов неуклонного варианта прогрессирования с его трансформацией в более благоприятный поступательный вариант) при лечении натализумабом отмечена у 21,1 % больных; при лечении митоксантроном — у 22,9 % при ВПТ и у 26,3 % при ППТ. Отсутствие эффекта получено только при лечении митоксантроном — у 2,1 % при ВПТ и у 15,8 % при ППТ. Терапевтический эффект натализумаба сопровождался следовой реакцией в течение 1 года с сохранением высоких (36,8 %) и умеренных (31,6 %) показателей эффективности. Непосредственно после окончания курса натализумаба количество активных гадолиний-контрастированных очагов по отношению к общему количеству очагов (по данным МРТ) снизилось с 12,1 % до 8,5 %; спустя год после лечения отмечена незначительная тенденция к росту числа активных очагов — с 8,5 % до 10,5 %. Катамнестическое наблюдение больных после окончания курса митоксантрона в течение двух лет выявило отрицательную динамику с избирательной реорганизацией показателей эффективности у 41,6 % больных с ВПТ и у 57,9 % — с ППТ РС. Соответственно, суммарный позитивный эффект в виде высокой и умеренной эффективности за этот период сохранялся у 58,4 % при ВПТ и у 42,1 % при ППТ. Количество гадолиний-контрастируемых очагов на фоне приема митоксантрона уменьшилось на 84,1 % при ППТ и на 86,6 % при ВПТ. Соотношение активных очагов к общему числу очагов до и после лечения при ППТ снизилось с 22,2 % до 3,4 %, а при ВПТ — с 30,2 % до 4,2 %.

Полученные данные свидетельствуют о высокой клинической и радиологической эффективности натализумаба и цитостатика митоксантрона в качестве методов деэскалационной иммуносупрессивной терапии при тяжелых малокурабельных прогрессивных формах РС.

УДК 616.832-004.2-07-037-036.1

*Василовский В. В., Волошина Н. П., Негреба Т. В., Киржнер В. М.**
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков, Украина);
 *Университет г. Хайфа (г. Хайфа, Израиль)

Дифференциально-диагностические критерии неблагоприятного прогноза при прогрессивных типах течения рассеянного склероза

Неблагоприятный прогноз при прогрессивных типах течения (ПТТ) рассеянного склероза (РС) формируется на основе интегративной оценки предшествующего течения заболевания. Рассмотрены различные модели связей между клиническими показателями на разных временных этапах течения прогрессивных форм РС (дебют, пути формирования и варианты первичного и вторичного прогрессирования). В качестве математических моделей для определения прогноза использован коэффициент Юла (аналог коэффициента корреляции между различными клиническими показателями), метод дискриминантного анализа, определяющий «вес» каждого показателя с последующим их ранжированием и пермутационный тест.

Неблагоприятный прогноз на этапе дебюта при вторично-прогредиентном течении (ВПТ) с высокой вероятностью формируется при молниеносных или замедленных темпах развития клинической симптоматики тяжелых или средней тяжести длительных дебютов с выходом в короткую ремиссию после дебюта; при первично-прогредиентном течении (ППТ) — полисиндромный дебют с замедленными темпами развития клинической симптоматики в виде поражения путей мозжечка, нарушения функции тазовых органов, частичной атрофии дисков зрительных нервов (ДЗН) и неопределенной длительностью дебюта в связи с дальнейшим прогрессированием.

Процесс формирования этапов прогрессирования при ПТТ происходит двумя путями и имеет стратегическое значение для дальнейшего течения и прогноза прогредиентных форм РС. Этап прогрессирования по первому пути для ВПТ начинается после рецидивизирующего этапа, который при неблагоприятном прогнозе характеризуется длительными рецидивами с тенденцией к их утяжелению и короткими неполными ремиссиями между рецидивами; для ППТ — формирование прогрессирования происходит через этап стабилизации, который следует вслед за дебютом. Этап прогрессирования при втором пути при ВПТ начинается вслед за ремиссией после первой атаки; при ППТ — непосредственно после дебюта, минуя этап стабилизации. Следовательно, 1-й путь имеет близкие по своему патогенезу механизмы формирования для двух ПТТ. Он замедляет развитие прогрессирования за счет наличия рецидивизирующего этапа при ВПТ и этапа стабилизации при ППТ и свидетельствует о более благоприятном течении заболевания.

Корреляционный анализ показал преобладание второго пути формирования прогрессирования, при котором отсутствие рецидивизирующего этапа при ВПТ и этапа стабилизации при ППТ у большинства больных ускоряет формирование стойкого неврологического дефицита и приводит к неблагоприятному прогнозу.

Анализ взаимоотношений между неблагоприятным прогнозом и вариантами прогрессирования (поступательным, рецидивизирующим и неуклонным) для обеих ПТТ выявил только одну статистически значимую сильную связь между неблагоприятным прогнозом и неуклонным вариантом прогрессирования.

Таким образом, с помощью методов математического анализа были выделены дифференциально-диагностические клинические критерии неблагоприятного прогноза при ПТТ РС. Их формирование происходит путем избирательного вовлечения в единый паттерн клинических показателей, возникающих на различных этапах течения заболевания.

УДК 616.831-005.1

*Височанська Т. Г., Бартюк Р. С., Бородій О. О.,
Височанський О. В., Карпенко Н. В., Костенко Т. В.,
Коробчук Н. І., Капітанчук І. В., Кривенко Г. О.,
Матіюк С. І., Сініцка Л. В., Смотрицька Т. В., Фікс Д. О.,
Шмигельська Ю. А., Щербанюк Ю. А., Чирка Ю. В.*
КЗ «Вінницька обласна психоневрологічна лікарня
імені акад. О. І. Ющенка (м. Вінниця)

Вплив організаційних заходів на імплементацію тромболітичної терапії при інсульті

Запорукою надання ефективної допомоги при гострому інсульті, передусім — ішемічному, є максимальне використання переваг, які надає феномен «терапевтичного вікна».

Це означає, що ключовим моментом зусиль професійної команди фахівців з інсульту мають бути організаційні заходи, спрямовані на скорочення часу доправлення хворого до центру надання допомоги та випереджаюча активація команди та процедур, що дозволить максимально скоротити час реагування.

Мета дослідження: проаналізувати динаміку (3-річну) якісних показників надання допомоги при інсульті в умовах імплементації системи пренотифікації на території відповідальності спеціалізованого інсультного центру (Вінницька область).

З 2014 року у Вінницькій області проводиться комплекс заходів, спрямований на скорочення термінів догоспітального етапу при інсульті — активна кампанія інформування населення, постійна програма професійного тренінгу медичного персоналу (медицина катастроф, первинна ланка, вторинний та третинний рівні надання допомоги), створення спеціальної безкоштовної телефонної лінії для прямих дзвінків, поширення протоколів та наскрізних маршрутів пацієнта для об'єднання зусиль в одну процедуру, без проміжних етапів та втрати часу.

Динаміка доправлення хворих до центру у «терапевтичне вікно»: 2014 р. — 126 хворих, 2015 р. — 211 і 2016 р. — 296. Виконано за показаннями процедур системного тромболілізу, відповідно, 29 (2014 р.), 61 (2015 р.) та 84 (2016 р.), що склало для цієї категорії пацієнтів 23 %, 28,9 % та 28,4 % активності. Смертність при виконанні процедури тромболілізу становила за три послідовні роки 4 (13,8 %), 5 (8,2 %) та 6 (7,1 %) випадків. В 2 випадках причиною смерті була геморагічна трансформація інсульту, в 1 — розшарування аневризми черевної аорти і в 12 — злякисний набряк мозку.

Медіана оцінки неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS у пацієнтів, яким проводили тромболітичну терапію, складала 16 (2014 р.), 14,9 (2015 р.) та 14,1 (2016 р.) бали. При виписці медіана оцінок складала, відповідно, 9,6, 7,7 та 6,7 бали.

Важливим показником є час «епізод — двері СКТ». Виглядає, що показник має негативну динаміку: 128,8 (2014 р.), 127,9 (2015 р.) та 136,0 (2016 р.) хвилин. Але це зумовлено розширенням географії охоплення (максимальна відстань — 160 км). Натомість, скорочення терміну «двері СКТ — болюс» (48,2 хвилини, 38 хвилин і 32 хвилини, відповідно), дозволило зменшити загальний час виконання процедури «епізод — болюс» з 2 год 58 хв (2014 р.) до 2 год 44 хв (2015 р.) і до 2 год 42 хв (2016 р.).

З 246 процедур тромболілізу при інсульті, виконаних 2015 року в Україні, 25 % припадає на активність Вінницького обласного інсультного центру. З 292 процедур 2016 року — 84 (28,7 %), відповідно. Прогрес зумовлений майже винятково поліпшенням та спрощенням логістичних процедур на догоспітальному етапі і тим нововведенням, що загалом організацію та керівництво (і відповідальність) транспортування хворого з моменту його першого контакту з медичним персоналом бере на себе інсультний центр.

Єдиний протокол та контрольований в будь-який момент маршрут пацієнта дозволяють оптимізувати допомогу і гнучко адаптувати зміни залежно від обставин, території, дорожньої ситуації тощо.

Наш досвід підтверджує дієвість комплексних зусиль, які, при мінімальних фінансових витратах, потребують, між тим, усвідомлення та відповідальності медичного персоналу.

УДК 616.832-004.2-009.836-036.1

Волошина Н. П., Терещенко Л. П., Негреба Т. В.,
Перцев Г. Д., Песоцкая К. О.ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины» (г. Харьков)**Характеристика диссомнических расстройств
при разных типах течения рассеянного склероза**

Изучены особенности нарушений цикла «сон — бодрствование» у 74 больных (61 женщина и 13 мужчин) с рассеянным склерозом (РС), в т. ч. 36 человек с рецидивирующим (РТ) и 38 человек с прогрессивными типами течения (ПТТ). Проанализированы субъективные нарушения сна, которые оценивали с помощью специальных анкет-опросников («Опросник проблем сна»; «Шкала качества сна»; «Шкала сонливости Эпворса»; Мюнхенский опросник для определения хронотипа; Питсбургский опросник для определения индекса качества сна — PSQI; «Анкета по характеристике нарушений цикла сон — бодрствование»).

По данным анкетирования, при разных типах течения РС выявлены многообразные варианты сочетаний пре-, интра- и постсомнических расстройств, свидетельствующие о мультифакториальности их патогенеза.

Пресомнические нарушения включали такие показатели как трудности засыпания (36,5 % при РТ и 54,1 % при ПТТ), беспокойство и/или страх при отходе ко сну (33,3 % при РТ и 38,9 % при ПТТ), необходимость в систематическом приеме снотворных средств (20,1 % при РТ и 23,7 % при ПТТ). Интрасомнические нарушения преимущественно были представлены частыми ночными пробуждениями (66,7 % при РТ и 71,1 % при ПТТ), поверхностным сном со множеством ярких сновидений (23,3 % при РТ и 50,1 % при ПТТ), укорочением продолжительности сна (13,3 % при РТ и 15,8 % при ПТТ), трудностями засыпания после пробуждения среди ночи (70,0 % при РТ и 29,0 % при ПТТ), полным отсутствием ночного сна (33,3 % при РТ и 34,3 % при ПТТ). Среди симптомов, приводящих к нарушениям сна, следует выделить болевые феномены в различных участках тела (33,4 % при РТ и 76,3 % при ПТТ), сфинктерные расстройства (13,3 % при РТ и 53,0 %), ночные кошмары (56,7 % при РТ и 26,9 % при ПТТ), головные боли (43,3 % при РТ и 47,3 % при ПТТ), ритмические движения во время сна (46,7 % при РТ и 26,3 % при ПТТ). Постсомнические расстройства чаще всего проявлялись ранними пробуждениями (63,0 % при РТ и 68,5 % при ПТТ) и утренней сонливостью с отсутствием чувства отдыха после сна (26,6 % при РТ и 73,7 % при ПТТ).

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о частых нарушениях цикла «сон — бодрствование» при РС, которые в рамках триады пре-, интра- и постсомнических диссомнических расстройств (трудности засыпания, поверхностный сон с яркими сновидениями, болевые феномены в различных участках тела и сфинктерные нарушения в ночные часы, утренняя сонливость с отсутствием чувства отдыха после сна) чаще всего проявлялись при неблагоприятных прогрессивных формах РС.

Широкий спектр диссомнических расстройств и их гетерогенный характер обусловлены структурными поражениями мозга демиелинизирующего и дегенеративного характера, приводящих к дезинтеграции нейромедиаторных систем, регулирующих цикл «сон — бодрствование» и нарушении патофизиологических механизмов, иницирующих процессы поддержания сна.

Проведенные исследования по изучению нарушений сна позволяют в дальнейшем разработать оптимальные пути их коррекции, повысить повседневную активность и улучшить качество жизни больных РС.

УДК 616-073.756.8:616.831-005.4: 612.824.4

Гарматина О. Ю., Робак О. П.

ДУ «Институт нейрохирургии им. акад. А. П. Ромоданова
НАМН Украины» (г. Киев)**Исследование церебральной гемодинамики
при хронической ишемии головного мозга,
вызванной патологией брахиоцефальных артерий,
с целью выбора лечебной тактики**

Патология брахиоцефальных артерий, в частности, стенозы и окклюзии внутренних сонных артерий (ВСА), занимает ведущее место в развитии хронической ишемии головного мозга (ХИГМ), которая приводит к повреждению вещества ГМ вследствие прогрессирующего диффузного нарушения церебрального кровотока, и в конечном итоге — к ухудшению его функций.

Цель исследования — изучить изменения гемодинамики ГМ по показателям перфузионной мультidetекторной компьютерной томографии (ПМДКТ) с целью отбора пациентов для терапевтической или хирургической коррекции.

Обследовано 40 пациентов со стенозом/окклюзией ВСА и клиническими признаками ХИГМ, возраст — от 29 до 79 лет, соотношение мужчины : женщины — 29 : 11. Пациентам проводили бесконтрастную МДКТ ($n = 40$), дигитальную субтракционную ангиографию (ДСАГ) ($n = 34$), дуплексное сканирование сосудов ГМ ($n = 38$), ПМДКТ ($n = 40$).

Отбор пациентов осуществлялся на основе изменений ВСА в виде их деформации (удлинение, извитость, изгибы, сужение), которые в разной степени выраженности были зарегистрированы у всех пациентов. Во всех случаях выявлены атеросклеротические изменения с локализацией преимущественно в области бифуркаций общих сонных артерий с распространением на устья ВСА. Гемодинамически значимое сужение просвета сонных артерий зарегистрировано в 85 % случаев. По данным ДСАГ поражение только одного сосуда выявлено в 62 % случаев, двух — в 38 %. У 15 % пациентов регистрировались признаки перенесенного нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне симптомной ВСА (чаще в бассейне средней мозговой артерии). Изменение церебрального кровообращения на стороне стеноза/окклюзии ВСА в виде снижения притока крови по магистральным артериям приводило к изменениям в периферических сосудах ГМ, что проявлялось гипоперфузией мозгового вещества и развитием гипоксии, а также метаболическими нарушениями. Это подтверждалось данными ПМДКТ: во всех случаях установлены изменения показателей перфузии ГМ разной степени выраженности на стороне поврежденной артерии. Так, регистрировались: повышение объема мозгового кровотока CBV , среднего времени транзита MTT и времени достижения пиковой концентрации TPP , снижение скорости мозгового кровотока CBF на стороне стеноза/окклюзии ВСА (более 70 %) со статистически достоверными изменениями в бассейнах средней и передней мозговых артерий. В случаях двухстороннего поражения изменения показателей ПМСКТ отмечались с обеих сторон.

Полученные нами данные указывают на высокую информативность ПМДКТ в отборе пациентов с патологией брахиоцефальных артерий для выбора дальнейшей терапевтической тактики. У пациентов с ХИГМ с критической степенью стеноза определялось нарушение церебральной гемодинамики, которая сопровождалась полушарной асимметрией в виде гипоперфузии на симптомной стороне. Полученные результаты ПМДКТ в данном случае могут рассматриваться как фактор для стратификации

пациентов с целью хирургической коррекции. В остальных случаях рекомендуется наблюдение в динамике и комплексное лечение у невролога с целью уменьшения прогрессирующей церебральной гипоперфузии.

УДК 616.832-004.2-092.9:612.018:577.73

Гейко В. В., Утевська С. В.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

**Значення ендокринної системи синтезу
стероїдних гормонів у механізмах реалізації
біологічної схильності до експериментального
розсіяного склерозу у тварин репродуктивного віку**

Відомо, що у 10 % хворих на розсіяний склероз (РС) виявляється коморбідна ендокринна патологія, частіше у вигляді негрубих порушень функціональної активності ендокринних залоз, у числі яких цукровий діабет, хвороба Аддисона, нецукрове сечовиснаження, хвороба Кушинга, гіперпролактинемія, оваріально-менструальні дисфункції у жінок та андрогенні розлади у чоловіків, дисфункції щитовидної та паращитовидної залоз, відхилення гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі ендокринної системи та її взаємовідносин з тимусом та ін. Переважний вік дебюту РС (20—30 років) пов'язаний з періодом вже сталого гормонального розвитку в осіб зі зрілою хімічною та гістологічною структурою мієліну, тим більше, що існують дані стосовно раннього статевого дозрівання, яке корелює з більш раннім початком захворювання, до того ж гормональні порушення пов'язуються з наслідками неврологічної патології. Поряд з цим, експериментальними дослідженнями встановлено, що естрогени можуть перешкоджати руйнуванню мієліну, а пролактин — сприяти ремієлінізації та надавати вираженого імуностимулюючого та імунопротекторного впливу, що запобігає розвитку імуносупресії та свідчить про можливості використання статевих гормонів у терапії РС. Враховуючи крайню суперечливість відомостей про участь ендокринної системи у розвитку РС, вивчення її ролі у механізмах ініціації та патогенезу демієлінізуючої патології не втрачає актуальності.

Метою роботи було експериментальне дослідження статевих особливостей функціонального стану гіпоталамо-гіпофізарно-гонадальної та гіпоталамо-гіпофізарно-кортикальної ланок ендокринної системи у забезпеченні та реалізації схильності до розвитку аутоімунної демієлінізуючої патології у статевозрілих тварин репродуктивного віку.

Дослідження виконане з використанням 120 нелінійних лабораторних щурів 6-місячного віку. Модель РС здійснювали шляхом індукції експериментального аутоімунного енцефаломієліту (ЕАЕ) внаслідок активної імунізації енцефалітогенними тканинами алогенного спинного мозку з повним ад'ювантом Фрейнда із щоденним моніторингом тяжкості перебігу демієлінізуючої патології та оцінкою неврологічного статусу за 6-бальною шкалою. Визначення концентрації статевих стероїдних гормонів (тестостерон, естрадіол, прогестерон) і кортизолу проводилося із застосуванням наборів реагентів для імуноферментного аналізу («Гранум», Харків) в 76 зразках сироватки периферійної крові тварин обох статей, які розподілялися на 3 групи: до першої входили стійкі до індукції ЕАЕ самки та самці; друга група складалася із тварин, які перенесли захворювання середнього ступеня тяжкості (від 0,75 до 2,0 бали); третя група характеризувалася тяжким перебігом (від 3,0

до 4,5 бали) демієлінізуючої патології. Забір крові здійснювався на 40-45 добу від початку імунізації з урахуванням фази статевого циклу у самок (дієструсу).

Відсутність вірогідних відмінностей сироваткового вмісту досліджуваних гормонів у щурів, які тяжко хворіли, та стійких на фоні зниженої концентрації тестостерону зі зменшенням андрогенного індексу (на 47 і 35 %) та підвищенням естрогенного індексу (на 70 і 100 % відповідно у самок і самців) разом зі зниженим вмістом прогестерону в крові самців, що тяжко хворіли, напевно, зумовленого його утилізацією як попередника статевих стероїдних гормонів унаслідок компенсаторної активації їх синтезу в період формування ремісії, хоча й не надає уявлення про конкретне значення гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової ланки ендокринної системи у розвитку аутоімунної демієлінізуючої патології, проте, відображає більш-менш виражені анаболічні потенції тестостерону і кортикостероїдів у механізмах репарації пошкодженої нервової тканини в процесі редукції зворотної моделі ЕАЕ в якості аналогу ремітуючого перебігу хвороби у пацієнтів з РС.

Отже, у тварин репродуктивного віку, незалежно від статевої приналежності, отримані результати свідчать про модулюючий (компенсаторний), але не патогенетичний вплив гіпоталамо-гіпофізарно-адреналової осі ендокринної системи у розвитку експериментального РС, що вказує на її певну роль у забезпеченні лімітуючого (майже сануючого) впливу на механізми ініціації аутоімунної демієлінізуючої патології, що може бути фактором стійкості до її розвитку, а також сприяти формуванню ремісії за умов рецидивуючого перебігу патологічного процесу у хворих.

УДК 616.853-039.44

Горанский Ю. И.

*Одесский национальный медицинский университет
(г. Одесса)*

Противосудорожная терапия в период гестации

Заболеваемость эпилепсией среди мужчин и женщин в популяции приблизительно одинаковая, но в пубертатном периоде и в молодом возрасте (до 30 лет) распространенность эпилепсии существенно преобладает у женщин. Для «женской» эпилепсии, кроме самой болезни, имеют значение проблемы, связанные с репродуктивной функцией: менструальным циклом, катамениальной зависимостью приступов, сексуальным развитием, контрацепцией, фертильностью, беременностью, родами, лактацией, менопаузой. В 50—85 % случаев беременность не влияет на частоту припадков, в 5—50 % приводит к снижению их частоты и в 10—35 % — к учащению припадков. У беременных, страдающих эпилепсией, чаще бывают преждевременные роды. Риск тонико-клонического припадка во время родов или в течение суток после них — 2—4 %. Генерализованные тонико-клонические припадки (ГТКП) могут вызвать гипоксию плода или ацидоз. ГТКП во время родов снижают частоту сердечных сокращений плода. Существует риск потери плода либо его травматического повреждения во время припадков матери. Пять и более ГТКП во время беременности связаны с более низким значением IQ потомства. Высок риск и для матери (в Великобритании: эпилепсия — 3,8—5,4 % от всех случаев материнской смертности). Данные, приведенные EURAP (Международная программа по изучению риска развития больших врожденных мальформаций при использовании во время беременности противоэпилептических препа-

ратов — 3800 беременных), показали, что у 67 % больных припадков на фоне монотерапии во время гестационного периода не было. В родах припадки отмечались при приёме карбамазепина у 2,6 % беременных, ламотриджина — 2,6 %, фенобарбитала — 1,9 % и вальпроата — 1,4 %. Наиболее важным прогностическим фактором был контроль над припадками до беременности.

Осложнение течения беременности не связано с расположением эпилептогенного очага и целиком зависит от частоты приступов и их характера. Необоснованная отмена антиконвульсантов или снижение их дозы часто заканчивается возобновлением припадков, которые были полностью купированы до беременности на протяжении даже нескольких лет, или учащением припадков у пациенток с редкими судорожными пароксизмами. Прекращение лечения во время беременности возможно при наличии абсансов, так как они не оказывают значимого неблагоприятного влияния на состояние матери и плода. Все антиэпилептические препараты (АЭП) увеличивают риск возникновения мальформаций плода, но увеличивают умеренно, и риск составляет в среднем от 4 до 6 % по сравнению с 2—3 % в неэпилептической популяции. Риск для плода возрастает, если припадки возникают во время беременности или рекомендована политерапия. Вероятность макроаномалий плода при приёме одного препарата составляет 1—2 %, двух — 4—6 %, трёх — 10—12 %, четырёх — 15—23 %. Все тяжёлые мальформации возникают в течение первых двух месяцев беременности. По данным EURAP (монотерапия, 5707 больных), среди 5537 рожденных детей — при приёме ламотриджина большие мальформации отмечались в 2,9 %, карбамазепина — в 5,7 %, фенобарбитала — в 7,5 %, вальпроатов — в 9,3 %, других препаратов — 3,4 %. Согласно реестра беременных Великобритании, топирамат дал 5,3 % мальформаций (в США — 4,1 %). При монотерапии леветирацетамом дефектов развития плода не отмечали. В международном реестре по применению антиэпилептических препаратов в период беременности содержатся данные по приёму карбамазепина (1402 беременности), ламотриджина (1280), вальпроевой кислоты (1010) и фенобарбитала (217). Статистически значимое повышение риска развития мальформаций по мере увеличения дозы было зарегистрировано для всех четырех АЭП. При приёме ламотриджина риск составил 2,0 % (менее 300 мг) и 4,5 % (более 300 мг); карбамазепина — 3,4 % (менее 400 мг), 5,3 % (более 400 мг и менее 1000 мг) и 8,7 % (более 1000 мг); фенобарбитала — 5,4 % (менее 150 мг) и 13,7 % (более 150 мг); вальпроевой кислоты 5,6 % (менее 700 мг), 10,4 % (более 700 мг и менее 1500 мг). По данным Европейского регистра беременности, лидирующие позиции по частоте применения во время беременности занимали карбамазепин и ламотриджин, на 3-м месте — вальпроат.

Тератогенный потенциал должен быть сопоставлен с эффективностью. Самый низкий контроль припадков (отмечаются у 42 %) и изменения в лечении (у 47,7 % беременных) зарегистрированы при приёме ламотриджина, наилучший контроль — на фоне вальпроата (припадки только у 25 %) изменение лечения потребовалось в 20,5 % случаев (EURAP). Прием вальпроата сопровождается минимальными изменениями концентрации несвязанного препарата в сыворотке крови беременных, поэтому риск прогрессирования эпилепсии в случае его применения маловероятен. Концентрация ламотриджина во время беременности может снижаться на 30—75 % при использовании его в той же дозе, что и до беременности. Необходим мониторинг концентрации ламотриджина в крови.

УДК 616.89-008.47-053.2-009.2:159.952

Гордиевич М. С.

*ТзОВ «Міжнародна клініка відновного лікування»
(м. Трускавець)*

Дослідження ефективності застосування системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації професора В. І Козьявкіна для дітей з синдромом дефіциту уваги та гіперактивності

Проблема реабілітації дітей з порушеннями розвитку є однією з найбільш значимих не лише медичних, але і соціальних проблем. Особливе місце серед розладів дитячого віку займає синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ). За даними досліджень в різних країнах світу, СДУГ діагностують у 4—20 % дітей. У 40—50 % цих дітей симптоми захворювання зберігаються і у дорослому віці. В цьому контексті вагомим значення набуває проблема створення сучасних і високоефективних методів лікування і реабілітації дітей зі СДУГ. Ці методи мають сприяти максимальній медичній, соціальній і психологічній адаптації хворих і їхніх сімей. Наприкінці 80-х років ХХ століття проф. В. І. Козьявкін розробив принципово нову систему інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (СІНР) хворих на дитячий церебральний параліч. Різноманітність і комплексність лікувальної дії цієї системи дозволяє застосовувати її при різних неврологічних і психічних розладах дитячого віку. Виходячи з раніше отриманих результатів, можна прогнозувати високу ефективність СІНР для реабілітації дітей з СДУГ.

Метою роботи було дослідження ефективності застосування СІНР проф. В. І. Козьявкіна для дітей зі СДУГ.

Було обстежено в динаміці 86 дітей зі СДУГ: 63 (73,3 %) хлопчики та 23 (26,7 %) дівчат віком від 4 до 12 років (середній вік — $7,8 \pm 2,1$ роки). Змішаний тип СДУГ був у 59 (68,6 %) дітей; СДУГ з домінуванням дефіциту уваги — у 10 (11,6 %) пацієнтів; СДУГ з домінуванням симптомів гіперактивності/імпульсивності — у 17 (19,8 %) дітей. В дослідженні застосовували методи спостереження, психодіагностичний та математико-статистичний. В рамках психодіагностичного методу використовували тест Равена (дитячий варіант); методика для діагностики вербальної пам'яті (за О. Р. Лурія) та опитувальник Вандербільта. Математико-статистичне оброблення даних здійснювали за методом встановлення вірогідності різниць за критеріями ϕ — Фішера та T — Вілкоксона.

Усі діти зі СДУГ проходили реабілітацію за СІНР проф. В. І. Козьявкіна. В результаті застосування цієї системи у 93,9 % дітей зі СДУГ відбувалася позитивна динаміка параметрів психічного онтогенезу та розвитку рухової сфери різного ступеня вираженості, у 6,1 % пацієнтів істотної позитивної динаміки не отримано. Позитивні зміни полягали у значній редукції основних симптомів СДУГ, а саме — дефіциту уваги (79,2 %), гіперактивності (85,4 %), імпульсивності (84,1 %), поведінкових (82,9 %) та емоційних (93,9 %) порушень. Також у пацієнтів відзначалась позитивна динаміка показників розвитку рухової сфери (34,1 %), спостерігалось поліпшення мнестичних функцій (20,9 %), підвищення рівня інтелектуального розвитку (30,5 %), шкільної успішності (82,9 %) та соціально-психологічної адаптації загалом (93,9 %).

Отже, у хворих в процесі реабілітації за СІНР відбувалася позитивна трансформація паттерну показників, що відображають актуальний психічний та неврологічний стан та рівні комунікативного, інтелектуального розвитку та розвитку рухової сфери дитини. СІНР проф. В. І. Козьявкіна є новітньою реабілітаційною технологією, яку можна використовувати для ефективної реабілітації хворих на СДУГ, у процесі якої відбувається нормалізація нейроонтогенезу дитини.

УДК 616.8-009.17-085:[616.714/.716:616.831]-001.31-06

*Григорова І. А., Григоров Н. Н., Тесленко О. А.,
Тихонова Л. В., Тесленко Н. І., Новак А. С.**Харьковский национальный медицинский университет
(г. Харьков)***Астено-вегетативный синдром при черепно-мозговой травме и методы его коррекции**

Эпидемиологическое изучение черепно-мозговой травмы (ЧМТ) свидетельствует о ее значительной распространенности. Так, показатель уровня травматизма в 2015 г. в Харьковской области среди взрослого населения составил 274,1 на 10 тыс. В структуре смертности населения Харьковской области в 2015 году травмы занимали третье место — 5,6 %. Более чем у 60 % пациентов, перенесших ЧМТ, возникают различные варианты патологии нервной системы, что приводит к социально-трудовой дезадаптации большого контингента больных. Подавляющее большинство (до 80—85 %) пострадавших получают легкие и среднетяжелые травмы. Несмотря на это, в силу своих морфофункциональных особенностей, репаративные возможности головного мозга крайне ограничены, что приводит к высокой частоте инвалидизации при ЧМТ в составе общего травматизма.

Нами было обследовано 85 пациентов в возрасте от 20 до 60 лет, перенесших ЧМТ легкой и средней степени тяжести, в острый период, ранний восстановительный период и в период отдаленных последствий. Все больные были разделены на 2 группы: I группа (65 больных), которым в схему лечения был включен ноотропный препарат энтроп, II группа (45 больных), которым в схему лечения был включен — луцетам. Энтроп применяли по 100 мг дважды в сутки, курсом 30 дней. Пациенты были обследованы в первый день поступления и через 30 дней терапии.

По результатам обследования были выделены основные неврологические синдромы: астенический разной степени выраженности (45,5 %), синдром вегетативно-сосудистой дистонии (84,8 %), ликворной гипертензии (53,1 %), вестибулярно-атактический (38,6 %), диссомнический синдром. Проявления астенического синдрома затрудняют адаптацию больных в своей семье и на производстве. Особенно часто и быстро его симптомы обостряются при отягощении вредными привычками (курение, употребление алкоголя и др.), воздействии стрессорных факторов, что приводит к длительной потере трудоспособности. При этом астенический синдром у обследованных всегда сочетался с вегетативными симптомами и нарушениями сна. Наиболее часто астенический синдром проявлялся общей слабостью, повышенной утомляемостью, неустойчивостью настроения в сочетании с раздражительностью и истощаемостью в различных соотношениях. В остром периоде ЧМТ низкий фон настроения сочетался с ощущением вялости, утраты удовольствия от жизни, поведение отличалось пассивностью, безразличием, уменьшалась способность к физическому и умственному напряжению. В последующие периоды ЧМТ на передний план выходили эмоционально-волевые расстройства: нетерпеливость, несдержанность, утомляемость, нарушения сна и др. Эмоционально-волевые нарушения проявлялись в виде снижения положительной модальности и повышения значения негативных эмоций, прежде всего тревожности — как реактивной, так и личностной (по данным шкал Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина и депрессии Бека). Особенно они были высоки в острый период ЧМТ, с постепенной тенденцией к снижению за счет реактивной тревожности, а личностная тревожность была практически одинакова во все периоды ЧМТ. У больных также были

отмечены депрессивные переживания легкой и умеренной степени выраженности. Проявления вегетативной недостаточности, выявленные у всех пациентов, характеризовались непостоянством и изменчивостью в разные периоды ЧМТ. В остром периоде более чем у 75 % пациентов регистрировались нарушения функции вегетативной нервной системы, преимущественно перманентного характера, с признаками преобладания симпатических влияний. Во все остальные периоды ЧМТ отмечали преобладание парасимпатических влияний вегетативной нервной системы у 70 % пациентов, а пароксизмы проявлялись только при повышенной физической и психической активности. Таким образом, вегетативные нарушения являются неотъемлемой частью астенического синдрома во всех периодах ЧМТ и отличаются своей стойкостью.

Несмотря на стойкость вегетативных нарушений, с включением в терапию препарата энтроп отмечена более выраженная положительная динамика в стабилизации деятельности вегетативной нервной системы у 50 % больных I-й группы, тогда как во второй группе — у 32 %. Наиболее стойкими были изменения у больных обеих групп в отдаленном периоде ЧМТ. На фоне лечения энтропом отмечали более выраженный положительный эффект в коррекции нарушений эмоционально-волевой сферы, часто в виде полной регрессии тревожного компонента, у больных как в промежуточном периоде, так и в периоде отдаленных последствий ЧМТ, и положительную динамику — в остром периоде. Тогда как уровень тревожности у пациентов при лечении традиционными ноотропами снижался гораздо меньше и так и не достигал показателей низкой тревожности. На фоне приема энтропа больные отмечали более значимое повышение фона настроения и уменьшение его колебаний, приближение его к ровному, нормализацию сна и аппетита. Больные, получавшие Энтроп, отмечали о желании к восстановлению утраченных социальных связей, на что не указывали больные II группы. Несмотря на это у всех пациентов оставались признаки легкой или умеренной депрессии, что, по-видимому, потребует назначения антидепрессантных препаратов.

УДК 616.381-001-089

*Губина Г. Л., Гладкая-Губина Я. Н.,
Харитоненко А. Л., Акоюн Н. М., Мороз И. В.
Харьковская медицинская академия последипломного
образования; Центральная клиническая больница
Украинской железной дороги (г. Харьков)***Влияние возрастного фактора на степень компенсации функций центральной нервной системы в отдаленном периоде закрытой черепно-мозговой травмы**

Черепно-мозговая травма продолжает оставаться одной из важных проблем современного здравоохранения. Это проблема социальная, так как закрытая черепно-мозговая травма (ЗЧМТ) преимущественно чаще встречается у лиц трудоспособного возраста. Отдаленные последствия перенесенной ЗЧМТ не являются законченным состоянием со стабильной неврологической симптоматикой и уровнем функциональной компенсации больного, а представляют собой динамический процесс, сопровождающийся как регрессом неврологической симптоматики, так и появлением новых симптомов поражения нервной системы.

Известно, что реактивность нервной системы, ее компенсаторные возможности в различных возрастных группах разные. А это существенно сказывается на клиническом

проявленні і теченні захворювання. Особливо це стосується посттравматичного ликворно-гіпертензійного синдрому (ЛГС) у осіб різних вікових груп.

Наші спостереження включали 61 хворого з ЛГС травматичного генезу, верифікованого комп'ютерною томографією (КТ). Хворі були розділені на дві вікові групи: молодого (від 18 до 45 років) — 34 особи і середнього віку (від 46 до 60 років) — 27 осіб. При вивченні клінічних ознак ЛГС враховували морфологічні особливості змін у желудочковій та субарахноїдальній просторі головного мозку.

При порівнянні клініки ЛГС у хворих першої та другої груп вдалося відзначити ряд відмінностей: у хворих першої групи переобладали головні болі приступообразного характеру, більш інтенсивні, мали більшу залежність від положення голови, посилювалися в постелі, зменшувалися при вставанні. При КТ у осіб молодого віку відзначено переобладання симетричної гідроцефалії, як ведучого рентгено-морфологічного субстрату посттравматичного ЛГС. У 15 (44,1 %) хворих цього віку переобладали кистозні та кистозно-слипчиві церебральні арахноїди. У хворих другої групи переобладала асиметрична гідроцефалія. Таким чином, відзначені морфоклінічні особливості віддалених наслідків ЗЧМТ у осіб молодого і середнього віку дозволяють більш диференційовано підійти до вибору патогенетичного лікування з урахуванням віку хворих. Во всіх випадках функціонально-коригуючу терапію поєднали з адаптогенною. Дезадаптація хворих у віддаленому періоді ЗЧМТ більш виражена в середньому віку. Відому роль грають розвиваючі в цьому віку початкові прояви церебрального склерозу, клінічні прояви і течення яких можуть бути посилені ЗЧМТ.

Для активації компенсаторних церебральних механізмів хворим з ЛГС призначали адаптогенну терапію з урахуванням диференціального підходу до лікування з урахуванням віку хворих. Так, хворим молодого віку необхідно призначати адаптогени в стаціонарі та після виписки в період 1—2 тижнів. Хворим середнього віку необхідно поєднати прийом адаптогенів і вазоактивних препаратів, ноотропів в період 3—4 тижнів після виписки зі стаціонару. Лікувальний ефект функціонально-коригуючої та адаптогенної терапії значно вище порівняно з звичайними методами лікування.

УДК 616.831-005.1-071:001.8

Гуйтур М. М.
Запорізький державний медичний університет
(м. Запоріжжя)

Онлайн діагностика гострого порушення мозкового кровообігу за типом мозкового ішемічного інсульту в період «терапевтичного вікна» (до 3 годин від початку захворювання)

На прикладі діагностики гострого порушення мозкового кровообігу (ГПМК) за типом мозкового ішемічного інсульту в період «терапевтичного вікна» (до 3 годин від початку захворювання) розкриваються можливості електронної системи підтримки прийняття рішень (ЕСППР) для перетворення знань та практичного досвіду в онлайн-консультації, якими можуть користуватися сімейні лікарі та лікарі в рамках національного проекту «Вчасна допомога».

Онлайн консультація — це онлайн тести, об'єднані конкретною темою, наприклад онлайн консультація

«Діагностика інсульту» (<http://www.konovalenko.zp.ua/tests/user/tests.php?cat=162>).

Онлайн тест — це база даних в понятті Закону України «Про авторське право і суміжні права» (ст. 1).

Дані — це тексти запитань, відповідей і результатів тестування, які створює в ЕСППР* відповідний фахівець (практикуючий лікар, науковець та інші).

Результати тестування — це частина текстових даних, які відображаються візуально у вигляді таблиці і доступні індивідуально в результаті пошуку, проведеного лікарем за допомогою ЕСППР.

В ЕСППР можуть бути створені сотні-тисячі варіантів результатів тестування, що допомагає лікарю вийти на найбільш обґрунтований діагноз.

Зразок результатів тестування в ЕСППР наводиться.

Тест з виявлення наявності у хворого (пацієнта) гострого порушення мозкового кровообігу

Питання	Відповідь	Результати тестування	
		Виявлені ознаки, що свідчать про наявність захворювання	Дії лікаря
<i>Питання 1.</i> З'явилася у хворого оніміння або слабкість в руці, нозі, утруднення в розумінні мови або можливості членороздільно говорити?	Так	У пацієнта є ознаки гострого порушення мозкового кровообігу	Хворий має бути госпіталізований в спеціалізоване стаціонарне відділення лікувального закладу, де можуть бути проведені діагностичні та лікувальні заходи, що включають комп'ютерну томографію та/або ЯМР томографію та/або лікворологічне обстеження шляхом проведення люмбальної пункції
<i>Питання 2.</i> З'явилася у хворого хиткість при ходьбі, утруднення координації рухів, двоїння перед очима предметів або запаморочення, порушення ковтання рідкої або твердої їжі?	Так		
<i>Питання 3.</i> Скільки часу пройшло з моменту виникнення захворювання?	До 1,5 год		
<i>Питання 4.</i> Скільки часу необхідно для доставки пацієнта в медустанова?	До 1 год		

У зв'язку з тим, що онлайн тест є базою даних, то він охороняється авторським правом. Автор онлайн консультації може розпорядитися майновими правами на об'єкт авторського права на власний розсуд, надаючи безкоштовний або платний доступ до онлайн консультації.

УДК 616.831-005-06-073

Дарий В. І.
Запорізький державний медичний університет (г. Запоріжжя)

Клінічні, доплерографічні та комп'ютерно-томографічні сопоставлення у хворих з ускладненими мозковими ішемічними інсультами

Судисті захворювання головного мозку являються однією з актуальних проблем сучасної неврології. Це обумовлено високою частотою мозгових інсультів (МИ) в структурі цереброваскулярної патології, які нерідко приводять до летальних ішемічних наслідків або до інвалідизації хворих. Особу небезпеку становлять мозкові

* Див. про ЕСППР в статті «Онлайн мобілізація наукових (науково-педагогічних) працівників на модернізацію економіки України» // Науково-практичне видання «Вища школа». 2015. № 2—3.

інсульты с различными осложнениями (выраженным отеком мозгового вещества, гидроцефальными проявлениями, дислокационным синдромом, прорывом крови в желудочковую систему, блокадой ликворопроводящих путей, вторичным стволовым синдромом, вторичной полушарной геморрагической трансформацией в зону ишемического инфаркта), нередко приводящие к смертельным исходам. Своевременная их диагностика и адекватная терапия позволяют повлиять на результаты лечения.

Целью настоящей работы явилось изучение клинических, доплерографических и компьютерно-томографических показателей и их сопоставление в остром периоде осложненного мозгового ишемического инсульта (ОМИИ).

Проводился анализ доплерографических показателей, свидетельствующий о гемодинамических отклонениях и структурных изменениях, выявляемых методом компьютерной томографии мозга у больных с различными клиническими формами МИ, с осложнениями в остром периоде.

Под наблюдением находились 76 больных (40 женщин и 36 мужчин) с мозговым полушарным ишемическим инсультом (17 больных с неосложненным (по шкале NIHSS — до 7 баллов) и 59 — с осложненным МИ (по шкале NIHSS — до 19 баллов)). В первые трое суток больным проводили доплерографическое исследование сосудов мозга и компьютерно-томографическое исследование, данные которого в дальнейшем сопоставляли с доплерографическими показателями.

У больных с ОМИИ, в структуре осложнений которых был выраженный дислокационный синдром (по данным КТ — смещение прозрачной перегородки на 4 мм и более), имелась довольно четкая закономерность, — у 14 (73,7 %) больных из 19 имелись асимметричные данные СДО по средним мозговым артериям в сторону преобладания на гомолатеральной стороне. При этом у пятерых больных имелась также гомолатерально преобладающая асимметрия СДО по позвоночным артериям. Причем, данная корреляция отчетливо проявлялась у больных ОМИИ, у которых по шкале NIHSS показатели были не более 19 баллов.

В условиях негенерализованного отека полушарий головного мозга, а преимущественно пораженного, вызывающего не только дислокационные нарушения вещества мозга, но и смещение и ущемление некоторых артерий, а также ирритативные сосудистые изменения при сдавлении нервных сплетений вокруг крупных артерий, в гомолатеральной очагу области, вызывают данную асимметрию доплерографических показателей.

Проведенные исследования и анализ полученных результатов говорит о том, что в остром периоде у больных с ОМИИ имеются клинические, компьютерно-томографические и доплерографические соотношения, выражающиеся в большей интенсивности гемодинамических изменений в пораженном полушарии при условии выраженного смещения на КТ (прозрачная перегородка смещена на 4 мм и более).

УДК 616.831-005.1-002.1-009.17

Дельва І. І., Литвиненко Н. В., Дельва М. Ю.
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»
(м. Полтава)

Фактори, асоційовані з постінсультною втомою в гострому періоді інсультів

Постінсультна втома (ПІВ) є розповсюдженим проявом, яке негативно впливає на процеси відновлення, показники смертності та якості життя. ПІВ є багатогранним проявом,

що складається з різних компонентів: фізичного, психічного, емоційного тощо. Для здійснення ранньої ефективної профілактики та патогенетичної корекції ПІВ необхідно визначити фактори, що можуть впливати на виникнення як загалом ПІВ, так і окремих її компонентів.

Мета: ідентифікувати персональні та коморбідні характеристики пацієнтів, асоційовані з ПІВ та з окремими її компонентами, протягом періоду стаціонарного лікування.

Обстежено 234 пацієнти — 112 (47,9 %) чоловіків та 122 (52,1 %) жінок в гострому періоді ішемічних (201 випадок, 85,9 %) та геморагічних (33 випадки, 14,1 %) інсультів. Вік пацієнтів — від 43 до 79 років (середній вік — $63,3 \pm 8,4$ роки). Наявність загалом ПІВ та певних її компонентів визначали за допомогою багатовимірної шкали втоми MFI-20. Серед персональних факторів досліджували вік, стать, сімейний стан, рівень освіти, професійну зайнятість до інсульту, наявність втоми в доінсультному періоді, рівень паління та вживання алкоголю, індекс маси тіла та об'єм талії, тривожні та депресивні розлади (за госпітальною шкалою тривоги та депресії), апатичні порушення (за шкалою оцінки апатії), наявність легких когнітивних розладів (за Монреальською шкалою когнітивної оцінки), підвищеної денної сонливості (за шкалою сонливості Епворта). Серед супутніх захворювань фіксували артеріальну гіпертензію, ішемічну хворобу серця, фібриляцію передсердь, цукровий діабет та больовий синдром. Для виявлення асоціацій між факторами, що досліджували, та ПІВ проводили мультиваріантний логістичний аналіз з визначенням відношення шансів (ВШ) та 95 % довірчого інтервалу (ДІ). Різниці вважали достовірними при $p < 0,05$.

Виявлені статистично достовірні асоціації між ризиком розвитку загальної ПІВ та наявністю доінсультної втоми (ВШ 2,26; ДІ 1,06—4,83; $p = 0,04$), тривожними розладами (ВШ 3,41; ДІ 1,28—9,05; $p = 0,01$), підвищеною денною сонливістю (ВШ 2,07; ДІ 1,13—3,78; $p = 0,02$), між ризиком фізичної ПІВ та больовим синдромом (ВШ 2,65; ДІ 1,45—4,82; $p = 0,002$), між ризиком психічної ПІВ та тривожними розладами (ВШ 3,21; ДІ 1,27—8,09; $p = 0,01$), між ризиком мотиваційної ПІВ та тривожними розладами (ВШ 4,03; ДІ 1,35—12,03; $p < 0,001$). Втома в гострому періоді інсультів не обов'язково зумовлена безпосередньо інсультом, а може бути продовженням доінсультної втоми, тому що поширеність цього прояву загалом в популяції є досить високою. Тривожні розлади через підвищену подразливість, гіперчутливість до стресових факторів, проблеми з розумовою та психічною концентрацією можуть безпосередньо спричиняти та посилювати різні компоненти ПІВ. Підвищена сонливість є поширеним постінсультним проявом, внаслідок якої пацієнти стають менш активними та скаржаться на підвищену втомлюваність; в свою чергу, ПІВ може первинно приводити до збільшення потреби пацієнта у сні. Пацієнти з больовим синдромом (особливо м'язово-скелетного походження) можуть свідомо уникати фізичної активності в зв'язку з посиленням болю, а нестача фізичної активності, в свою чергу, може посилювати ПІВ.

В гострому періоді інсультів підвищений ризик загальної ПІВ достовірно асоціюється з наявністю втоми в доінсультному періоді, з тривожними розладами та з підвищеною денною сонливістю, підвищений ризик психічної та мотиваційної ПІВ — з тривожними розладами, а підвищений ризик фізичної ПІВ — з наявністю больового синдрому.

Профілактика виникнення та своєчасна корекція факторів, що піддаються модифікації (тривожних розладів, підвищеної денної сонливості, больового синдрому) в гострому періоді інсультів, ймовірно, може бути ефективною в менеджменті ПІВ.

УДК616.89:611.1:617.58

Денисенко Д. М.

Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна (м. Харків)**Непсихотичні психічні розлади
у хворих з судинною патологією нижніх кінцівок**

У сучасній медицині проблема критичної ішемії нижніх кінцівок як термінального стану хронічних облітеруючих захворювань артерій, які вражають 2—3 % населення і до 10 % осіб похилого віку, є надзвичайно актуальною. В останні роки проблема лікування пацієнтів з таким станом ще більш загострюється, особливо в зв'язку з підвищенням захворюваності на цукровий діабет. Неухильно прогресуючи, вона призводить до високого відсотку тимчасового порушення працездатності, інвалідизації, ампутації та смертності. Незважаючи на значні успіхи хірургів в лікуванні цієї патології, дискусія з широкого кола питань не слабшає.

Іншим важливим розділом судинної хірургії є лікування ускладненої варикозної хвороби і посттромбофлебійного синдрому. Варикозна хвороба є одним з найпоширеніших судинних захворювань нижніх кінцівок, вражаючи від 12 до 50 % дорослого населення, натомість, у 15 % випадків реєструються декомпенсовані форми захворювання, що різко знижують працездатність і якість життя, завдають багатомільярдні збитки бюджету держави. Отже, проблема ефективного лікування варикозної хвороби та її ускладнень стає вагомим соціально-економічним проблемою.

Поряд з радикальними хірургічними методами і їх модифікаціями на сьогодні широко поширення набувають малоінвазивні втручання. До сучасних методів хірургічного лікування у флебології пред'являють певні вимоги, як от висока ефективність, малоінвазивність, швидка реабілітація пацієнта, низький відсоток повернення симптомів захворювання. Для цього необхідні, крім високого рівня діагностики захворювань і застосування нових способів хірургічного лікування, висока комплаєнтність пацієнтів з готовністю тривало дотримуватися запропонованого режиму, медикаментозного та немедикаментозного лікування. На тлі необхідності проведення хірургічного втручання у частини хворих виникають клінічні прояви розладів непсихотичного рівня. Можна припустити, що подібна симптоматика виникає у хворих як з уже наявною резидуальною органічною патологією різного генезу (судинного, інтоксикаційного, травматичного та ін.), так і на тлі новопосталих нозогенних психотравмуючих чинників.

Ефективне лікування (як хірургічне, так і консервативне) захворювань судин нижніх кінцівок залишається актуальною проблемою судинної хірургії, яка зумовлює безперервну модернізацію сучасних діагностичних і лікувальних технологій. Проте, основні методологічні підходи до лікування цієї групи хворих не отримали всебічного відображення. Відсутній єдиний алгоритм комплексного лікування хворих з судинними захворюваннями нижніх кінцівок залежно від індивідуальних особливостей пацієнтів, на тлі або привнесених захворюванням непсихотичних психічних розладів.

Аналіз наукової літератури свідчить про те, що до теперішнього часу залишаються не уточненими роль особистісного і реактивного компонентів в лікуванні хворих цієї групи. Немає єдиної думки щодо терміну і доцільності психокорекційної та психотерапевтичної роботи на різних етапах лікування судинної патології нижніх кінцівок.

УДК 612.143-073.97:616-089:531.3

Деревицька В. Г.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)**Особливості добової динаміки артеріального тиску
та електрокардіограми у хворих
після кардіохірургічних втручань**

Порушення серцевого ритму (ПСР), що виникають і в достатньо віддаленому періоді після кардіохірургічного втручання, через розвиток тромбоемболічних ускладнень та гемодинамічні зміни є чинником ризику гострих порушень мозкового кровообігу, порушень пам'яті та інтелекту, судом. Тому, з точки зору профілактики неврологічних ускладнень у цій когорті хворих, достатньо вагомим є питання виявлення і корекції ПСР та коливань артеріального тиску.

Для цього 30 хворим у віці від 45 до 75 років після кардіохірургічного втручання на серці (від 1 до 8 років), з яких 16 хворих (53,4 %) перенесли аортокоронарне шунтування (АКШ), 10 (33,3 %) — стентування коронарних артерій (СКА), 4 (13,3 %) — протезування серцевих клапанів (ПСК), було проведено добове моніторування електрокардіограми (ЕКГ) за допомогою апарата «Монітор електрокардіосигналів добовий SDM3» та добове моніторування артеріального тиску за допомогою апарата «Вимірювач артеріального тиску ВАТ41-2», який оцінював визначені показники протягом: 1) загального часу; 2) активного періоду (з 7.00 до 22.00); 3) пасивного періоду (з 22.00 до 7.00).

Добове моніторування ЕКГ виявило ПСР та ішемічні зміни міокарду у 26 хворих (86,7 %) ($p < 0,001$), з них у 22 хворих (84,6 %) ($p = 0,0003$) було зафіксовано АВ-блокаду I ступеня, надшлуночкову екстрасистолю (НШЕ) — у 20 (76,9 %) ($p = 0,005$), шлуночкову екстрасистолю (ШЕ) — у 16 (61,5 %), блокаду ніжок пучка Гіса — у 14 (53,8 %), порушення внутрішньошлуночкового проведення (ПВШП) — у 14 (53,8 %), ознаки рубцевих змін у вигляді «патологічного» Q та/або негативного T — у 10 (38,5 %), фібриляцію передсердь (ФП) — у 6 хворих (23,8 %) ($p = 0,005$). Усі з вищевказаних порушень було виявлено у групі хворих після АКШ і групі хворих після СКА, серед хворих після ПСК було зафіксовано лише випадки НШЕ, ШЕ та ПВШП. Група хворих після СКА перевершувала групу хворих після АКШ за поширеністю НШЕ (80,0 % проти 50,0 %), ШЕ (60,0 % проти 50,0 %), ПВШП (60,0 % проти 37,5 %), АВ-блокади (100 % проти 75,0 %). Блокада ніжок пучка Гіса частіше виявлялася у хворих після АКШ, ніж після СКА (62,5 % проти 40,0 %).

У обстежених хворих за загальний час добового моніторування артеріального тиску середні показники артеріального тиску (АТ) становили: САТ — $(148,4 \pm 11,6)$ мм рт. ст., ДАТ — $(90,9 \pm 8,7)$ мм рт. ст., ПАТ — $(52,5 \pm 9,3)$ мм рт. ст., а частота серцевих скорочень (ЧСС) — $(68,3 \pm 13,7)$ уд/хв. При цьому максимальні значення показників АТ і ЧСС, які завжди спостерігалися у денні години, різко відрізнялися від мінімальних: САТ на 90,6 мм рт. ст. ($p < 0,0001$), ДАТ на 49,4 мм рт. ст. ($p < 0,001$), ЧСС — на 54 уд/хв ($p < 0,001$). Протягом активного періоду середні показники АТ склали: САТ — $(158,3 \pm 18,5)$ мм рт. ст., ДАТ — $(92,9 \pm 8,7)$ мм рт. ст., ПАТ — $(70,3 \pm 7,4)$ мм рт. ст., а ЧСС — $(74,5 \pm 10,4)$ уд/хв. Під час пасивного періоду усі показники були суттєво меншими: САТ — $(117,0 \pm 16,7)$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), ДАТ — $(74,0 \pm 12,3)$ мм рт. ст., ПАТ — $(50,4 \pm 5,8)$ мм рт. ст. ($p < 0,05$), ЧСС — $(64,3 \pm 7,5)$ уд/хв. За профілем змін АТ протягом доби у 16 хворих (53,3 %) відзначалися тільки ранкові підвищення АТ, у 14 хворих (46,7 %) — нічні та ранкові підйоми АТ. У пасивний період (з 2.00 до 5.00 ранку) підвищення АТ відбувалося у 18 пацієнтів (60,0 %) — САТ до $(166,4 \pm 10,3)$ мм рт. ст., ДАТ до $(96,7 \pm 11,2)$ мм рт. ст.,

у активний період (з 5.00 до 7.00 ранку) — у 11 пацієнтів (73,33 %) ($p < 0,01$) — САТ до $(178,7 \pm 14,6)$ мм рт. ст., ДАТ до $(95,0 \pm 8,4)$ мм рт. ст. Добовий індекс у обстежених хворих для САТ склав $(10,8 \pm 6,7)$ %, а для ДАТ — $(13,1 \pm 8,9)$ %. Індекс часу для САТ був $(66,5 \pm 18,2)$ %, для ДАТ — $(38,8 \pm 21,3)$ %.

Отже, у хворих після кардіохірургічних втручань стаються ПСР у вигляді НШЕ та ШЕ у 66,7 % випадків, ФП — у 20,0 %, спостерігається стійке підвищення АТ протягом доби та досить великий діапазон коливань АТ, а у 46,7 % хворих відзначалися як нічні, так і ранкові підйоми АТ. Отримані дані свідчать про обов'язковість проведення заходів, спрямованих на нормалізацію АТ та серцевого ритму у цій когорті хворих.

УДК 616.891.4-036.8

Дзяк Л. А., Мизякина Е. В.

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины» (г. Днепр)*

Посттравматические психоневрологические нарушения

В настоящее время во всем мире наблюдается неуклонный рост травматизма и повреждение головного мозга является одной из частых причин инвалидизации и смертности. Травматическое повреждение черепа, и как следствие — головного мозга, составляет примерно 30—35 % всех травм.

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) является иницирующим механизмом нарушения регуляторных процессов функционирования головного мозга, ЦНС и сопровождается тканевыми, сосудистыми, ликвородинамическими нарушениями. Развитие неконтролируемого вторичного повреждения тканей мозга и нейровоспаления имеют большое значение в генезе неврологических и нейропсихологических симптомокомплексов, возникающих в различные интервалы посттравматического периода и во многом определяют характер и выраженность последствий травмы.

В исследование было включено 320 пациентов, перенесших тяжелую ЧМТ (220 мужчин, 100 женщин). Пациенты, которые были включены в исследование, соответствовали следующим критериям: 1) ЧМТ в анамнезе не менее 6 месяцев до включения в исследование; 2) возраст 18—50 лет; 3) наличие посттравматических изменений по данным методов нейровизуализации (КТ, МРТ); 4) достаточный для участия в исследовании образовательный уровень. Пациенты не были включены в исследование, если у них были определены следующие критерии: 1) наличие эпилептических припадков, пароксизмальной активности по данным ЭЭГ; 2) возможное наличие других заболеваний, протекающих с когнитивными и аффективными расстройствами (гипотиреоз, болезнь Альцгеймера, B_{12} -дефицитная анемия, тяжелая депрессия); 3) прием в течение 1 месяца и во время проведения исследования антидепрессантов, нейролептиков, антихолинэстеразных препаратов.

В ходе исследования были применены следующие методики и шкалы: 1) Монреальская шкала оценки когнитивных функций; 2) опросник депрессии Бека; 3) шкала самооценки Шихана; 4) клиническая шкала тревоги (CAS); 5) шкала Монтгомери — Асберга для оценки депрессии (MADRS); набор нейропсихологических тестов: методики Рубинштейна С. Я., 1970; Короткова О. А., 1986; Лурии А. Р., 1974, 1976; Бентона А., 1952. Статистическую обработку результатов проводили с использованием пакета статистических программ SPSSv.10 методами непараметрической статистики.

В результате исследования выявлено, что комбинация предтравматических факторов, характеристик травмы

и взаимодействия между ними приводят к возникновению посттравматических психоневрологических симптомов (нарушение памяти, концентрации внимания, замедление обработки информации, снижение оперативной памяти, коммуникативное расстройство, нарушение функции регуляции, программирования и контроля психической деятельности, депрессия, тревога, раздражительность, возбуждение, агрессия, расторможенность, апатия, диссомния и др.).

Посттравматические факторы, такие как социальная поддержка, своевременная медикаментозная и реабилитационная терапия, социально-экономический статус пациента, судебно-экспертные вопросы, также влияют на выраженность, флюктуации и регресс психоневрологической симптоматики.

Своевременная оценка риска развития осложнений, оптимизация оказания первой помощи, снижение выраженности посттравматических нарушений должны стать основной целью при ведении пациентов с травматическим повреждением головного мозга, что позволит увеличить их шансы в процессе реабилитации.

УДК 616.831/832.94-005.1-02:616.857

Дзяк Л. А., Цуркаленко Е. С.

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины» (г. Днепр)*

Клинические характеристики головной боли у пациентов с артериовенозными мальформациями головного мозга

Вопросы совершенствования диагностики и лечения головных с артериовенозными мальформациями (АВМ) головного мозга составляют важную и, вместе с тем, сложную проблему неврологии и нейрохирургии. Наиболее грозным осложнением АВМ, приводящим к стойкой утрате работоспособности, является их разрыв с формированием внутримозгового кровоизлияния. Для предотвращения разрыва необходимо выявление АВМ в догеморрагическом периоде, что порой является затруднительным, учитывая длительную асимптомное течение. Одним из первых симптомов АВМ является головная боль (ГБ). Тщательная оценка ГБ у пациентов общеклинической практики позволяет своевременно выявить АВМ и предотвратить их разрыв. Несмотря на множество публикаций, посвященных этой проблеме, специфические характеристики АВМ-ассоциированной головной боли, механизмы ее возникновения в зависимости от структурных и функциональных особенностей АВМ изучены недостаточно.

Целью данного исследования является анализ взаимосвязи особенностей ангиоархитектоники АВМ головного мозга и клинических характеристик головной боли.

В исследование включено 355 пациентов с АВМ головного мозга, находившихся на обследовании и лечении в Днепропетровской областной больнице им. И. И. Мечникова с 2005 по 2016 гг. Для решения поставленных задач было проведено комплексное неврологическое обследование, подробный сбор анамнестических данных, использованы опросники головной боли. Для визуализации изменений мозгового кровообращения и особенностей ангиоархитектоники АВМ использовали ультразвуковые методы диагностики (УЗДГ), церебральную ангиографию, магнитно-резонансную томографию и компьютерно-томографическую перфузиографию (КТ-ПГ). Для оценки и диагностики головной боли были использованы критерии Международной классификации головной боли третьего пересмотра (ICHD-3).

Среди обследованных пациентов у 66 % головная боль была выявлена в догеморрагическом периоде, являясь первым симптомом заболевания в 57 % случаев. Не выявлено достоверной разницы частоты АВМ-ассоциированной ГБ у мужчин и у женщин. В догеморрагическом периоде ГБ наиболее часто имела характеристики, сходные с мигренью. Была выявлена выраженная взаимосвязь между полушарием, в котором локализована АВМ, и стороной ГБ или ауры. Головная боль достоверно чаще выявляется у пациентов с более крупными АВМ, имеющими диффузное строение, локализованными поверхностно в затылочных и теменных долях, имеющими трансдуральное сообщение и кровоснабжение из оболочечных артерий. Установлено, что увеличение интенсивности боли, частоты и длительности приступов предшествует геморрагии. При проведении УЗДГ выявлено увеличение линейной скорости кровотока в артериях, питающих АВМ, увеличение общего мозгового кровотока и повышение церебрального венозного давления. Обнаружена корреляционная зависимость ($r = 0,841$) между током крови в АВМ, частотой и тяжестью головной боли. Поражение ауторегуляции было обнаружено у 75 % больных с АВМ. При проведении КТ-ПГ выявлены признаки внутримозгового «обкрадывания» в тканях мозга, окружающих АВМ, в 91,5 % случаев, удаленных от АВМ в ипсилатеральной гемисфере — в 61 % случаев, в контралатеральной полушарии — в 34,4 %.

Установлено, что клинические характеристики АВМ-ассоциированной ГБ зависят от размера, локализации, особенностей ангиоархитектоники АВМ, характера венозного сброса и связаны с реорганизацией мозгового кровообращения, формирующейся в результате артериовенозного шунтирования. Выявлены клинические особенности ГБ, позволяющие вызвать настороженность врача в отношении наличия АВМ и инициировать проведение скрининговой нейровизуализации.

УДК 616.89:616.3:616-089

Димшиць Д. І.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
(м. Харків)*

Непсихотичні психічні розлади та виразкова хвороба на різних етапах лікування

Виразкова хвороба (ВХ) є одним з найбільш «древніх» захворювань людини. Чималих зусиль не одного покоління вчених потрібно було для її вивчення. Незважаючи на це, розкриття багатьох сторін проблеми ВХ ще чекає своїх дослідників. У багатьох країнах світу, зокрема і в нашій країні, ВХ, особливо з дуоденальною локалізацією виразки, є однією з поширених хвороб органів травлення. Згідно із статистичними даними, у світі на ВХ страждає 15 % дорослого населення, з яких кожного 10-го оперують. Протягом останніх 10 років рівень захворюваності на ВХ збільшився удвічі.

Успіхи сучасної фармакології, пов'язані з впровадженням в клінічну практику високоефективних препаратів, привели до значного зниження кількості планових оперативних втручань, що виконують з приводу виразкової хвороби. Частота планових хірургічних операцій із приводу ВХ знизилася за останні 10—15 років на 80 %. При цьому останніми роками відзначається збільшення частки ускладнених форм виразкової хвороби.

Відповідно збільшується й кількість екстрених оперативних втручань. Сучасною особливістю ургентної хірургії є зменшення агресивності оперативних втручань, з переважним виконанням паліативних і органозберігаючих операцій, з подальшою консервативною терапією.

Виразкова хвороба шлунку і дванадцятипалої кишки належить до класичних психосоматичних захворювань, для яких характерні складні кільцеві залежності психічного і соматичного початків із взаємним переходом психогенії в соматогенію і навпаки. Допомогти хворому вийти з такого «хибного кола» — завдання комплексної медичної допомоги, побудованої на принципах інтеграційної біопсихосоціальної парадигми.

Епідеміологічно-статистичні дані свідчать про необхідність пошуку шляхів поліпшення консервативного й оперативного лікування хворих з виразковою хворобою. Тривала терапія класичного психосоматозу вимагає щадного в психоемоційному плані оперативного втручання, подальшого тривалого консервативного лікування, дотримання режиму харчування й прийому препаратів (на тлі сформованого комплексу), до того ж ефективність її проведення пов'язана з психічними особливостями пацієнта.

Враховуючи вищесказане, видається актуальною діагностика психічних особливостей пацієнтів з не ускладненими і ускладненими формами ВХ на різних етапах захворювання, оцінювання їх впливу на перебіг захворювання й ефективність лікування задля формування індивідуалізованої тактики.

УДК 616.831-039.31-008.9-085.21

Дубенко Е. Г.

*Харьковский национальный университет
имени В. Н. Каразина (г. Харьков)*

Дискуссионные вопросы терапевтических направлений эпилептогенеза

Многолетние этапы развития эпилептологии направлены на понимание патогенетической сущности болезни, многие аспекты которой по сей день остаются предметом дискуссии. Известно, что формирование эпилептических очагов возникает в результате комбинации генетически детерминированных и экзогенных факторов, ведущих к деполяризации мембран нейронов и их склонности к гиперсинхронным разрядам. В этом процессе возникает дисбаланс натрия и калия. Избыток калия ведет к пролиферации нейроглии. Избыточный глиоз нарушает нормальную организацию синаптических контактов и дальше усугубляет деполяризацию нейрональной мембраны. В этих условиях усиливается ишемия мозга, которая регулируется глией, особенно в микрососудах. Вместе с тем, в лечении эпилепсии вопросам уменьшения ишемии мозга не уделяется достаточного внимания. У больных наблюдается дисбаланс возбуждающих глутаматергических и тормозных ГАМК-ергических аминокислот с превалированием возбуждающих. Изменяются свойства NMDA-рецепторов. Повышенный вход Ca^{2+} в клетку изменяет состояние натрий-калиевого насоса, что усугубляет дальнейшую деполяризацию нейронов. Таким образом нарушение ионного гомеостаза кальция активно участвует в эпилептогенезе. Однако включение в структуру лечения больших эпилепсией препаратов, повышающих уровень ГАМК-ергических аминокислот, и антагонистов кальция (кроме антиэпилептиков) мало применяется в эпилептологии.

Многие механизмы эпилептогенеза нашли определенное отражение в структуре противосудорожных препаратов: модуляция вольтаж-зависимых натриевых каналов, которая тормозит высвобождение возбуждающих нейротрансмиттеров, ингибирование эксайтотоксичности аминокислот, модуляция кальциевых каналов и др. Некоторые современные высокоэффективные препараты оказывают комбинированные эффекты. Несмотря на то, что

даные препараты учитывают механизмы эпилептогенеза, по-прежнему остается вопрос о повышении их эффективности. Известно, что ряд важных противоэпилептических средств (фенитоин, карбамазепин и др.) повышает уровень серотонина в мозге (Elaine Wyllie). Речь идет о целесообразности применения триптофана как метаболитического предшественника дофамина. Большое количество триптофана организм получает с пищей. Важно обеспечить серотониновый путь его метаболизма (а не кинурениновый), для чего необходимо добавление пиридоксина и никотинамида.

Наш 19-летний опыт показал, что кроме основных базовых противоэпилептических средств, больным показан прием лекарств, которые не являются классическими антиэпилептиками, но значительно снижают пароксизмальную активность мозга. К этим препаратам относятся триптофан, никотинамид, витамин В₆, антиоксиданты (мексиприм и др.), антагонисты кальция, глицин (в эпилептогенных очагах отмечен дефицит данного тормозного нейромедиатора), а также группа препаратов, повышающих ГАМК мозга, способствующих симпатико-адреналовой активации, улучшающих гемодинамику мозга. Указанный комплекс может значительно повысить эффективность основных противоэпилептических препаратов, улучшить память, настроение и общее состояние больных, качество их жизни. Следует подчеркнуть, что данные препараты не вызывают привыкания, появления лекарственной зависимости и существенных побочных эффектов.

Применение этого направления лечения вызывает активацию антипароксизмального механизма мозга, повышает порог судорожной активности и особенно целесообразно при фармакорезистентных формах эпилепсии.

УДК 616.831-005.1-07-06:616.857

Дмитрієва О. В.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Клініко-патофізіологічні механізми формування та прогресування постінсультних больових синдромів

Мета дослідження: вивчення епідеміології, факторів ризику, клініко-патофізіологічних та нейробиологічних механізмів при больових синдромах, що виникли після перенесеного ішемічного або геморагічного інсульту.

Методи дослідження: клінічний, психодіагностичний, нейровізуалізаційний, ультразвукове дуплексне сканування, статистичний.

В процесі дослідження нами були виокремлені такі типи хронічного болю після перенесеного мозкового інсульту в обстежених хворих: центральний постінсультний біль (12,9%), больовий синдром, пов'язаний з ураженням суглобів (переважно артропатії плечового суглоба) та кістково-м'язового апарату (72,2%), головний біль (11,1%) та больова спастичність (50,0%). У одного хворого може бути кілька видів хронічного постінсультного болю, найчастіше це поєднання артралгій з больовою спастичністю, та головний біль. У хворих здебільшого (79,6%) больовий синдром виникав протягом перших 3-х місяців після перенесеного мозкового інсульту. Постінсультний біль (ПІБ) виникає поза залежністю від розміру вогнища, періоду інсульту, дещо частіше з локалізацією вогнища в таламусі та у басейні правої середньої мозкової артерії. У хворих, які перенесли інсульт з больовими синдромами, було виявлено збільшення товщини інтима — медіа, реакція на функціональне навантаження мала позитивний характер. Когнітивні порушення у цих хворих спостерігалися частіше (76,6% проти 70,0%), ніж у хворих без ознак

постінсультного больового синдрому та досягали ступеня легких і помірних розладів. Хворі з ПІБ мають вираженіший ступінь депресивних порушень порівняно з хворими без ознак ПІБ. Поєднання хронічного болю та депресивних розладів в післяінсультному періоді призводить до формування особливого стану, в основі якого лежить «хибне коло», де біль та депресія потенціюють один одного. З урахуванням різних патогенетичних механізмів формування ПІБ розроблені лікувально-профілактичні заходи, спрямовані на усунення больового синдрому та запобігання прогресуванню захворювання. Препарат Мідостад комбі під час лікування показав свою високу безпечність, добру переносимість та ефективність. Включення препарату Мідостад комбі до базової терапії 1,0 мл внутрішньом'язово 1 раз на день протягом 14 днів, а при виражених геміпарезах — 1,0 мл двічі на день значно знижує ступінь спастичності, у хворих в поєднанні з больовим синдромом крупних суглобів досить швидко знижує больовий синдром та покращує обсяг рухів в плечі, коліні завдяки міорелаксуючій та анальгезуючій дії. Застосування препарату Мідостад комбі значно поліпшує денну активність хворих з ПІБ, та зменшує ступінь інвалідності хворих за шкалою Бартеля. Мідостад комбі дозволяє застосувати комбінації з препаратами інших груп (Раптен 3,0 в/м 10 днів). Включення цієї комбінації препаратів в комплексне лікування больового синдрому у плечі у постінсультних пацієнтів приводило до досить швидкого зменшення больового синдрому з наростанням обсягу рухів у плечі внаслідок міорелаксуючого, протизапального та анальгезуючого ефектів. Можна рекомендувати комбінацію препарату Мідостад комбі та Раптен для досягнення кращого клінічного ефекту у постінсультних хворих з больовим синдромом у плечовому суглобі.

УДК 616.831.2-089.5-31.81

С. С. Дубівська

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Визначення способу корекції когнітивних змін у післяопераційному періоді у хворих з ургентною хірургічною патологією

Метою цього дослідження є оцінення впливу загальної анестезії на стан когнітивної функції хворих хірургічного профілю різного віку з подальшим розробленням методів її корекції шляхом удосконалення методів інтенсивної терапії. Дослідження було проведено у хірургічних відділеннях на базі Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова. Оперативне втручання проводили в умовах загальної багатокomпонентної анестезії з штучною вентиляцією легень з використанням пропофолу та фентанілу, тіопенталу натрію та фентанілу.

Для досягнення цієї мети нами було проведено дослідження когнітивної сфери у 75 хворих молодого віку та 80 хворих похилого та старечого віку з гострою хірургічною патологією — до операції та на 1, 7, 30 добу після операційного втручання порівняно з передопераційним періодом. Дослідження когнітивної сфери: шкала MMSE, тест малювання годинника, тест А. Р. Лурія, шкала FAB, метод Шульце.

В передопераційний період у хворих молодого віку, за даними MMSE, показник був нижче норми на 9,0%, у хворих похилого віку — на 23,3%. Показники тесту малювання годинника у пацієнтів молодого віку були у межах норми, у пацієнтів похилого віку — нижчими на 10,0%. За шкалою FAB у пацієнтів молодого віку показники нижче на 5,5%, похилого віку — на 16,6% від норми. За методикою А. Р. Лурія ре-

зульмати у пацієнтів молодого віку були нижчими на 15,0 %, у пацієнтів похилого віку — на 40,0 %. Дослідження за методикою Шульте: у пацієнтів молодого віку були в межах норми, а у хворих похилого віку — на 16,6 % нижче норми.

На підставі літературних даних щодо патогенетичного впливу загальної анестезії на стан когнітивної сфери доцільним є додаткове призначення до лікувального комплексу цитиколіну та цитофлавіну. Враховуючи результати отриманого дослідження та літературні дані, нами розроблена метода та отримано Патент на корисну модель № 89336 «Спосіб корекції післяопераційних когнітивних дисфункцій» (2014).

У процесі проведеного дослідження нами отримано такі результати. На 1-шу добу після операції за шкалою MMSE у пацієнтів молодого віку показники знизились на 6,5 % порівняно з передопераційним періодом та відновились на 7-му добу. У хворих похилого віку на 1-шу та 7-му добу показники стали нижчими ще на 16,7 % та майже відновились на 30-ту добу. Показники тесту малювання годинника у пацієнтів молодого віку нормалізувалися на 7-му добу, а у хворих похилого віку вони знизилися ще на 20,0 % на 1-шу добу та на 10,0 % на 7-му добу, з подальшою нормалізацією на 30-ту добу. За шкалою FAB у хворих молодого віку показники відновились до доопераційного рівня на 7-му добу та стали у межах норми на 30-ту добу, у хворих похилого віку майже відновились до доопераційного рівня на 30-ту добу, але були нижче ніж стандартна норма на 22,2 %. За методою А. Р. Лурія пацієнтам на всіх етапах дослідження потрібно було від 6 до 9 повторень, спостерігалось від 2 до 5 помилок залежно від віку. У пацієнтів спостерігалось збільшення кількості помилок та зміна середнього значення ступеня спроможності до праці за результатами таблиць Шульте. У пацієнтів молодого віку показники відновлювались після 7-ї доби, у хворих похилого віку — через 30 днів відрізнялись від доопераційних значень на 11,2 %.

Отримані нами результати дослідження дозволили визначити спосіб корекції. Він включає призначення нейропротекторних препаратів за схемою. Пацієнтам похилого віку за 30 хвилин до закінчення операції, повторно через 12 годин після операції та щоденно протягом 5 днів внутрішньовенно крапельно вводять цитофлавін. Пацієнтам молодого та середнього віку за тією ж схемою вводять цитиколін.

УДК 616.831-005.1-036.8-06: 616.89-008

Дуве Х. В., Шкробот С. І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського» (м. Тернопіль)

Оцінка когнітивних функцій у пацієнтів у відновному та резидуальному періодах аневризмального субарахноїдального крововиливу

Дані літератури щодо наслідків аневризмального субарахноїдального крововиливу (аСАК) є фрагментарними і потребують подальших досліджень.

Метою роботи була оцінка когнітивних функцій у хворих в відновному та резидуальному періодах САК за допомогою МоСА-тесту.

Нами було обстежено 40 пацієнтів (30 чоловіків, 10 жінок). Середній вік становив $45,0 \pm 8,74$ роки. Контрольну групу склали 15 здорових людей, репрезентативних за віком та статтю. Відповідно до віку хворі були поділені на групи: молодий вік (15—29 років) — 2 пацієнти (5 %), середній (30—44 роки) — 16 пацієнтів (40 %), зрілий (45—59 років) — 22 пацієнти (55 %). Враховували форму крововиливу: субарахноїдальний крововилив перенесли 15 пацієнтів (37,5 %), субарахноїдально-паренхіматозний — 16 (40 %),

субарахноїдально-вентрикулярний — 5 (12,5 %), субарахноїдально-паренхіматозно-вентрикулярний — 4 (10 %). Ступінь тяжкості крововиливу в гострому періоді оцінювали за шкалою Hunt-Hess: I — мали 7 пацієнтів (17,5 %), II — 17 (42,5 %), III — 12 (30 %), IV — 0, V — 4 (10 %). За рівнем освіти пацієнтів було поділено на такі групи: вища освіта — 16 (40 %), незакінчена вища — 6 (15 %), середня спеціальна — 11 (27,5 %), середня — 7 (17,5 %).

Для оцінення когнітивного функціонування використували Монреальський когнітивний тест (MoCA), який дозволяє оцінити різні когнітивні аспекти. Результат 26 балів і вище розглядають як норму.

Скарги на зниження пам'яті та уваги висловлювали 55 % хворих. Середній бал за шкалою MoCA у пацієнтів з перенесеним САК становив $22,25 \pm 0,65$ бали. Когнітивні порушення різного ступеня вираженості були виявлені у 32 пацієнтів (80 %). Легкий когнітивний дефіцит виявлено у 27 пацієнтів (67,5 %), помірний — у 4 пацієнтів (10 %) та виражений — у 1 хворого (2,5 %).

Під час докладного аналізу результатів шкали MoCA за рубриками з-поміж усіх сфер виявили, що достовірно найбільше постраждали функції уваги ($5,1 \pm 0,20$ проти $5,93 \pm 0,06$ в нормі), мови ($1,65 \pm 0,12$ проти $2,80 \pm 0,10$), пам'яті ($2,17 \pm 0,23$ проти $4,66 \pm 0,15$) та зорово-конструктивних навичок ($2,97 \pm 0,15$ проти $4,86 \pm 0,09$), причому найбільший вплив на загальний результат шкали MoCA мали рубрики зорово-конструктивних навичок та пам'ять ($r = 0,724$, $p = 0,001$ та $r = 0,671$, $p = 0,001$ відповідно).

Середній бал за шкалою MoCA у пацієнтів, що перенесли субарахноїдальний крововилив, був ($24,53 \pm 0,54$), субарахноїдально-паренхіматозний — ($22,43 \pm 0,76$), субарахноїдально-вентрикулярний — ($22,2 \pm 1,15$), субарахноїдально-паренхіматозно-вентрикулярний крововилив — ($13,0 \pm 1,35$). У останній групі постраждало найбільше доменів, причому достовірно нижчими порівняно з пацієнтами інших груп були показники рубрик «увага» та «абстракція».

Результат шкали MoCA у групах пацієнтів з різним ступенем тяжкості крововиливу в дебюті був таким: у хворих з I ступенем тяжкості — $24,85 \pm 0,63$ бали, II — $23,58 \pm 0,49$ бали, III — $21,16 \pm 1,27$ бали, V — $15,25 \pm 2,68$ бали. Отже, із підвищенням ступеня тяжкості крововиливу спостерігалась тенденція до посилення когнітивного дефіциту.

Встановлено залежність показника когнітивного функціонування за шкалою MoCA від ступеня тяжкості крововиливу в дебюті захворювання ($r = -0,643$, $p = 0,001$), а також від форми перенесеного крововиливу ($r = -0,698$, $p = 0,001$). Достовірного зв'язку між показниками MoCA-тесту та віком пацієнтів, статтю, а також освітою встановлено не було.

УДК 618.3-07:616.83

Егоров О. О.

Харківська медична академія післядипломної освіти, Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті № 2 (м. Харків)

Електроенцефалографічне дослідження вагітних після органозберігаючого лікування передрака і початкових стадій рака ендометрія

Сьогодні відзначають тенденцію зростання захворюваності раком ендометрія, що можна пояснити збільшенням середньої тривалості життя і дедалі більшою частотою таких «захворювань цивілізації» як ановуляція, хронічна гіперестрогенія, безпліддя, лейоміома матки й ендометріоз. Поєднання їх з порушеннями ендокринної функції й обміну речовин (ожиріння, цукровий діабет) призводить

до розвитку синдрому порушень в репродуктивній, обмінній та адаптаційних системах організму.

Метою дослідження було вивчення особливостей характеру електричної активності мозку у жінок, які завагітніли після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку ендометрія.

Методом електроенцефалографії було обстежено 40 жінок, які завагітніли після органозберігаючого лікування передраку і початкового раку ендометрія (основна група), та 30 вагітних з необтяженим акушерським і соматичним анамнезом (контрольна група) в першому і другому триместрах вагітності.

У жінок контрольної групи в першому триместрі вагітності посилення активності ерготропних серединно-стовбурових активуючих структур мозку виявлялося збільшенням моди частоти альфа-ритму на 2 цикли, зниженням його амплітуди та індексу до 40%, збільшенням бета-активності низької амплітуди при збереженні просторового розподілу активності і нормального рисунку електроенцефалограми. В другому триместрі вагітності у жінок контрольної групи спостерігалось посилення активності трофотропних синхронізуючих утворень стовбура мозку, що знайшло відображення в збільшенні амплітуди альфа-ритму в 2 рази (до 100 мкВ), зменшенні його частоти (з 12—13 до 8—10 Гц), стертості просторового розподілу, збільшенні індексу альфа-ритму до 70%.

У пацієнок основної групи в першому та другому триместрах вагітності на електроенцефалограмах спостерігались виражені ознаки активації трофотропних синхронізуючих утворень стовбура мозку. В усіх ділянках реєструвався високоамплітудний (до 120 мкВ) гіперсинхронний альфа-ритм з загостреними вершинами частотою 8,5—10,5 Гц. Його індекс перевищував 80%. Просторовий розподіл — не виражений. Генералізовано і білатерально реєструвалися спалахи тета-ритму або складної структури. В другому триместрі вагітності процеси внутрішньої синхронізації активності так посилювались, що електроенцефалограма набувала пароксизмального характеру. Зміна активності регулюючих структур центральної нервової системи корелювала з адаптивними реакціями при певному виді діяльності.

Порівняльний аналіз особливостей адаптивних реакцій на функціональні навантаження та електричної активності мозку в обстежених вагітних виявив у жінок основної групи після проведеного органозберігаючого лікування передраку і початкового раку ендометрія зміну активності структур лімбіко-ретиккулярного комплексу, що виявилось в порушенні процесів синхронізації електричної активності.

інсульту. Експерти вважають, що якщо ситуація не зміниться на краще, то кожний п'ятий мешканець України помре від інсульту, а кожен десятий — стане інвалідом внаслідок інсульту.

Проте, лише невелика частина хворих може потрапити до спеціалізованих відділень для надання термінової допомоги в межах «терапевтичних можливостей». Сьогодні постійно стоїть питання створення та функціонування реєстру інсульту, нейросудинних центрів у великих містах, обласних центрах для надання висококваліфікованої спеціалізованої допомоги хворим з гострим мозковим інсультом із залученням мультидисциплінарних бригад, спеціально підготовленим медичним персоналом для роботи з інсультними хворими (серед них — медичні сестри та молодший медперсонал). В таких центрах треба цілодобово використовувати нейровізуалізаційні методи дослідження, повинен працювати блок інтенсивної терапії, протишокова палата, інфарктне відділення, нейрохірургічна операційна.

Хоч мультидисциплінарний підхід є основою надання допомоги в інсультних центрах (відділеннях), ключову роль в них повинні відігравати неврологи, що відповідає рекомендаціям міжнародних асоціацій.

Своєчасна та адекватна допомога на догоспітальному етапі силами екстреної медичної допомоги є обов'язковою умовою ефективного лікування гострого інсульту в стаціонарі. Тому треба розробляти заходи, спрямовані на удосконалення роботи екстреної медичної допомоги (ЕМД), включаючи навчання лікарів, фельдшерів і забезпечення їх необхідною апаратурою та медикаментами.

Персонал ЕМД повинен стати складовою частиною програми допомоги хворим з гострим інсультом, оскільки це пов'язано з великим потенціалом скорочення часу догоспітального етапу і поліпшення результатів лікування інсультів згідно з правилом «час — це мозок». Інсультні бригади мають бути інтегровані до складу відділень невідкладної допомоги та центрів вторинної допомоги після інсульту (Comprehensive stroke center).

Спеціалізовані неврологічні бригади, як і кардіологічні (бригади інтенсивної терапії), відіграли значну роль у наданні допомоги хворим з інсультом на догоспітальному етапі, що підтверджує їх право на існування в сучасній структурі охорони здоров'я. Міцні контакти ЕМД та інсультної служби стаціонарів також дозволили скоротити час допомоги на догоспітальному етапі.

Описані служби треба об'єднати в систему, яка забезпечує своєчасну госпіталізацію хворих — кандидатів на проведення тромболізу в регіональні інсультні центри.

На сьогоднішньому етапі активно розглядається питання використання індикаторів якості, на виконання проекту ESO-EAST, а це значить:

- полегшення доступу пацієнта з інсультом до профільного відділення;
- вдосконалення використання принципів доказової медицини в лікуванні інсульту;
- підвищення освіченості щодо питань інсульту;
- запровадження механізмів, що поліпшують надання медичної допомоги пацієнтам з інсультом: реєстр, індикатори якості, моніторинг, сучасні протоколи;
- запровадження міжнародних та національних стратегій з профілактики інсульту.

Отже, завданнями, які стоять перед спеціалістами по боротьбі з інсультом на будь-якому рівні організації, є використання декількох підходів:

1. Збільшити кількість людей, які задіяні у боротьбі з інсультом;

УДК 616-035.1:[616.831-005]

Зозуля І. С., Зозуля А. І., Волосовець А. О.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика (м. Київ)

Деякі напрямки поліпшення надання медичної допомоги при мозковому інсульті

Мета роботи: проаналізувати сучасний стан надання медичної допомоги при мозковому інсульті та перспективи її поліпшення, впроваджуючи міжнародний досвід.

Методи дослідження: системний аналіз, бібліосемантичний, статистичний, соціологічний методи та метод експертних оцінок.

Об'єкт дослідження: система надання медичної допомоги населенню з цереброваскулярними хворобами, факторами ризику їх виникнення.

Україна належить до країн з високими показниками захворюваності, смертності та інвалідизації від мозкового

2. Задовольнити гостру потребу в підготовці лікарів, медсестер і інтервенційних радіологів для участі в мультидисциплінарних бригадах по боротьбі з інсультом, створити для цього «просвітницькі кампанії» серед населення і медичних працівників;

3. Збільшити зусилля, спрямовані на впровадження в практику кращих досягнень в лікуванні та профілактиці інсульту;

4. Створити реєстр інсультів та інсультні центри.

УДК 616.833.36-001.35-089.168

Курпа І. Ю., Сірко А. Г.

КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня імені І. І. Мечникова», ДУ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (м. Дніпро)

Досвід хірургічного лікування хворих з тунельними нейропатіями верхніх кінцівок

Мета: провести аналіз результатів хірургічного лікування хворих з тунельними нейропатіями верхніх кінцівок (ТНВК).

Проведено аналіз результатів лікування 236 пацієнтів з ТНВК, які були оперовані з 2009 по 2016 рік включно. Загалом виконано 239 хірургічних втручань (236 первинних, 3 реоперації з приводу рецидиву).

Оперовано 169 жінок та 67 чоловіків. Вік хворих — від 25 до 82 років. Карпальний тунельний синдром було діагностовано у 152 хворих, кубітальний тунельний синдром — у 84 хворих. До операції всім хворим проведено електронейроміографічне дослідження для визначення ступеня ураження серединного та ліктьового нерва. Всім хворим з метою виключення вертеброгенної патології та дискогенних радикулопатій проводили МРТ шийного відділу хребта.

За давністю захворювання хворі розподілились так: до 3 місяців з часу появи первинних симптомів — 89 (37,7 %) хворих, від 3 до 6 місяців — 82 (34,7 %), від 6 до 12 місяців — 63 (26,7 %), понад 12 місяців — 2 (0,8 %) хворих.

Операція полягала у невролізі та декомпресії відповідного нерва.

Усім хворим під час хірургічного втручання проводили міжфасцикулярну гідробіопрепаровку з кортикостероїдом. Це виконують для внутрішнього невролізу фасцикул та зменшення явищ набряку у післяопераційному періоді. Оцінювання результатів лікування проводили в ранньому (перші 10 днів) та віддаленому періодах після операції. При синдромі карпального каналу оцінювали вираженість больового синдрому та функцію серединного нерва. При синдромі кубітального каналу оцінювали чутливість в зоні іннервації та функцію ліктьового нерва.

Зникнення больового синдрому в ранньому післяопераційному періоді відзначено у 101 (66,4 %) хворого з карпальним тунельним синдромом, зменшення інтенсивності больового синдрому — у 45 (29,6 %), поліпшення чутливості в зоні іннервації серединного нерва на кісті — у 61 (40,1 %) хворого. Не було виявлено змін після хірургічного втручання у 6 (3,9 %) пацієнтів.

Під час аналізу віддалених результатів хірургічного лікування хворих з карпальним тунельним синдромом отримані такі результати: повне відновлення функції серединного нерва — у 30 (19,7 %) хворих, добре відновлення — у 71 (46,7 %) хворих, задовільне — у 45 (29,6 %), відсутність ефекту від операції відзначено у 3 хворих (1,9 %). Повторно з приводу рецидиву синдрому карпального каналу оперовані 2 (1,3 %) хворих.

У хворих з кубітальним тунельним синдромом в ранньому післяопераційному періоді відзначали поліпшення в зоні

іннервації ліктьового нерва на кісті у 43 (51,2 %) хворих, поліпшення рухів у 4, 5 пальцях кісті — у 35 (41,6 %) хворих. У 6 (7,1 %) пацієнтів стан залишився без змін.

Під час аналізу віддалених результатів встановлено, що повне відновлення функції ліктьового нерва відбулося у 20 (23,8 %) хворих, добре відновлення — у 45 (53,6 %), задовільне — у 18 (21,4 %) хворих. Ефект від операції був відсутній у 1 (1,2 %) хворого з кубітальним тунельним синдромом, якому довелося виконати реоперацію.

Хірургічне лікування ТНВК — високоєфективний і безпечний метод лікування.

Найкращі результати хірургічного лікування в найближчому та віддаленому періодах отримано у групі пацієнтів, яких оперували в строк від 1 до 3 місяців від початку захворювання, до появи симптомів випадіння функції нерва.

УДК 616.831-005.1-036.22

Коленко О. І.

Оценка динамики стационарной летальности среди пациентов с мозговым инсультом

Одним из направлений наших постоянных научных исследований является мониторинг основных показателей, дающих представление о качестве оказания медицинской помощи жителям города с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК). Несмотря на прогресс современной медицинской науки, инсульты остаются основной причиной инвалидизации и смертности населения Украины.

Целью текущего исследования было сравнение показателей стационарной летальности, причин неблагоприятного исхода лечения в условиях неврологического отделения, оказывающего медицинскую помощь пациентам с ОНМК.

Для решения поставленной задачи были проанализированы данные о пациентах, умерших в наблюдаемом сосудистом отделении от мозговых инсультов с февраля 2015 г. по февраль 2016 г. Была дана оценка медицинской документации, а также использованы результаты собственных наблюдений. Для сравнения использовали данные проведенных ранее исследований.

Следует отметить, что в последние пять лет в городе функционируют два неврологических отделения, оказывающие неотложную помощь больным с сосудистой патологией ЦНС, что, несомненно, сделало более доступным квалифицированное лечение и улучшило показатели госпитализации в целом. В профильных лечебно-профилактических заведениях доступны и работают 2 компьютерных и 2 магнитно-резонансных томографа. Благодаря этому факту, большинству людей с инсультом, смогли своевременно поставить клинический диагноз.

Показатели летальности в неврологическом отделении остаются на протяжении последних лет относительно стабильными. Почти 31 % всех пациентов сосудистого отделения госпитализированы в тяжелом состоянии. За годы наблюдений практически не изменился процент поздних госпитализаций. Причины этого явления остаются прежними — недостаточная информированность и слабый интерес к проблемам здоровья у населения в целом. Около трети отсроченных госпитализаций происходит по вине медицинских работников первичного звена оказания помощи.

Факторами, определяющими исход мозговых инсультов, остаются осложнения острейшего и острого периода заболевания. Сохраняется высокая летальность от ишемических нарушений кровообращения. Соотношение инфарктов и внутримозговых кровоизлияний составляет 1:1,5.

Как и в более ранних исследованиях, остается значимой роль соматических осложнений. Однако абсолютная частота и структура последних изменились. В отличие от данных предыдущих лет, только у одного пациента зафиксирована пневмония, носившая гипостатический характер. К сожалению, отмечен, хотя и недостоверный, рост удельного веса тромбоемболических осложнений. Приблизительно у 20 % пациентов зафиксированы лабораторные признаки патологии мочевого пузыря. У 4 % больных на протяжении острого периода появилось расстройство функций мозга, определяемое как повторное ОНМК. Рост этого показателя, вероятнее всего, связан с увеличением доли пациентов старше 60 лет среди заболевших и тромботического характера ишемий.

Анализ вышеизложенных фактов позволяет сделать вывод, что мозговой инсульт остается сложной патологией для курации из-за многообразия клинических форм и различной степени угнетения функций. Практически на одном уровне остается слабая информированность населения о тяжелых последствиях ОНМК. Особого внимания требуют пациенты с длительной иммобилизацией и высоким риском соматических осложнений.

УДК 616.831-005-07-008.447:616.13

Кравчук В. О.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Клініко-неврологічні та когнітивні порушення у хворих зі стенозуючим ураженням коронарних судин

Завдяки втіленню в клінічну практику сучасних методів нейровізуалізації та візуалізації судин мозку та серця, на сьогодні значно розширені та поглиблені уявлення про сильний взаємозв'язок між кардіальною та церебральною патологією, що виникає на фоні різних захворювань.

Мета дослідження: вивчити особливості клініко-неврологічних та когнітивних порушень у хворих зі стенозуючим ураженням коронарних судин.

Методи дослідження: клініко-неврологічний, психодіагностичний та статистичний.

Для досягнення поставленої мети та завдання було проведено обстеження, яке включало 168 хворих, віком від 50 років до 70 років, які перебували на лікуванні в Хмельницькій обласній лікарні. Середній вік хворих склав $(61,1 \pm 0,2)$ роки. Хворі були поділені на 2 групи. В першу (основну) групу увійшли пацієнти зі стенозуючими ураженнями коронарних артерій (86 хворих: 68 чоловіків та 17 жінок), а в другу групу (порівняння) — з дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕ) I—II ст. на фоні артеріальної гіпертензії та церебрального атеросклерозу (82 хворих). На ґрунті суб'єктивних та об'єктивних клініко-неврологічних проявів захворювання можна було виокремити основні неврологічні синдроми в обстежених нами хворих. Цефалгічний синдром спостерігався у 91,9 % хворих основної групи і у 97,6 % хворих групи порівняння. Вестибуло-атактичний синдром практично однаково часто виявлений у пацієнтів цих двох груп. Аміостатичний синдром частіше спостерігався в основній групі, включав рухові порушення, серед яких слід вирізняти екстрапірамідні та атактичні розлади. Підвищення м'язового тону по пластичному типу, брадикінезія, ригідність, гіпомімія виявлялись у більшій частині хворих. Вони вказували на ураження екстрапірамідної системи у цих хворих. Астенічний синдром частіше спостерігався у хворих основної групи, а ось лікворно-гіпертензійний синдром та пірамідна недостат-

ність — у хворих групи порівняння. У більшості обстежених нами хворих спостерігалися різного ступеня вираженості когнітивні розлади. Стан когнітивних функцій у хворих оцінювали за допомогою психодіагностичних методик та клінічних шкал: шкала МоСА, методика «запам'ятовування 10 слів» за А. Р. Лурія, тест малювання годинника, шкала Гамільтона. Обстеження показало, що середній бал за шкалою МоСА склав $(21,6 \pm 1,2)$ бали у хворих основної групи та $(22,1 \pm 2,2)$ бали у хворих групи порівняння. В обох групах переважали пацієнти з помірними когнітивними порушеннями (80,2 % хворих основної групи та 74,4 % — групи порівняння). Легкі когнітивні розлади спостерігались частіше в групі порівняння (25,6 %), ніж в основній групі (22,1 %).

Отже, проведені обстеження показують, що у хворих зі стенозуючим ураженням коронарних судин характерною є цереброваскулярна патологія, що відповідає ДЕ I—II ст., і це свідчить про необхідність діагностики клініко-неврологічних та когнітивних порушень у хворих та проведення відповідних лікувально-профілактичних заходів з метою попередження розвитку мозкового інсульту та деменції.

УДК 572.5:616-073.97:616.831-056.7:577.11:616.36

Кутіков О. Є., Нікішкова І. М.,

Волошин-Гапонов І. К., Забродіна Л. П.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Зв'язок антропологічного чинника зі змінами на електроенцефалограмі у пацієнтів з хворобою Вільсона — Коновалова

Популяція пацієнтів з хворобою Вільсона — Коновалова (ХВК) має яскраву антропоморфологічну специфічність, яка, зокрема, виражається у абсолютному домінуванні в ній осіб, що належать лише до трьох антропологічних типів (АТ). Попередньо нами було також продемонстровано наявність відмінностей у паттернах електроенцефалограми (ЕЕГ) при ХВК у пацієнтів, що представляли різні АТ, у зв'язку з чим особливості церебрального електрогенезу при ХВК були докладніше проаналізовані з точки зору їхнього можливого зв'язку з антропологічним чинником.

У 49 пацієнтів з ХВК було проведено зіставлення даних візуального та комп'ютерного аналізу ЕЕГ з антропоморфологічними характеристиками цих пацієнтів. За результатами аналізу ЕЕГ було виокремлено п'ять її типів: 0 тип — відсутність будь-яких ознак порушень на ЕЕГ; 1 тип — зміни, пов'язані з дисфункцією діенцефальних структур; 2 тип — ЕЕГ-ознаки посилення активуючих впливів ретикулярної формації на тлі дисфункції діенцефальних структур; 3 тип — зміни, пов'язані зі змінами у діенцефально-стовбурових взаємодіях; 4 тип — ЕЕГ-ознаки серйозних порушень функціонального стану стовбурових структур мозку.

Аналіз ЕЕГ у пацієнтів, яких були віднесено до різних АТ, продемонстрував, що основні характерні для ХВК АТ мають різні картини ЕЕГ-змін при цій патології. Найбільші зміни функціональної активності головного мозку при ХВК спостерігалися у пацієнтів — носіїв середземноморського АТ, у яких порівняно з основною групою загалом відзначалася значно менша частка ЕЕГ 0 типу (14,81 % та 26,09 %, відповідно; $p < 0,05$) та трохи більша — 3 типу ЕЕГ (25,93 % та 19,56 %), а загальний профіль ЕЕГ-змін для цього АТ демонстрував певний зсув вліво, що є свідченням несприятливого перебігу ХВК у термінах біоелектричної активності мозку. Пацієнти — представники атлантико-балтійського АТ характеризувалися дуже низьким рівнем змін функціональної активності мозку порівняно з популяцією хворих на ХВК загалом. Близько

половини з цих пацієнтів (55,56 %) мали нульовий тип ЕЕГ, що свідчить про значну стійкість їхньої нервової системи при БВК, яка може асоціюватися з приналежністю до цього АТ. З другого боку, серед пацієнтів — носіїв атлантико-балтійського АТ виявлено найвищу з усіх АТ частку осіб з 4 типом ЕЕГ (22,22 %), при меншій кількості представників з 1 і 3 типом ЕЕГ порівняно з основною групою загалом (11,11 % та 21,74 %, відповідно; 11,11 та 19,56 %, відповідно; $p < 0,05$) та повній відсутності осіб з 2 типом ЕЕГ (0,0 % та 21,74 %, відповідно; $p < 0,05$). Тому профіль ЕЕГ-змін при ХВК для цього АТ є дуже специфічним та своєрідним і потребує подальшого поглибленого вивчення. Натомість пацієнти — представники динарського АТ продемонстрували загальну найбільшу відносну стабільність функціональної активності мозку при ХВК, серед них були цілком відсутні особи з 3 та 4 типами ЕЕГ (0,0 % порівняно з 19,56 % та 10,78 % в основній групі загалом, відповідно; $p < 0,05$), а пацієнти здебільшого мали 2 тип ЕЕГ (57,14 % порівняно з 21,74 % в основній групі загалом; $p < 0,05$); частка 0 типу ЕЕГ серед них не була нижчою за відповідний загальний показник (28,57 % та 26,09 % відповідно).

Порівняння змін функціональної активності мозку при ХВК між пацієнтами — представниками окремих АТ продемонструвало, що їхні профілі є дуже різними, а різниці між ними мають високий рівень статистичної значущості. Середземноморський АТ асоціювався з найбільшими змінами ЕЕГ при ХВК, динарський АТ був відносно стабільним з цієї точки зору, а профіль ЕЕГ-змін у пацієнтів — носіїв атлантико-балтійського типу при дуже високій частці практично не змінених ЕЕГ водночас показав і найвищу частку найтяжчих ЕЕГ-змін, пов'язаних з ХВК, тобто був скоріше парадоксальним. Цю асоційованість між антропоморфологічними особливостями та характеристиками змін функціональної активності головного мозку треба брати до уваги під час визначення ризику прогресування патологічних змін на ЕЕГ при ХВК.

УДК 616. 839-039/31-06:[616.8-009.1:616.743]-07-085

Липинська Я. В.

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Динаміка перебігу вегетативної дисфункції, асоційованої з міофасціальними больовими синдромами, під впливом комплексного лікування із застосуванням методів рефлексотерапії

В структурі неврологічної патології в Україні однією з найактуальніших проблем є синдром вегетативної дисфункції (СВД). Слід зауважити, що частим проявом СВД є вегетативні пароксизми (ВП), що характеризуються полісистемними порушеннями, емоційно-афективними розладами та значною мірою негативно впливають на якість життя пацієнтів.

Мета дослідження: виявлення вегетативних розладів, асоційованих з міофасціальними больовими синдромами (МФБС) шийно-плечової локалізації, що розвинулися на тлі біомеханічних порушень вказаного регіону, з подальшим визначенням шляхів оптимізації комплексного лікувального алгоритму.

Під спостереженням перебували 64 пацієнти віком від 18 до 40 років (39 жінок та 25 чоловіків), які страждають на СВД та мають міофасціальний біль шийно-плечової локалізації, що розвинувся на тлі патобіомеханічних змін вказаного регіону. Пацієнти були поділені на дві групи: I групу склали хворі, які страждають на ВП — 34 особи, II — пацієнти з перманентним перебігом СВД — 30 осіб. До контрольної групи увійшли 25 практично здорових осіб (10 чоловіків та 15 жінок) відповідного віку.

До всіх пацієнтів застосовували клініко-неврологічний та вертеброневрологічний методи, вивчення больового та м'язово-тонічного синдромів, діагностику функцій вегетативної нервової системи (ВНС), а також дослідження психоемоційного статусу.

У 100 % пацієнтів обох груп спостерігались алгічний, м'язово-тонічний синдроми, синдром вегетативної дисфункції. Виразність об'єктивних та суб'єктивних проявів при перманентному перебігу СВД становила $32,7 \pm 3,1$ та $23,8 \pm 2,9$ ($p < 0,01$) бали відповідно, при ВП — $44,1 \pm 5,8$ та $35,2 \pm 4,7$ ($p < 0,01$) бали. Емоційні зрушення характеризувалися більш виразною тривожністю при пароксизмальному типі, а також астенією та середнім ступенем депресії.

До пацієнтів обох груп був застосований комплекс терапевтичних заходів, спрямований як на корекцію патобіомеханічних порушень, ліквідацію м'язово-тонічного й больового синдромів, так і на усунення вторинних неврологічних проявів, зокрема СВД. Програма лікування включала біомеханічну корекцію хребта, рефлексотерапію, лікувальну фізкультуру та медикаментозну терапію.

Рефлексотерапевтичний комплекс полягав у застосуванні акупунктури, акупресури та вакуумрефлексотерапії. Акупунктурний рецепт складався за класичним трирівневим підходом. Спосіб впливу обирався відповідно до переважання «їнь» або «ян» характеристик болю та функцій ВНС. У разі переважання ян-компонента больових відчуттів і симпатикотонії обирали гальмівний спосіб впливу, за їнь-компонента — слабкий тонізуючий або гармонізуючий спосіб. За допомогою акупунктури досягали нормалізації вегетативних показників та емоційних порушень та посилення анальгетичного ефекту при МФБС.

Під впливом терапії спостерігалася редукція м'язово-тонічного та больового синдромів у пацієнтів обох груп. Щодо показників функціонування ВНС — найбільш виразна позитивна динаміка простежувалася у пацієнтів I групи. Позитивні зрушення відбулися й у результаті терапевтичного відновлення психоемоційного статусу пацієнтів обох груп.

Розвиток та перебіг вегетативної дисфункції в пацієнтів із МФБС шийно-плечової локалізації взаємопов'язаний з актуалізацією больового та м'язово-тонічного синдромів і поєднується з біомеханічними порушеннями. Комплексна терапія із застосуванням немедикаментозних методів, зокрема рефлексотерапії, сприяє нормалізації функціонування ВНС та припиненню (78,46 %) або зменшенню частоти виникнення та ступеня виразності (21,44 %) клінічних симптомів пароксизмального типу перебігу СВД.

УДК 616.711:616.13]-092:612.76+616.74

Логвиненко А. В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

Роль миогенного фактора и биомеханических нарушений в генезе синдрома позвоночной артерии

Ведущей в структуре внутричерепных сосудистых заболеваний является патология вертебрально-базиллярной системы. Одним из наиболее значимых этиологических факторов ее развития, особенно у молодых лиц, является синдром позвоночной артерии (СПА), развивающийся как в результате непосредственной компрессии ствола позвоночной артерии, так и вследствие ирритации ее периартериального симпатического сплетения. Несмотря на понимание отдельных звеньев патогенеза СПА, остается недостаточное изучение роли миофасциальной дисфункции шейно-плечевой локализации и биомеханических изменений позвоночника в его генезе.

Целью нашего исследования явилось изучение роли миофасциальной дисфункции шейно-плечевой локализации и биомеханических изменений позвоночника в генезе СПА.

Обследовано 107 пациентов (60 женщин, 47 мужчин) с синдромом позвоночной артерии в возрасте от 18 до 45 лет (средний возраст — $36 \pm 3,7$ года). Контрольную группу составили 25 практически здоровых лиц с неизменённой биомеханикой позвоночного столба. Всем пациентам проведено клинико-неврологическое, мануальное обследование, визуальная диагностика биомеханических нарушений, рентгеновская спондилография шейного отдела, функциональная ультразвуковая доплерография (УЗДГ) экстра- и интракраниальных сосудов головного мозга. В течение 2 недель больные получали мануальную терапию, направленную на биомеханическую коррекцию позвоночного столба и устранение миофасциальных триггерных точек, рефлексотерапию, лечебную физкультуру, целью которой было закрепление результатов мануальной терапии, а также — растяжение мышц шеи и плечевого пояса.

Визуальная диагностика выявила следующие нарушения биомеханического паттерна у больных с СПА: у 24 % пациентов выявлена антепульсия головы с шейным гиперлордозом, экстензией в атланта-окципитальном суставе и уменьшением краниовертебрального угла, компрессией фасеточных суставов и задних поверхностей тел позвонков, которая сопровождалась мышечно-скелетным дисбалансом в виде укорочения задних шейных мышц и удлинения передних шейных мышц. Максимальное напряжение и активные триггерные точки (ТТ) у пациентов этой группы были выявлены в субокципитальных мышцах, в мышце, поднимающей лопатку, лестничных, грудино-ключично-сосцевидных мышцах и в верхних порциях трапециевидной мышцы. Одновременно отмечалась функциональная слабость в длинных мышцах шеи и головы, в подъязычных мышцах. Компенсаторно у пациентов этой группы формировалась кифотическая установка грудной клетки с внутренней ротацией плечевых суставов и одновременной элевацией ключиц и лопаток. При этом отмечалось укорочение и активные триггерные точки в большой и малой грудных мышцах и функциональная слабость средней и нижней порций трапециевидных мышц, ромбовидной мышцы, нижней части передней зубчатой мышцы. В 44 % наблюдений отмечалась асимметрия нижних конечностей с деформацией контуров тела во фронтальной плоскости, вентромедиальным или дорсолатеральным смещением центра тяжести, формированием косоного или косо-скрученного таза, S-образного сколиоза, перестройкой осевого скелета с перегрузкой мышц верхнего плечевого пояса и шеи, которые компенсировали смещение центра тяжести от вертикальной оси. При этом отмечалось напряжение и активные ТТ в лестничных мышцах, в грудино-ключично-сосцевидной мышце, в мышце, поднимающей лопатку, в верхних пучках трапециевидной мышцы. В 32 % случаев отмечалась комбинация описанных выше биомеханических паттернов — сочетание укорочения ноги, формирования косоного или косо-скрученного таза, асимметрии мышц плечевого пояса с антепульсией головы, внутренней ротацией плечевых суставов, грудным кифозом и элевацией структур верхнего плечевого пояса. Проведенная УЗДГ продемонстрировала у пациентов исследуемой группы наличие вазоспазма в позвоночных артериях (ПА) при проведении функциональных проб (индекс пульсации ПА на 21 % выше, чем в контрольной группе). При этом асимметрия кровотока совпадала со стороной максимального мышечного спазма. Выявлена положительная корреляция между количеством активных ТТ в мышцах шеи и выраженностью ангиоспазма ($r = 0,47$, $p < 0,01$). Нормализация биомеханики, устранение мышечно-

го напряжения и ликвидация активных ТТ в результате проведенного лечения способствовали устранению ангиоспазма и нормализации церебральной динамики по данным УЗДГ.

Одним из этиологических факторов развития СПА у лиц молодого возраста являются патобиомеханические изменения позвоночного столба, приводящие к развитию миофасциального болевого синдрома и миофасциальной дисфункции шейно-плечевой локализации. Коррекция биомеханических нарушений и устранение активных ТТ способствует нормализации гемодинамики в системе позвоночных артерий.

УДК 616.832-004.2:577.161.2-08

*Малик С. Л., Желіба Л. М., Московко Г. С.,
Костюченко А. В., Руденко Г. С.*

*Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)*

Вплив однорічного застосування вітаміну D₃ на перебіг множинного склерозу

Мета дослідження: в рамках тестування гіпотези про патогенетичну роль дефіциту вітаміну D у формуванні та перебігу множинного склерозу (МС), вивчався вплив річного курсу вітаміну D₃ на кількість загострень та прогресування захворювання.

Популяційна когорта з 158 пацієнтів (48 чоловіків, 110 жінок) з рекурентно-ремітуючим перебігом МС (середній вік — $36,97 \pm 8,67$ роки, середня тривалість захворювання — $9,44 \pm 6,47$ роки, оцінки за шкалою EDSS — 4,0 бали (1,5—6,0), була поділена на 4 групи: I (контроль) склали 75 хворих з природним перебігом МС, пацієнти II групи ($n = 22$) отримували імуномодуляторну терапію (бета-інтерферони чи глатирамеру ацетат) відповідно до наявних інструкцій. Пацієнтам групи III ($n = 32$) був призначений офіційний препарат холекальциферолу (Аквадетрим® Вітамін D₃). В IV групі ($n = 29$) пацієнтам поєднували імуномодуляторну терапію та Аквадетрим® Вітамін D₃. Річний курс холекальциферолу складався з 4000 МО/добу наприкінці осені та взимку і 500—1500 МО/добу навесні та влітку (III та IV групи). Статистичний аналіз виконували у статистичному пакеті SPSS2.0 (©SPSS Inc.).

На момент включення в дослідження середній рівень 25(OH)D в крові хворих складав $54,23 \pm 15,19$ нмоль/л (нормативний рівень для здорових — 75,0—200,0 нмоль/л). В I групі хворих рецидиви МС задокументовано у 34 (45,3 %) осіб, в II групі — в 9 (40,9 %) випадках, в III — в 11 (34,4 %) випадках, а в групі холекальциферолу та імуномодуляторної терапії (IV) — в 7 (24,1 %) випадках. Порівняння отриманих даних щодо ролі проведеної хворим терапії у загостреннях МС не виявило різниць щодо частоти випадків екзацербаций у I та II групах ($p > 0,05$). Водночас, зафіксовано на 21,2 % менше випадків загострень МС у хворих IV групи (24,1 % проти 45,3 % в I групі; СШ: 0,38; ДІ: [0,146—1,006], $p = 0,047$). Отже, доповнення імуномодулюючої терапії препаратом холекальциферолу (вітаміну D₃) асоціювалось із зменшенням частки пацієнтів, які мали загострення МС протягом річного курсу компенсації дефіциту обміну 25(OH)D, майже у 2 рази. Звертає увагу тенденція до зменшення кількості екзацербаций в III групі пацієнтів, які отримували холекальциферол, але без модифікуючої терапії (34,4 % проти 45,3 % у пацієнтів з природним перебігом, без терапії). Вірогідно, відносно невеликий розмір III групи є фактором, що впливає на достовірність різниці, яка спостерігається.

Під час порівняння кінцевих і початкових даних оцінок EDSS у групі хворих з природним перебігом МС (I група), за допомогою тесту Wilcoxon для двох залежних вибірок від-

значено відсутність значущих різниць щодо неврологічного дефіциту. Така саме динаміка спостерігалась і у пацієнтів, що отримували тільки хвороба-модифікуючу терапію.

В групі лікування препаратом вітаміну D₃ (III група) середня оцінка EDSS через 1 рік залишилася без змін, але в цій групі на 10,4 % більше хворих протягом однорічного періоду спостереження зберігають стабільність неврологічного стану, ніж у групі пацієнтів без такого лікування ($p = 0,021$).

У хворих, які отримували холекальциферол на тлі лікування імуномодулюючими засобами (IV група), траплялося погіршення зорової функції (СШ: 0,16; ДІ: [0,019—1,124], $p = 0,048$), але достовірної динаміки сумарних оцінок EDSS не встановлено.

Результати проведеного дослідження показали зниження частоти рецидивів МС у пацієнтів, передусім, які використовували вітамін D як доповнення до лікування імуномодулюючими препаратами і певні позитивні тенденції при монотерапії холекальциферолом. Відмінностей у змінах оцінок функціональної спроможності за шкалою EDSS між досліджуваними групами не спостерігалось. Натомість, є підстави рекомендувати вживання препаратів вітаміну D у хворих з МС у фізіологічних, безпечних дозах.

УДК 616.853-02:616-001.3-036.8-037

Мар'єнко Л. Б., Мар'єнко К. М.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького (м. Львів)*

Наслідки лікування та прогноз післятравматичної епілепсії

Частота розвитку післятравматичної епілепсії (ПТЕ) складає 2—5 % після закритої і до 50 % після відкритої черепно-мозкової травми (ЧМТ). Вважають, що основними предикторами розвитку ПТЕ є виникнення нападів в гострому періоді травми (ранні — в межах одного тижня — так звані гострі симптоматичні епілептичні напади, або пізні — після двох і більше тижнів після ЧМТ), а також ступінь її тяжкості. У дослідників все ще немає впевненості в тому, що фармакологічне лікування наслідків ЧМТ з превентивним призначенням протиепілептичних препаратів (ПЕП) одночасно сприяє профілактиці ПТЕ.

Метою дослідження було вивчення результатів лікування і прогнозу пацієнтів з ПТЕ порівняно з іншими формами симптоматичної епілепсії (СЕ) шляхом тривалого (в середньому $8,3 \pm 3,0$ роки) спостереження.

Під наглядом перебували 236 пацієнтів з різними етіологічними формами симптоматичної епілепсії, серед них 46 пацієнтів із ПТЕ (19,5 %): 33 чоловіки (71,7 %) і 13 жінок (28,3 %) віком від 21 до 82 роки (середній вік — $41,7 \pm 14,9$ роки). Середній вік початку захворювання становив $24,9 \pm 14,6$ роки. Всім пацієнтам проводили МРТ та неодноразово — ЕЕГ обстеження.

Легкі закриті ЧМТ діагностовано у 34 осіб (73,9 %), середнього і тяжкого ступеня — у 10 осіб (21,7 %), з них троє пацієнтів були прооперовані з приводу субдуральної гематоми. Двоє осіб (4,4 %) перенесли відкриті проникаючі ЧМТ в поєднанні із забоем тяжкого ступеня. У більшості пацієнтів перші неспровоковані напади виникали протягом кількох місяців після перенесеної ЧМТ (67,4 % хворих), але були випадки появи перших приступів через 3—5—7 років. Незважаючи на клінічну діагностику ЧМТ легкого ступеня у більшості пацієнтів в первинній документації, в усіх хворих виявлені структурні зміни головного мозку на МРТ.

У більшості пацієнтів з ПТЕ спостерігались часті — у 23 (50,0 %) і дуже часті напади — у 11 (23,9 %), тобто від 1 до 5—6

на місяць, причому часто поєднувались три типи приступів — прості і складні вогнищеві та вторинно-генералізовані, що статистично достовірно приводило до фармакорезистентності ($p < 0,01$). Загалом при ПТЕ 20 осіб (43,5 %) перебували в ремісії, у 26 (56,5 %) напади залишались неконтрольованими, незважаючи на використані різні режими прийому ПЕП. Якщо початок ПТЕ відбувся у віці до 12 років, то хвороба набувала найбільш несприятливого перебігу: у 80 % пацієнтів надалі розвинулась фармакорезистентність ($p < 0,05$). Зриви ремісії найчастіше відбувались у пацієнтів із ПТЕ та з алкогольною СЕ (23,9 % і 58,3 % відповідно), здебільшого через некомплаєнтність та вживання спиртних напоїв. Серед всіх пацієнтів із СЕ найгірші результати терапії з розвитком фармакорезистентності були у хворих з ПТЕ, з медіальним темпоральним склерозом і з дитячим церебральним паралічем. У пацієнтів з ПТЕ коморбідний вторинний інтер- та перііктальний біль голови виникав достовірно частіше, ніж при СЕ іншої етіології ($p < 0,05$). Соматична коморбідність виявлялась у пацієнтів з ПТЕ поряд із особами із судинною та з алкогольною СЕ. Це було пов'язано як з появою вік-залежної соматичної патології, так і з вторинними ускладненнями з боку внутрішніх органів у віддаленому періоді ЧМТ з розвитком поліорганної патології. Сійка втрата працездатності також була характерною для пацієнтів з ПТЕ ($p < 0,01$), що було зумовлено не тільки несприятливим перебігом СЕ, але і неврологічним дефіцитом різного ступеня.

Отже прогноз щодо розвитку ПТЕ залишається серйозним навіть при перенесеній легкій ЧМТ з вірогідністю фармакорезистентного перебігу епілепсії.

УДК 614.2:616.853

Мар'єнко Л. Б., Мар'єнко К. М., Ткачук Л. Й.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького (м. Львів)*

Десятирічний досвід роботи Львівського обласного протиепілептичного центру: підсумки та перспективи

Львівський обласний протиепілептичний центр був створений 2006 року на базі кафедри неврології Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького та неврологічного відділення Львівської обласної клінічної лікарні. Відповідно до затвердженого Положення центру (а на цей час і відповідно до вимог уніфікованих клінічних протоколів «Епілепсія у дорослих» та «Епілепсія у дітей»), первинні пацієнти скеровуються на консультацію в центр за умови труднощів діагностики і/або безуспішності лікування у лікаря-невролога вторинної ланки, а також з метою обліку і подальшого спостереження.

За час існування центру була надана консультативна допомога більш як 8,5 тис. пацієнтів, з них близько 10 % — діти і підлітки, 8,4 % осіб — з інших областей Західно-українського регіону. Від 6 до 10 % пацієнтів щороку проходять стаціонарне обстеження з метою диференціальної діагностики епілептичних і неепілептичних пароксизмальних станів, підбору або корекції лікування, визначення ступеня непрацездатності та ін. Відповідно до рекомендацій Міжнародної протиепілептичної Ліги (1997) усім пацієнтам обов'язково проводять ЕЕГ і МРТ дослідження. За останні роки з'явилась можливість використання МРТ з потужністю магнітного поля 1,5 Т, а також відео-ЕЕГ-моніторингу, що дозволило встановити діагноз симптоматичної епілепсії близько 15 % пацієнтів, у яких етіологія захворювання тривалий час була невідомою — криптогенна епілепсія. Це, в свою чергу, дало можливість скерувати деяких хворих на нейрохірургічне лікування.

Було проведено порівняння ефективності лікування різних етіологічних форм епілепсії у 404 хворих з тривалістю спостереження не менше ніж 5 років. У 198 осіб (1 група) діагноз епілепсії був встановлений вперше в центрі, з призначенням відповідного лікування, у 206 пацієнтів (2 група) були проведені більш досконалі обстеження і корекція попередньої безуспішної терапії (в середньому протягом $10,2 \pm 5,2$ роки). За період спостереження у пацієнтів 1 групи було досягнуто тривалої ремісії нападів у 72,2 % осіб, що відповідає кращим показникам, наведеним в літературних джерелах. Напади були контрольованими при симптоматичній епілепсії — у 71,8 % пацієнтів, при криптогенній — у 71,1 %, при ідіопатичній — у 100 %. Водночас після оптимізації терапії пацієнтів 2 групи ремісії вдалось досягти у значно меншій частині осіб — 49 % (із симптоматичною — у 26,3 %, із криптогенною — у 56,5 %, з ідіопатичною — у 82,4 %). У пацієнтів 2 групи достовірно частіше діагностовано фармакорезистентність ($p < 0,01$). Більшого успіху у веденні пацієнтів у високоспеціалізованому центрі від початку захворювання вдалось досягти завдяки своєчасній діагностиці, призначенню адекватного лікування та міцній співпраці лікар — пацієнт для досягнення комплаєнтності (роз'яснювальна робота щодо причин, особливостей перебігу епілепсії, правил повсякденного життя, роботи, занять спортом, необхідності уникнення провокуючих нападів чинників, суворого дотримання режиму лікування, заповнення «щоденника нападів», використання спеціально розробленого порадики для пацієнтів та їхніх родичів).

Третинну допомогу хворим на епілепсії в Україні надають, здебільшого, фахівці обласних неврологічних та психіатричних установ, а високоспеціалізованих центрів третинного рівня існує лише декілька — в Києві, Харкові, Ужгороді, Львові, Донецьку. Наш досвід свідчить, що організація і діяльність таких центрів має бути запроваджена в усіх обласних центрах України.

УДК 616.831-005-053.81

Матюшко М. Г.¹, Чижевська О. С.¹, Влащук А. М.², Литовальцева Г. М.²

¹Національний медичний університет імені О. О. Богомольця (м. Київ)

²Київська міська клінічна лікарня № 4 (м. Київ)

Порушення мозкового кровообігу у людей молодого віку

Судинні захворювання головного мозку є однією з найважливіших медико-соціальних проблем сучасності. Статистичні дані останніх років свідчать про зростання поширеності судинних захворювань головного мозку у людей молодого віку (до яких ВООЗ відносить осіб від 15 до 45 років). Це пояснюється недостатнім вивченням судинної патології у цих вікових категоріях, низькою інформованістю населення про перші симптоми та їх наслідки, які займають провідне місце серед причин первинної інвалідизації, а також несприятливою соціально-економічною ситуацією.

В Україні, згідно з офіційною статистикою МОЗ, щороку стається 100—110 тис. інсультів (понад третина з них — у людей працездатного віку).

Мета роботи:

1. Визначити частку осіб молодого віку в неврологічних відділеннях № 1 та № 2 Київської міської клінічної лікарні (КМКЛ) № 4 з порушеннями мозкового кровообігу, що були госпіталізовані протягом 2016 року.

2. На ґрунті медичної документації проаналізувати основні чинники виникнення і фактори ризику розвитку порушень мозкового кровообігу в чоловіків і жінок молодого віку.

3. З'ясувати частоту ураження вертебрально-базиллярного та каротидного судинних басейнів.

Протягом 2016 року до неврологічних відділень № 1 та № 2 КМКЛ № 4 звернулись 54 особи чоловічої статі (що складає 17 % з-поміж усіх звернень) та 30 осіб жіночої статі (що складає 10 % з-поміж усіх звернень) з достовірним діагнозом порушення мозкового кровообігу. Пацієнти належали до вікової категорії від 18 до 45 років (середній вік чоловіків — 40 ± 2 роки, жінок — 39 ± 2 роки).

Гостре порушення мозкового кровообігу серед чоловіків працездатного віку спостерігалось у 54 осіб, з них у 5 — транзиторна ішемічна атака, у 40 — ішемічний інсульт, у 9 — геморагічний інсульт, хронічного порушення мозкового кровообігу у чоловіків цієї категорії не було. Співвідношення ішемічних інсультів до геморагічних складає 4,4:1. Щодо уражених судинних басейнів, то у 21 чоловіка постраждав вертебрально-базиллярний басейн, у 33 — каротидний. Серед провокуючих чинників у 42 (78 %) осіб чоловічої статі було виявлено неліковану артеріальну гіпертензію, у 15 (28 %) — цукровий діабет, у 21 (38 %) — артеріовенозні мальформації, у 27 (50 %) — шкідливі звички, у 9 (20 %) — ожиріння.

У жінок гостре порушення мозкового кровообігу було виявлено у 22, з них у 3 — транзиторна ішемічна атака, у 15 — ішемічний інсульт, у 4 — геморагічний інсульт, хронічне порушення мозкового кровообігу — у 8. Співвідношення між ішемічним та геморагічним інсультами — 4:1. Уражені басейни: вертебрально-базиллярний — у 12, каротидний — у 17 і у 1 — обидва судинні басейни. Серед факторів ризику спостерігалась така тенденція: у 26 (87 %) осіб жіночої статі — артеріальна гіпертензія, у 5 (17 %) — цукровий діабет, у 16 (54 %) — ожиріння, у 17 (57 %) — артеріовенозні мальформації.

Порушення мозкового кровообігу серед людей молодого віку частіше трапляється у чоловіків.

Головна частка серед факторів ризику цієї патології у людей молодого віку належить нелікованій артеріальній гіпертензії, цукровому діабету, артеріовенозним мальформаціям, ожирінню, шкідливим звичкам.

Нагальним є впровадження широкомасштабних заходів з контролю чинників ризику розвитку порушень мозкового кровообігу у людей молодого віку, підвищення інформованості населення, для запобігання подальшому прогресуванню цієї патології.

Для того, щоб запобігти захворюванню, кожна людина має знати, що інсульт — це не первинне захворювання головного мозку, а ускладнення уже наявних хвороб серцево-судинної системи.

УДК 616.8-009:611.018.2-053.6

Мителев Д. А.

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН Украины» (г. Харьков)

Клинико-ретроспективный анализ неврологических нарушений при сахарном диабете 1 типа у детей и подростков

Открытие инсулина 95 лет назад кардинально повлияло как на продолжительность жизни больных сахарным диабетом (СД), так и на качество их жизни. Постоянное совершенствование методов его получения привело к появлению и широкому использованию генно-инженерных инсулинов, а последнее десятилетие ознаменовалось внедрением аналогов человеческого инсулина. Их применение у детей с СД 1 типа позволило снизить частоту гипогликемий, обеспечить

лучшую прогнозируемость уровня гликемии, уменьшит число осложнений, в т. ч. и со стороны нервной системы.

На основании многолетних наблюдений за детьми и подростками с СД 1 типа, которые проходят регулярное стационарное лечение в отделении эндокринологии ГУ «ИОЗДП НАМН», был проведен комплексный клинико-ретроспективный анализ неврологических нарушений у двух групп пациентов (по 200 человек в каждой), сопоставимых по полу, возрасту, стажу заболевания СД и возрасту манифестации эндокринной патологии, но получавших инсулины разных поколений. Первая группа проходила курсы лечения в 2000—2005 гг., а вторая — в 2012—2016 гг.

Сравнительный анализ жалоб пациентов показал доминирование в обеих группах цефалгического синдрома, с достоверным увеличением частоты во второй группе при стаже СД от 1 до 5 лет ($p < 0,05$), что требует дальнейшего изучения. Астенический симптомокомплекс носил выраженный характер у всех больных с СД 1 типа. Выявлена общая тенденция в отношении формирования диабетической энцефалопатии (ДЭП) и периферической, преимущественно дистальной сенсомоторной полинейропатии в виде отдаления сроков их манифестации во второй группе при более длительном стаже заболевания СД. Увеличился «латентный» период до появления признаков поражения нервной системы, определенные жалобы можно выявить только при целенаправленном опросе. Когнитивные нарушения, как неотъемлемая часть ДЭП, зарегистрированы в обеих группах, но выраженные нарушения внимания и умственной работоспособности чаще отмечались у больных СД первой группы.

Таким образом, прослежен положительный эффект от использования новых типов инсулина и современных методов его введения (с использованием помпы) — в сравнении с больными первой группы неврологические нарушения стали возникать позже, в виде субклинических и легких клинических форм. Но, следует помнить о том, что только нормализация показателей углеводного обмена при СД 1 типа (за счет оптимальной инсулинотерапии) не снижает частоту нарушений мозгового кровообращения и формирования ДЭП в старшем возрасте.

Выявлены факторы, которые могут оказать отрицательное влияние на прогноз возникновения и течения неврологических расстройств при СД 1 типа: низкий уровень самоконтроля, позднее обращение пациентов к неврологу и их недостаточная информированность о потенциальных осложнениях, низкая выявляемость ДЭП в общеклинической практике, несвоевременное начало терапии метаболических и сосудистых нарушений в ЦНС в детском возрасте, отсутствие программ по профилактике данных состояний.

Обучение пациентов с СД 1 типа в постоянно действующей Школе самоконтроля на базе отделения эндокринологии ГУ «ИОЗДП НАМН», непрерывный мониторинг состояния центральной и периферической нервной системы, регулярные курсы терапии являются основными звеньями комплексной программы нейрореабилитации детей и подростков с СД 1 типа.

УДК 616.831-005.1-08

Мищенко Т. С., Здесенко И. В.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

Коррекция цереброваскулярных нарушений на фоне метаболического синдрома

В последние годы в качестве фактора риска развития неврологических нарушений, в первую очередь сосудистых

расстройств, все больше внимания уделяется метаболическому синдрому (МС). В понятие МС входит набор факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, объединенных общей патогенетической составляющей — инсулинорезистентностью.

Поликомпонентность МС обуславливает высокий риск развития цереброваскулярной и сердечно-сосудистой патологии, преждевременное развитие атеросклероза, гипертонической болезни (ГБ). В связи с этим изучение проблемы цереброваскулярных нарушений на фоне МС и разработка методов их профилактики и лечения — является одним из приоритетных направлений современной медицины.

Цель исследования: оценить эффективность и переносимость препарата Капикор производства компании «Олайнфарм», Латвия в лечении больных с цереброваскулярными нарушениями на фоне МС. Капикор — комплексный препарат, содержащий мельдония дигидрат (180 мг) и γ -бутиробетаина дигидрат (60 мг), оказывающий антиишемическое действие и положительно влияющий на восстановление функции эндотелия.

Обследовано 60 пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) II стадии на фоне МС, средний возраст которых — $54,2 \pm 5,8$ года. Мужчин было 27, женщин — 33. У 36 больных была диагностирована ГБ, у 14 — атеросклероз, в 10 случаях имело место сочетание ГБ с атеросклерозом. Все больные страдали сахарным диабетом 2 типа. Также у больных отмечались абдоминальное ожирение, дислипидемия, ишемическая болезнь сердца, признаки эндотелиальной дисфункции.

Основными методами обследования были общеклинические — клинико-неврологическое, психодиагностическое (исследование когнитивной продуктивности по шкале MMSE); инструментальные (транскраниальная доплерография — ТКД); клинико-лабораторные.

Наиболее частыми жалобами у больных были головные боли, чувство тяжести, шум в голове, головокружения, снижение памяти, внимания, изменения настроения, повышенная раздражительность, утомляемость, выраженность которых соответствовала 2—3 баллам. При психодиагностическом исследовании общий показатель по шкале MMSE у пациентов составлял $25,3 \pm 2,2$ балла. По данным ТКД, у всех больных выявлялось достоверное увеличение комплекса «интима — медиа» (до $1,14 \pm 0,12$ мм), снижение пиковой систолической скорости кровотока в бассейне СМА до $62,4 \pm 2,6$ см/с, снижение потокозависимой вазодилатации (ПЗВ) до 4,2 %, что свидетельствовало об эндотелиальной дисфункции.

Все пациенты на протяжении четырех недель на фоне базисной терапии получали Капикор по 2 капсулы 2 раза в сутки.

Результаты проведенного исследования показали, что препарат Капикор оказывает достаточно выраженное терапевтическое влияние на клинические показатели, когнитивные функции, церебральную гемодинамику, вазодилатирующую функцию эндотелия. В процессе лечения у пациентов отмечалось снижение выраженности жалоб (до 0—1 балла), улучшение показателей когнитивной сферы (общий показатель по шкале MMSE увеличился до $28,4 \pm 1,9$ балла), показателей церебральной гемодинамики (увеличивались средняя — до $60,3 \pm 2,4$ см/с и пиковая систолическая — до $68,7 \pm 2,2$ см/с скорости кровотока в СМА, снижались показатели ТИМ до $1,11 \pm 0,12$ мм, увеличивались показатели ПЗВ до $9,5 \pm 1,4$ %, что говорило о восстановлении функции эндотелия). В ходе терапии препаратом Капикор у больных отмечалось также снижение

в сыворотке крови уровня ET1 в 2 раза, наблюдалось повышение содержания eNOS в сыворотке крови (на 24 %).

Полученные результаты позволяют рекомендовать препарат Капикор для лечения больных с цереброваскулярными нарушениями на фоне МС.

УДК 616.831-005:616.89-008.46

Мищенко В. М.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

«Німі» інфаркти мозку та когнітивні порушення

«Німі» інфаркти мозку (НІМ) є особливою формою цереброваскулярної патології й одним із проявів хвороби малих судин головного мозку. Проведені дослідження показали, що НІМ можуть супроводжуватися неврологічними порушеннями, а їх наявність підвищує ризик розвитку симптомного мозкового інсульту (МІ) та деменції. Водночас, ще залишаються мало вивченими особливості когнітивних порушень (КП) у хворих з НІМ.

Мета дослідження: вивчити стан когнітивних функцій у хворих з НІМ.

Методи дослідження: загальноклінічний, неврологічний, психодіагностичний, нейровізуалізаційний (МРТ та/або КТ головного мозку). Для об'єктивізації та визначення особливостей перебігу КП був використаний комплекс психодіагностичних методик та клінічних шкал (коротка шкала оцінки — ММСЕ, Монреальська шкала — МоСА, шкала «Батарея лобної дисфункції» — FAB, методики «Запам'ятовування 10 слів» та «Таблиці Шульте», тест «Малювання годинника»).

В основу роботи покладені результати обстеження 202 хворих віком від 52 до 82 років з клінічними ознаками хронічної ішемії мозку (дисциркуляторної енцефалопатії), у яких під час нейровізуалізації були виявлені поодинокі чи численні вогнища розміром від 3 до 15 мм, що клінічно не проявлялися ознаками гострого порушення мозкового кровообігу. Середній вік хворих склав $64,2 \pm 8,5$ роки. У структурі КП, за даними шкали ММСЕ, домінували порушення пам'яті, орієнтування, перцептивно-гностичної сфери. Загальний показник когнітивної продуктивності становив $24,6 \pm 1,3$ бали. Середній бал за шкалою МоСА склав $21,6 \pm 2,2$ бали, а за шкалою FAB — $13,4 \pm 2,7$ бали. В обстежених хворих були розлади концептуалізації мислення, швидкості мови, складних форм рухової активності (динамічний праксис, проста та ускладнена реакції вибору). Дослідження вербальної пам'яті за методикою «Запам'ятовування 10 слів» показало наявність помірного звуження обсягів вербальної пам'яті і помірного зниження міцності запам'ятовування у обстежених пацієнтів. Аналіз результатів тесту «Таблиці Шульте» свідчив про наявність різноманітних розладів довільної уваги, які відзначалися у більшості хворих. Результати дослідження за допомогою методики «Малювання годинника» показали наявність порушень зорово-просторових функцій у обстежених хворих. Але ступінь вираженості КП був різним у обстежених хворих. Переважали пацієнти з помірними когнітивними порушеннями (61,9 % хворих). Легкі КП виявлялися у 41,6 % хворих, а м'яка деменція — у 12,4 % обстежених. Було проведено оцінювання рівня когнітивного дефіциту залежно від віку хворих, кількості «німих» вогнищ і їх переважної локалізації. Відзначалась чітка, асоційована з віком, тенденція до посилення КП в усіх пацієнтів. Рівень когнітивної продуктивності у пацієнтів з численними НІМ достовірно був нижче, ніж у хворих з поодинокими НІМ ($p < 0,05$). Також було досліджено зв'язок вираженості КП з переважною локалізацією НІМ. Було встановлено, що при

наявності вогнищ в базальних гангліях у пацієнтів домінували недостатність мнестичних процесів ($3,9 \pm 0,4$ бали), порушення орієнтування ($6,9 \pm 0,8$ бали) і перцептивно-гностичної сфери ($6,3 \pm 0,6$ бали). У пацієнтів з локалізацією вогнищ в підкірковій білій речовині переважали порушення пам'яті ($4,2 \pm 0,2$ бали) і перцептивно-гностичної сфери ($6,5 \pm 0,1$ бали). При локалізації вогнищ в корі головного мозку, мозочку і стовбурі також домінували мнестичні порушення ($4,0 \pm 0,8$ і $4,6 \pm 0,4$; $5,2 \pm 0,7$ бали відповідно). Отримані результати свідчать, що найбільш важкі когнітивні розлади формувалися при переважній локалізації вогнищ в базальних гангліях і підкірковій білій речовині головного мозку.

УДК 616.89-008.441.1: 612.766]-02: 616.28-008.5-085.8-036.8

*Морозова О. Г., Ярошевский О. А., Логвиненко А. В.
Харьковская медицинская академия последипломного
образования (г. Харьков)*

Кинезиофобия как предиктор неблагоприятного прогноза у пациентов с цервикальным головокружением

По данным эпидемиологических исследований, распространенность вестибулярных нарушений в общей популяции достигает 20—30 %. Особое место в структуре вестибулярных расстройств занимает цервикальное головокружение (ЦГ), связанное с патологической афферентной импульсацией от проприорецепторов верхней шейной области, возникающей при миофасциальном болевом синдроме (МФБС), а также с гемодинамическими нарушениями в вертебрально-базиллярном бассейне, обусловленными рефлекторным ангиоспазмическим и компрессионным вариантами синдрома позвоночной артерии. ЦГ сопровождается хронической неспецифической скелетно-мышечной болью и/или скованностью в шее. Наличие у пациентов с ЦГ хронической неспецифической цервикалгии может способствовать формированию дезадаптивной стратегии преодоления боли в виде избегания движений — кинезиофобии.

Целью нашего исследования явилось изучение влияния кинезиофобии на результаты лечения ЦГ, возникшего на фоне МФБС шейно-плечевого региона.

Обследовано 87 больных с ЦГ на фоне МФБС шейно-плечевого региона. Средний возраст составил $36 \pm 3,9$ лет. Перед началом исследования для исключения других возможных причин вестибулярного синдрома все пациенты прошли обследование, включающее неврологическое, мануальное, отоневрологическое обследование, функциональную спондилографию шейного отдела, дуплексное исследование экстра- и интракраниальных сосудов головного мозга, МРТ головного мозга. Влияние головокружения на повседневную жизнь оценивали с помощью шкалы DHI (Dizziness Handicap Inventory), выраженность болевого синдрома — при помощи Визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ), наличие кинезиофобии — по шкале кинезиофобии университета Тампа.

Основными жалобами исследуемых пациентов были головокружение системного характера, неустойчивость при ходьбе, боли и скованность в области шеи. Оценка болевого синдрома по ВАШ составила $44 \pm 9,2$ балла, оценка по шкале DHI — $21 \pm 3,2$ балла ($p < 0,01$). Все пациенты в течение 2 недель получали лечение, включающее в себя мануальную терапию, рефлексотерапию и комплекс лечебной физкультуры, направленный на растяжение мышц шеи. В результате проведенного лечения у 72 % пациентов зафиксирована положительная динамика в виде значительного уменьшения выраженности болевого синдрома

(оценка по ВАШ — $3 \pm 1,1$; $p < 0,01$) и головокружения (DHI — $4 \pm 1,5$ балла; $p < 0,01$). В тоже время, у 28 % пациентов положительная динамика была менее выражена (оценка болевого синдрома по ВАШ — $13 \pm 1,4$ балла, оценка по шкале DHI — $12 \pm 1,7$ балла, $p < 0,01$). Дальнейшее обследование выявило наличие у этой группы пациентов ограничительного болевого поведения, связанного с боязнью нанести себе повреждение и спровоцировать ухудшение состояния — кинезиофобии ($34 \pm 7,8$ балла, $p < 0,01$ по шкале кинезиофобии университета Тампа).

Наличие у пациентов с ЦГ кинезиофобии снижает эффективность лечебных мероприятий, способствует хронизации болевого синдрома, сохранению вестибулярных нарушений и является значимым предиктором неблагоприятного прогноза, что необходимо учитывать на практике.

УДК 616.832-004.2-07

Мяловицька О. А., Хижняк Ю. В.
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця (м. Київ)

Характеристика когнітивного викликаного потенціалу Р300 у хворих на розсіяний склероз

Поширеність когнітивних розладів, їх висока соціальна значущість та обмежені можливості терапії зумовлюють актуальність проблеми ранньої їх діагностики у хворих на розсіяний склероз (РС). Однією з ефективних кількісних методик оцінки когнітивного статусу людини є метод Р300.

Мета — вивчення особливостей когнітивного статусу у хворих на РС за допомогою Монреальської шкали оцінки когнітивних функцій (MoCA) та когнітивного викликаного потенціалу (КВП) Р300.

Основну групу склали 38 хворих на РС, які були поділені на 2 підгрупи: до 1 підгрупи увійшли 20 обстежуваних, в яких когнітивний дефіцит визначався як за змінами амплітудно-часових показників (ВКП Р300), так і за допомогою шкали MoCA; 2 підгрупу склали 18 пацієнтів, у яких латентність піку Р300 була в межах вікової норми, але значення за шкалою MoCA відповідало когнітивному зниженню. До контрольної групи увійшли 15 обстежуваних з РС, у яких не було виявлено когнітивних чи емоційних розладів.

ВКП Р300 показали відмінності між групами вже на етапі сприйняття стимулу: так, виявлена статистично значуща різниця латентності піку N2 у 1 ($337,2 \pm 13,8$) і 2 підгрупах ($279 \pm 8,78$, $p = 0,003$), та у 1 підгрупі та групі контролю ($237,3 \pm 10,76$, $p < 0,001$). Не отримано статистично значущої різниці у результатах 2 підгрупи і контролю ($p = 0,058$). Порівняльний аналіз латентності піку Р300 показав статистично достовірні вищі середні показники у пацієнтів 1 підгрупи ($380,6 \pm 11,84$), порівняно з контролем ($351,7 \pm 3,49$, $p = 0,047$). Під час проведення аналізу показників середнього часу реакції на значимий слуховий стимул ми отримали статистично достовірні результати при порівнянні 1 підгрупи з контролем ($363,7 \pm 13,6$ мс і $260,59 \pm 2,3$ мс, $p < 0,001$ відповідно), а також при порівнянні показників у підгрупах ($363,7 \pm 13,6$ мс і $272,4 \pm 25,3$ мс, $p = 0,023$ відповідно). Достовірно не відрізнялися показники між обстежуваними 2 підгрупи і контролю ($272,4 \pm 25,3$ мс і $260,59 \pm 2,3$ мс, $p = 0,288$).

Кількість правильних реакцій на стимул в обстежуваних 1 підгрупи була достовірно нижчою порівняно з контрольною групою ($58,23 \pm 8,22$ % і $85,59 \pm 2,3$ %, $p = 0,011$). У пацієнтів 2 підгрупи спостерігалось більше помилок ($74,97 \pm 6,3$) порівняно з групою контролю, але результати не досягли статистичної достовірності ($p = 0,149$). Не було

також отримано значущої різниці між показниками у підгрупах пацієнтів ($p = 0,133$).

Когнітивні розлади часто спостерігаються у пацієнтів з РС. Зміни Р300 є об'єктивною ознакою когнітивного зниження. Цей метод кількісної оцінки когнітивних функцій можна використовувати для раннього виявлення порушень пізнавальної сфери у хворих на розсіяний склероз.

УДК 616.8:616.711.1-07-037:616-071.2:612.014.5

Назарчук І. А.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Соматотип конституції людини як предиктор м'язово-тонічних порушень при вертеброневрологічних синдромах шийної локалізації

Конституціональний підхід у медицині має актуальність, поширює її і на вертеброневрологію та здатний внести новизну у її сучасний розвиток. Проведена робота стосувалася вивчення ролі соматичних конституціональних властивостей у формуванні, клінічному перебігу шийних вертеброневрологічних синдромів (ШВНС) для їх практичного, насамперед прогностичного застосування, що і складало мету дослідження. Враховуючи провідне синдромоутворююче значення м'язово-тонічних порушень (МТП) у вертеброневрології, доцільним було сконцентруватись саме навколо них.

Обстежено 68 хворих віком 18—44 роки із ШВНС рефлекторного походження: цервікальними, цервікокраніальними, цервікобрахіальними.

Соматотип визначався за методом Б. Х. Хіт — Д. Л. Картер на підставі відповідних антропометричних показників. Регіонарні МТП, що виявляли при клінічному вертеброневрологічному обстеженні, оцінювали з використанням методики, описаної Кузнецовим В. Ф., підраховували у балах за інтенсивністю і поширеністю і підсумовували у загальному показнику МТП. Статистичне оброблення результатів проводили стандартним пакетом програм SPSS 20.

У обстежених було виявлені 6 варіантів соматотипу, які відрізнялися за компонентним складом тіла. М'язово-тонічні порушення виявлені в усіх обстежених. Вони були максимально виразні у осіб із 2 і 3 соматотипами і найнижчою м'язовою масою (загальний показник МТП 58 та 52 бали відповідно) і меншими — у осіб 4—6 соматотипів із високою м'язовою та кістковою масою (загальний показник МТП 42, 37 та 30 балів відповідно). Особливості соматотипу відбивалися і на якості МТП. У 1—4 соматотипів значно переважав гіпертонус, який спостерігався у 100 %, 96 %, 89 %, 96 % хворих відповідно. У осіб 5 і 6 соматотипів спостерігалася і м'язова гіпотонія, як у поєднанні із гіпертонусом, так і окремо, і співвідношення гіпертонус/гіпотонус в середньому у групах становило 50 % до 50 % та 60 % до 40 % відповідно. Вплив соматотипу на МТП підтверджувався достовірними кореляційними зв'язками (r від $-0,3$ та більше), які означали: зростання значення соматотипу від 2 до 6 зменшує виразність МТП. Відмінності будови тіла проявлялися і у клінічному перебігу ШВНС, з боку різної симптоматики, зокрема і болю, найчастішого і найвиразнішого у хворих 2 і 3 соматотипів, і протилежних ознак у хворих 5 і 6 соматотипів.

Отже, соматотип конституції людини впливає на формування і клінічний перебіг ШВНС та може бути розглянутий для застосування як предиктор МТП. В роботі було виявлено, що регіонарні МТП у осіб 5 і 6 соматотипів можуть бути представлені поєднанням гіпертонусу м'язів із їх гіпотонією

або тільки гіпотонією, що відрізняє таких хворих від інших. Практичне застосування соматотипу може бути поширене як критерій вибору коригувальних заходів щодо МТП, насамперед медикаментозних і немедикаментозних засобів, прийомів і пристроїв біомеханічної корекції із міорелаксуючою та міотонізуючою дією. Отримані результати є підґрунтям і вказують на перспективність розвитку конституціонального напрямку у вертеброневрології.

УДК 616.89-008.19-02:[616.831-005-06:616.831.9-008.811.1

Насалик Р. Б., Шкробот С. І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України» (м. Тернопіль)

Деякі особливості кровопостачання головного мозку у пацієнтів з гідроцефалією при хронічній ішемії мозку

Хронічна ішемія мозку (ХІМ) зумовлена повільно прогресуючою дифузною недостатністю кровопостачання мозкової тканини, що веде до прогресуючого погіршення функціонування головного мозку (Мищенко Т. С., 2016). Існує ціла низка досліджень, в яких вивчалися гемодинамічні порушення у хворих на ХІМ (Дзяк Л., Голик В., 2008; Мищенко Т. С., Шестопалова Л. Ф., 2006). Проте, особливості кровопостачання головного мозку у хворих з гідроцефалією (ГЦ) при ХІМ є маловивченими (Дац Ю. В., 2003).

Мета — виявити особливості стану інтракраніального відділу брахіоцефальних судин та виявити їх зв'язок з морфометричними показниками головного мозку у пацієнтів з гідроцефалією при ХІМ.

Нами було обстежено 100 хворих з ХІМ (чоловіків — 61 (61 %), жінок — 39 (39 %)). Середній вік хворих склав $65,4 \pm 9,4$ роки. Фоновим захворюванням у 88 (88 %) пацієнтів була гіпертонічна хвороба, симптоматична артеріальна гіпертензія — у 12 (12 %), церебральний атеросклероз у 67 (67 %). ХІМ 1 ступеня була встановлена у 21 (21 %), ХІМ 2 ступеня — у 66 (66 %), ХІМ 3 ступеня — у 13 (13 %) хворих. Гідроцефалію при ХІМ діагностували відповідно до критеріїв, розроблених Верещагінін Н. В. Легкий ступінь ГЦ спостерігався у 22 (26,2 %), помірний — у 44 (52,4 %), важкий — у 18 (21,4 %) пацієнтів.

Усі хворі були поділені на 2 групи. До 1 групи увійшли 84 хворих з ХІМ, що супроводжувалася ГЦ. Серед них було 53 чоловіки (63,1 %) та 31 — жінки (36,9 %), віком від 51 до 76 років, середній вік яких склав $61,04 \pm 8,72$ роки.

2 групу (групу порівняння) склали 16 пацієнтів без проявів ГЦ, серед них було 11 жінок (68,75 %) та 5 чоловіків (31,25 %), віком від 47 до 76 років, середній вік — $62,56 \pm 9,49$ роки.

Стан церебральної гемодинаміки оцінювали за допомогою дуплексного сканування екстра- та інтракраніальних артерій (Logiteq 700). Під час дослідження передньої (ПМА), середньої (СМА) та задньої (ЗМА) мозкових артерій визначали пікову систолічну (ПСШК), кінцеву діастолічну (КДШК) швидкості кровоплину та індекс резистентності (ІР).

Морфометрію мозку виконували за даними КТ (апарат AsteionSuper 4, Toshiba, Японія) та МРТ (Siemens Magnetom Avanto 1,5T) і включала визначення біфронтального індексу, бікаудатного індексу, індексу центральної частини бокового шлуночка, індексу лобового рога; шлуночкового індексу; індексу фронтальних рогів, числа Хакмана.

Статистичний аналіз проводили на персональному комп'ютері з використанням програми Statistica v.6.1.

ПСШК у пацієнтів групи 1 була достовірно нижчою, ніж у осіб групи 2 і склала $(52,4 \pm 11,2)$ проти $(64,7 \pm 11,2)$ ($p < 0,05$) по ПМА, по СМА — $(73,6 \pm 4,8)$ проти $(79,3 \pm 4,8)$

($p < 0,05$), по ЗМА — $(45,3 \pm 8)$ проти $(54,4 \pm 8)$ ($p < 0,05$), відповідно. Також були встановлені такі кореляційні зв'язки ($p < 0,05$) у групі 1: ПСШК по ПМА/БФІ ($r = -0,76$), ПСШК по ПМА/ІЛР ($r = -0,68$), ПСШК по ПМА/ІФР ($r = -0,72$); ПСШК по СМА/БФІ ($r = -0,56$), ПСШК по СМА/БКІ ($r = -0,67$), ПСШК по СМА/ШІ ($r = -0,52$), ПСШК по ЗМА/ШІ ($r = -0,55$).

Було виявлено достовірно нижчий ІР по СМА у групі 1, ніж у групі 2 ($0,47 \pm 0,18$ проти $0,54 \pm 0,18$, $p < 0,05$, відповідно), а також зафіксовані такі кореляційні зв'язки ($p < 0,05$) у групі 1: ІР по СМА/БКІ ($r = -0,66$), ІР по СМА/ІЦЧБШ ($r = -0,56$), ІР по СМА/ШІ ($r = -0,55$).

Достовірної різниці показників КДШК та ІР по ПМА та ЗМА між групами не було виявлено, проте були виявлені такі кореляційні зв'язки ($p < 0,05$) у пацієнтів групи 1: ІР по ПМА/ІЛР ($r = -0,62$), ІР по ПМА/ІФР ($r = -0,60$), ІР по ПМА/БФІ ($r = -0,52$), ІР по ПМА/БКІ ($r = -0,54$); ІР по ЗМА/ШІ ($r = -0,44$).

У пацієнтів з ХІМ, що супроводжується ГЦ, встановлено достовірне зниження ПСШК по ПМА, СМА, ЗМА та ІР по СМА.

Існує взаємозв'язок між появою ГЦ та погіршенням показників церебральної гемодинаміки у пацієнтів з ХІМ.

УДК 616.832-004.2-07-037-036.65

Негреба Т. В., Куржнер В. М.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии ИАМН Украины» (г. Харьков, Украина)

Университет г. Хайфа, кафедра генетики (г. Хайфа, Израиль)

Дифференциально-диагностические критерии характера прогноза при рецидивирующем течении рассеянного склероза

Данные многочисленных исследований свидетельствуют о том, что рецидивирующее течение (РТ) у 10—15 % больных рассеянным склерозом (РС) протекает доброкачественно и не приводит в дальнейшем к трансформации во вторично-прогредиентное течение (ВПТ). Однако, несмотря на благоприятный характер прогноза в целом, при РТ также существуют многообразные варианты течения, отличающиеся своим клиническим звучанием и прогностической значимостью. В частности, целый ряд клинических маркеров, свидетельствующих о риске трансформации в ВПТ, позволяют расценивать текущий прогноз при РТ как неопределенный. Таким образом, прогноз, как результат предшествующего течения заболевания, зависит от клинической интерпретации всей картины болезни в целом, включая ретроспективный анализ этапов заболевания во временном аспекте.

С помощью методов математического анализа (коэффициента корреляции Юла, метода дискриминантного анализа, определяющего «вес» каждого показателя и пермутационного теста) изучались «весовые категории» и величина связей между клиническими показателями дебюта, рецидивирующего этапа заболевания и характером прогноза. Маркерами ожидаемого прогноза служили клинические показатели с сильными связями и высокими «весом». По данным клинко-математического анализа на этапе дебюта благоприятный прогноз с высокой вероятностью встречался при легком моносиндромном коротком дебюте; поражении черепно-мозговых нервов, острым односторонним ретробульбарном неврите, чувствительных нарушениях в структуре дебюта; полной клинической ремиссии средней продолжительности при выходе из дебюта. Для альтернативного, т. е. неопределенного прогноза, были характерны дебюты средней степени тяжести и продолжительности в виде олигосиндромной или полисиндромной симптома-

тики, розвиваючоїся молниеносними или постепенними темпами, а также неполной и, как правило, короткой клинической ремиссии после дебюта. При угрозе трансформации РТ в ВГТ ключевая роль принадлежит рецидивирующему этапу (РЭ). Для запуска и реализации этой трансформации необходима сложная избирательная структурная реорганизация таких показателей, как тяжесть и длительность рецидивов, темпы их формирования, скорость накопления остаточного неврологического дефицита в периоды ремиссий между рецидивами. Клиническими маркерами для запуска этого процесса, при котором прогноз расценивается как неопределенный, служит появление и неуклонное нарастание частоты тяжелых рецидивов с длительным течением, преобладание неполных и коротких клинических ремиссий между рецидивами, медленное и постепенное накопление неврологического дефицита с частичной утратой трудоспособности и недостаточной эффективностью патогенетической терапии. При отсутствии угрозы трансформации прогноз оценивается как благоприятный и характеризуется легкими рецидивами, быстрыми темпами формирования клинической симптоматики в рецидивах, длительными ремиссиями или чередованием ремиссий разной продолжительности между рецидивами с признаками минимального неврологического дефицита, многолетней сохранностью полной и/или частичной трудоспособности на фоне высокой эффективности патогенетической терапии.

Таким образом, избирательная диагностическая информативность клинических показателей, полученная с помощью клинико-математического анализа структурно-функциональной организации дебютов и РЭ, позволила усовершенствовать систему диагностических алгоритмов для разных вариантов прогноза при РТ РС.

УДК [616.134.9/93-005:616.711]-07

*Некрасова Н. О., Григорова І. А., Товажнянська О. Л.
Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Особливості спондилогенних порушень кровообігу в вертебробазиллярному басейні

Спондилогенний механізм формування вертебробазиллярної недостатності (ВБН) — найбільш актуальний у осіб молодого віку. Сильний анатомічний взаємозв'язок екстракраніальних відділів хребетних артерій (ХА) з верхньошийним відділом хребта, залежність кровообігу ХА від положення голови, функціональна єдність цих артерій з періартеріальним вегетативним сплетінням можуть слугувати передумовами для виникнення судинних порушень не тільки при дегенеративно-дистрофічних порушеннях шийного відділу хребта, але й при аномаліях і дисплазіях краніовертебральної ділянки.

Особливу зацікавленість становить вивчення особливостей спондилогенних порушень у хворих молодого віку залежно від стадії ВБН.

Метою роботи явилось вивчення особливостей спондилогенних порушень у пацієнтів молодого віку зі спондилогенною вертебрально-базиллярною судинною недостатністю (СВБН) залежно від стадії ВБН.

Нами було обстежено 240 пацієнтів молодого віку з проявами СВБН на тлі рефлекторних, судинних та нейродистрофічних синдромів шийного відділу хребта. Першу групу склали хворі з I (ангіодистонічною) стадією СВБН — 104 хворих, другу групу склали хворі з II (ангіодистонічно-ішемічною) стадією — 76 хворих, третю групу склали пацієнти з III (ішемічною) стадією СВБН — 60 хворих, пацієнти з IV стадією

(стадія залишкових явищ) у це дослідження включені не були. З метою максимального виключення впливу невертеброгенних факторів, таких як атеросклероз, гіпертонічна хвороба, вікові зміни серцево-судинної системи, для дослідження були відібрані хворі від 18 до 44 років (середній вік — $28,5 \pm 3,8$ роки). Пацієнтам проводили функціональну рентгенографію шийного відділу хребта зі згинанням і розгинанням, МРТ шийного відділу хребта, ультразвукове доплерографічне дослідження судин шії (УЗДГ) і магістральних артерій голови (МАГ) із застосуванням функціональних навантажень із ротацією голови, дуплексне сканування судин шії на апараті («Ехокардіограф-320», Москва, Росія). Контрольну групу склали 25 практично здорових осіб, порівняних за статтю та віком. Статистичне оброблення отриманих результатів проводили з застосуванням пакета програм Statistica 6.0.

Оцінка спондилогенних проявів виявила такі порушення, залежно від стадії ВБН. Зокрема, локальні дегенеративно-дистрофічні зміни реєструвалися достовірно частіше при ВБН-I та ВБН-II, порівняно з ВБН-III, а саме — у $33,0 \pm 4,6$ %, $27,6 \pm 5,1$ % та $20,0 \pm 5,2$ % відповідно. Водночас, системні дегенеративно-дистрофічні порушення достовірно частіше реєструвалися при ВБН-III, складаючи $80,0 \pm 5,2$ %, тоді як при ВБН-I — $67,0 \pm 4,6$ % та ВБН-II — $72,4 \pm 5,1$ %.

Представленість найбільш значимих вертебрологічних порушень загалом припадала на рівень $C_4—C_5$, $C_5—C_6$, серед яких відзначалися нестабільність, спондилолістез, унковертебральний артроз, протрузії або грижі міжхребцевого диску.

Проведений докладний аналіз вивчення краніовертебральних аномалій у хворих в обстежених групах виявив наявність таких нозологічних форм: аномалія Кіммерлі достовірно частіше була зареєстрована у хворих при ВБН-III, складаючи $18,3 \pm 5,0$ %, тоді як частота зустрічальності цієї патології у хворих з більш легкими стадіями ВБН складала $1,9 \pm 1,3$ % — при ВБН-I та $2,6 \pm 1,8$ % — при ВБН-II. Аномалія Арнольда — Кіарі в загальній групі спостерігалася лише у $3,8 \pm 1,2$ %, однак саме при ВБН-III ця краніовертебральна аномалія спостерігалася найчастіше — у $13,3 \pm 4,4$ % хворих.

Отже, на ґрунті вивчених результатів ми дійшли висновків, що із прогресуванням стадії ВБН спостерігається достовірно частіше ураження рівнів хребцево-рухового сегмента ($C_4—C_5$, $C_5—C_6$, та зустрічальність одночасного ураження краніовертебрального переходу та рівнів $C_4—C_5$, $C_5—C_6$ ХРС.

УДК 616.89-008.45:616.89-008.46:616.831-005

*Нікішкова І. М., Міщенко В. М., Кутіков Д. О.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

«Лобовий» характер когнітивних порушень при хворобі малих судин мозку

Хвороба малих судин (ХМС) мозку визнана однією з причин судинної деменції в осіб похилого віку. Морфоструктурні зміни при ХМС мозку призводять до порушення зв'язків лобової частки з іншими відділами кори та підкірковими структурами, що може зумовлювати «лобовий» характер когнітивного зниження.

У процесі нейропсихологічного дослідження стану когнітивних функцій у 308 пацієнтів (серед них 148 жінок) віком від 50 до 85 років (середній вік — $64,54 \pm 0,45$ роки) з різним тягарем ХМС мозку (від 0 до 4 балів) та без інсульту в анамнезі було досліджено ступінь когнітивних порушень (КР) за допомогою «Montreal Cognitive Assessment» (MoCA) та вираженість лобової дисфункції (ЛД) — за допомогою «Frontal Assessment Battery» (FAB).

Серед пацієнтів з ХМС мозку ознаки помірної ЛД (12—15 балів) було виявлено у 207 хворих (67,21 %), вираженої ЛД (менше 12 балів) — у 34 хворих (11,04 %), у останніх це свідчило про наявність лобової деменції. Хворі без ЛД та з різним ступенем її вираженості за віком вірогідно не відрізнялися один від одного. Серед хворих з 0-вим тягарем ХМС мозку ознаки помірної ЛД було виявлено у 41,12 % випадків ($p < 0,0001$), при 1-бальному тягарі — у 90,14 % ($p < 0,0001$). При 2—4 балах за тягарем хвороби поширеність помірної ЛД зменшується на тлі збільшення кількості випадків вираженої ЛД від 22,73 % ($p < 0,01$) до 40,00 % ($p < 0,01$), відповідно. Коефіцієнт кореляції між балом за FAB та загальним балом за ХМС мозку ($r = -0,59$) вказував на міцний зв'язок тягаря хвороби зі станом лобових функцій. За даними регресійного аналізу, тягар ХМС мозку у 1 бал збільшував ризик помірної ЛД (RR 1,49; 95 % CI 1,31—1,70); у 2—3 бали — ризик помірної ЛД (RR 1,26; 95 % CI 1,07—1,49) та вираженої ЛД (RR 2,89; 95 % CI 1,56—5,38); у 4 бали — ризик вираженої ЛД (RR 4,43; 95 % CI 2,31—8,49). Ознаки помірної ЛД найчастіше спостерігалися серед хворих з легкими КП за МоСА (93 %) ($p < 0,001$), а вираженої ЛД — серед хворих з помірними (74 %) ($p < 0,001$) та тяжкими КП (100 %) ($p < 0,001$). Коефіцієнт кореляції між балом за FAB та балом за МоСА склав $r = 0,874$. Згідно з результатами логістичної регресії у пацієнтів з ХМС мозку помірна ЛД збільшує відносний ризик легких КП (RR 6,47; 95 % CI 4,05—10,33), а виражена ЛД — ризик розвитку помірних КП (RR 23,17; 95 % CI 11,26—47,66) та є асоційованою з тяжкими КП.

При ХМС мозку когнітивні зміни не пов'язані зі старінням та мають «лобовий» характер, оскільки у 98,05 % випадків ($p < 0,0001$) когнітивних порушень у пацієнтів з ХМС мозку спостерігаються ознаки ЛД. У пацієнтів з ХМС мозку ступінь ЛД за балом FAB негативно корелює з балом за шкалою тягаря хвороби ($r = -0,59$) та позитивно корелює зі ступенем КП за балом МоСА ($r = 0,874$).

УДК : 617.559-009.76:616-08

Перова В. П., Демчук А. І.

*Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)*

Конституціональні предиктори формування хронічного поперекового больового синдрому

Хронічні поперекові больові синдроми (ХПБС) спостерігаються в 4—17 %, однак, цей тип болю посідає провідне місце за кількістю днів непрацездатності серед працюючого населення. На формування і прояв болю впливають безліч факторів, зокрема й конституціональні особливості людини. На сьогодні питання зв'язку особливостей соматотипу та показників маси тіла людини з розвитком і виразністю ХПБС залишаються практично не вивченими, як і можливості прогнозування перебігу синдрому залежно від конституціональних особливостей людини.

Мета — встановити конституціональні (соматотипологічні) параметри будови тіла у хворих із ХПБС та їхні зв'язки з клінічним паттерном та перебігом хвороби

Обстежено 230 хворих (136 жінок, 94 чоловіки) із рецидивом ХПБС. Середній вік хворих був $41,52 \pm 8,12$ роки, тривалість захворювання — від 1 до 12 років (у середньому — $3,55 \pm 1,76$ роки). Хворим проведено клініко-неврологічне обстеження, інтегральне оцінення больового синдрому проводили за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ), для оцінення соматотипу використовували математичну схему J. L. Carter і В. Н. Heath (1990). Статистичне оброблення даних виконували у статистичному пакеті SPSS 20 (© SPSS Inc.).

Дослідження антропометричних особливостей свідчить, що розподіл звичних соматотипів у хворих відрізняється від популяційного розподілу серед здорових людей. Зокрема, у жінок у віці 20—35 років відбувається накопичення мезоморфного типу будови тіла (52,2 % проти 31,1 % серед здорових), а для віку 36—55 років ця тенденція стає ще більш виразною (80,5 %). У чоловіків теж спостерігається накопичення мезоморфії, але не таке виразне і в часі більш пізні. Водночас численні відхилення морфометричних показників у хворих формують певну «діагностичну» тенденцію: відносно вкорочення нижніх кінцівок і менший розвиток у них компонентів соматотипу, порівняно з верхньою частиною тіла в обох статей, але виразніше — у жінок. Відносний випереджаючий розвиток м'язового апарату можна вважати предиктором його генералізованої дисфункції, що лежить в основі патогенетичних механізмів більшості випадків синдрому хронічного болю внизу спини. Встановлено статистично значущо меншу частку мезоморфів серед хворих із больовим синдромом середньої інтенсивності (40,7 %) і сильним больовим синдромом (35,8 %), ніж серед пацієнтів з легким больовим синдромом (59,1 %) ($p < 0,05$).

Побудовані дискримінантні моделі дозволяють з високою ймовірністю поділити здорових і хворих із ХПБС чоловіків (модель коректна у 98,9 %, статистика Уїлкса лямбда 0,134, $F = 163,9$, $p < 0,001$) або жінок (модель коректна у 99,5 %, статистика Уїлкса лямбда 0,220, $F = 72,87$, $p < 0,001$). До моделей у чоловіків найчастіше входять обхватні розміри тіла (57,1 %), а у жінок — обхватні розміри та діаметри тіла (по 33,3 %). Як у чоловіків, так і в жінок найбільший внесок у дискримінацію між здоровими та хворими з ХПБС роблять обхвати плеча в напруженому та спокійному станах.

Конституціональні параметри статури, зокрема соматотипологічні особливості хворих, є предиктором формування хронічного поперекового больового синдрому та поряд із іншими факторами впливають на інтенсивність больового синдрому у цієї категорії пацієнтів. Соматотипологічні ознаки ризику розвитку хронічного неспецифічного больового синдрому внизу спини треба враховувати для надання трудових рекомендацій та рекомендацій щодо корекції способу життя в пацієнтів з відповідним синдромом, особливо при формуванні хронічного невропатичного малюнку болю.

УДК 616.831-037:616.36-004

Песоцкая К. О., Песоцкая Е. В.

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины» (г. Харьков)*

Раннее прогнозирование развития печеночной энцефалопатии у больных с вторичным билиарным циррозом печени

Печеночная энцефалопатия (ПЭ) является грозным осложнением заболеваний гепатобилиарной системы. При этом развитие ПЭ в 50—70 % случаев наблюдается у пациентов, находящихся в этот момент на лечении в стационарах гастроэнтерологического и хирургического профиля. Изучение клинических признаков, предшествующих развитию ПЭ, является актуальным аспектом в прогнозировании возникновения этого осложнения у данной категории больных.

Нами были ретроспективно проанализированы 37 историй болезни пациентов с вторичным билиарным циррозом печени. При анализе жалоб были выявлены так называемые жалобы-предвестники энцефалопатии. Как правило, они появлялись за 3—5 суток до развития клинической симптоматики ПЭ. У 25 (67,6 %) больных указанные жалобы

возникали до розвитку ПЕ і сохранились далее, сочетаясь с классической клинической картиной. У 12 (32,4 %) больных указанные жалобы самопроизвольно исчезали за 1—2 суток до развития явлений ПЕ.

К таким жалобам следует отнести: боли в области сердца; не локализованные боли по всему животу; различные варианты парестезий (ощущение «ползания мурашек», «волны жара» вдоль позвоночника, покалывание в кончиках пальцев, онемение кистей и стоп); ощущение кома в горле; чувство нехватки воздуха, сопровождающееся чувством страха; эмоциональную лабильность; раздражительность; снижение концентрации внимания; замедленное мышление («вязкие, неповоротливые мысли»); сонливость в дневное время, повышенную кровоточивость, диспепсические явления.

Для решения данной задачи нами проведено изучение взаимосвязи между жалобами-предвестниками, а также данными лабораторных и инструментальных исследований и развитием печеночной энцефалопатии.

В качестве метода построения прогнозной модели был выбран метод дискриминантного анализа, поскольку этот метод показывает высокую эффективность при предсказании будущих событий по данным, представленным в любой шкале оценивания, но в предположении некоторого известного закона распределения. Нами были проанализированы данные 37 пациентов с ПЕ и 10 пациентов, диагноз ПЕ у которых не был подтвержден.

В ходе исследования был разработан опросник, в котором отображены 31 критерий, предположительно значимые для прогнозирования развития ПЕ у пациентов с гепатобилиарной патологией. Для каждого критерия были выбраны двух- или трехбалльная шкалы оценивания, эффективность которых в последующем была подтверждена методами статистического анализа. Часть пунктов опросника направлены на оценку состояния непосредственно самим пациентом и являются качественными признаками. Остальные пункты заполнялись медицинским персоналом по результатам лабораторных и инструментальных исследований.

В результате дискриминантного анализа были выявлены факторы, наиболее влияющие на развитие ПЕ у обследованных пациентов.

Предложенная система прогнозирования развития ПЕ, основанная на балльной оценке и состоящая из совокупности клинических признаков, а также данных лабораторных и инструментальных исследований, позволяет предположить развитие ПЕ с высокой долей вероятности. Сочетание критериев, дающее в сумме 21 балл и выше, указывает на высокую вероятность развития данной патологии и позволяет начать комплексную терапию в доклинической стадии, тем самым предотвращая развитие развернутой клинической симптоматики и осложнений.

УДК 616.831-005-092:001.8

*Пісоцька О. В., * Харіна К. В., * Крайз І. Г. ***

**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків);*

***Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті
№ 1 (м. Харків)*

Фактори ризику та клініко-патогенетичні механізми цереброваскулярних порушень у хворих після коронарної ангіографії

Коронарографія є «золотим стандартом» у діагностиці ішемічної хвороби серця (ІХС) та дозволяє вирішити питання щодо подальшої лікувальної тактики у цих пацієнтів.

Незважаючи на низьку частоту ускладнень, коронарографія є інвазивною маніпуляцією і її проведення пов'язане з певним ризиком.

Мета дослідження: вивчення факторів ризику та клініко-патогенетичних механізмів цереброваскулярних порушень у хворих на ІХС після коронарографії.

Нами обстежено 30 хворих (25 чоловіків і 5 жінок) на ІХС у віці від 54 до 76 років, що лікувались в кардіологічному відділенні Харківської клінічної лікарні на залізничному транспорті № 1 2016 року, а також проведено ретроспективний аналіз 120 історій хвороб ідентичних пацієнтів за період з 2011—2013 роки. Всім хворим була виконана ангіографія коронарних артерій.

Аналіз даних свідчить, що серед обстежених пацієнтів більш ніж у 4 рази переважають особи чоловічої статі, ці дані співвідносяться з результатами міжнародних досліджень. В усіх хворих на ІХС класичні прояви стенокардії спостерігались у 74,6 % випадках, у 77,3 % була виявлена артеріальна гіпертензія (АГ), хронічну серцеву недостатність (ХСН) діагностовано у більшості хворих (91,4 %). 36,0 % досліджених пацієнтів перенесли гострий інфаркт міокарду (ІМ), зокрема 2,2 % — два і більше.

У досліджених хворих на ІХС було виявлено зміни в неврологічному статусі. Серед суб'єктивних симптомів у пацієнтів переважали скарги на головний біль, запаморочення, стомлюваність, зниження пам'яті на поточні події. Об'єктивна неврологічна симптоматика проявлялась у вигляді пожвавлення сухожильних рефлексів — 16 (53,3 %), анізорефлексії — 11 (36,7 %), інтенції під час виконання координаторних проб — 9 (30,0 %), нестійкості в позі Ромберга — 13 (43,3 %). У пацієнтів, що перенесли раніше мозковий інсульт, вогнищева неврологічна симптоматика спостерігалась частіше і виражалась в негрубих рухових, вестибулярних розладах, окорухових порушеннях (ністагм, недоведення очних яблук) — у 5 (16,7 %). У хворих з вираженим стенозом коронарних артерій були відзначені помірні когнітивні розлади.

За останні 3 роки церебральні ускладнення внаслідок коронарографії у відділенні не спостерігались, що вказує на якісну підготовку хворих та аналіз преморбідного стану і чинників ризику цих пацієнтів.

За даними ретроспективного аналізу за період 2011—2013 рр. у 9 пацієнтів спостерігались нові неврологічні порушення або збільшення передуючого неврологічного дефіциту після проведення коронарної ангіографії: у 1 хворого був зареєстрований повторний ішемічний інсульт, у 2 пацієнтів — транзиторна ішемічна атака (ТІА), у 4 — погіршення когнітивних функцій, у 2 — психомоторне збудження.

Проведене дослідження дозволило визначити найбільш вагомі чинники ризику церебральних ускладнень після коронарографії: демографічні (похилий вік, чоловіча стать), кардіологічні (повторні і тяжкі інфаркти міокарду, серцева недостатність, аритмії), соматичні (цукровий діабет), неврологічні (мозковий інсульт, ТІА в анамнезі, стенози брахіоцефальних артерій, хронічна ішемія мозку). Ці фактори можуть сприяти таким патогенетичним механізмам церебральних ускладнень як гіперперфузія мозку, гіпоксія, численна мікроемболізація та ін. Базове неврологічне обстеження хворих на ІХС може мати суттєве значення для прогнозування можливих ускладнень після кардіохірургічних втручань.

УДК 616.8-07

Посохов М. Ф.ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)**Типові й атипові прозопалгії**

Лицьовий біль (ЛБ, прозопалгії) належить до найпоширеніших форм больового синдрому, характеризується високим ступенем виразності клінічних проявів, тривалим рецидивуванням, толерантністю до лікування консервативними та хірургічними методами. Прозопалгії за своїми клінічними проявами досить різноманітні. За класифікаціями багатьох авторів розрізняють типові та атипові прозопалгії, однак чіткої термінології, що стосується лицьового болю, у літературі немає.

Мета роботи: уточнити визначення «типові» й «атипові прозопалгії».

Відповідно до МКХ-10 і Міжнародної класифікації головного болю, виокремлено безліч нозологічних форм захворювань, що супроводжуються лицьовим болем.

Аналіз історій хвороб 1203 хворих з фармакорезистентним лицьовим болем дозволили всіх хворих поділити на дві великі групи: 1) з типовою й 2) атиповою клінічною картиною захворювання.

Для типових прозопалгій характерна клінічна картина з наявністю короткотривалих (від 1—2 до 3 хв.) приступоподібного, такого, що миттєво виникає та миттєво зникає болю у зоні іннервації відповідного нерва. Зазвичай, для типового лицьового болю характерна наявність «куркових» (тригерних) зон, подразнення яких спричиняє приступи болю, частіше однотипні, але кількість больових пароксизмів може коливатися від поодиноких нападів на добу, тиждень і навіть місяць до безперервних нападів, які йдуть один за одним, що визначається поняттям «невралгічний статус» (*Status neuralgicus*). До типових прозопалгій ми віднесли невралгії чутливих краніальних нервів: трійчастого, язикоглоткового та поворотного гортанного. Комплексне клініко-інструментальне обстеження цих хворих і вивчення даних літератури свідчать про те, що розвиток їх пов'язаний з локальною демієлінізацією чутливих корінців краніальних нервів.

До атипових прозопалгій віднесені всі інші. Розвиток їх пов'язаний з дифузним ураженням соматичних нервових утворень, а також симпатичних та парасимпатичних утворень лица і голови. Клінічно атипові прозопалгії характеризуються наявністю постійного болю, який частіш за все не має чіткої локалізації. В багатьох випадках спостерігається приступоподібне посилення цього болю. Зазвичай, «куркові» зони при атиповому ЛБ відсутні. До найпоширеніших атипових прозопалгій ми відносимо ЛБ при переважному ураженні: 1) *чутливих краніальних нервів* — нейропатію трійчастого нерва (зокрема постгерпетичну), гангліоніт трійчастого вузла, деаферентаційну тригемінальну прозопалгію, нейропатію язикоглоткового нерву; 2) *симпатичної нервової системи лица* — судинно-вегетативні прозопалгії: пучкова (кластерна) цефалгія, хронічна пароксизмальна гемікранія, гангліоніт (гангліопатія) верхнього шийного симпатичного вузла, каротидінія, синдром поверхневої скроневої артерії, скроневої артерії; 3) *парасимпатичних краніальних вузлів* — гангліоніт (гангліопатія) крилопіднебінного вузла, гангліоніт (гангліопатія) вушного вузла, гангліопатія циліарного вузла, гангліоніт колінчастого вузла, гангліопатія підщелепного та під'язикового вузлів; 4) *центральных болевровідних шляхів* (чутливих ядер та ретикулярної формації стовбура мозку) — таламічний больовий синдром, психогенні прозопалгії.

Поділ хворих із прозопалгіями з типовою й атиповою клінічною картиною має, на нашу думку, принципове значення для побудови диференційованої діагностичної й лікувальної тактики.

УДК 616-021:616-022:616.8-006:616.8-003.99

Посохов Н. Ф., Байда Р. Н.,**Посохов П. Н., Дагер Н. И., Лемонджавва З. М.**ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (г. Харків)**Етиология фармакорезистентных атипичных прозопалгий у больных с преимущественным поражением краниальных чувствительных нервов**

Атипичные прозопалгии (АП) могут развиваться вследствие поражения различных отделов ноцицептивной (НЦС) и антиноцицептивной (АНЦС) систем лица: тройничного, языкоглоточного нервов и их узлов, шейных симпатических узлов и периартериальных нервных сплетений общей, наружной и внутренней сонных артерий и их ветвей, парасимпатических узлов головы, находящихся в тесных анатомо-функциональных взаимоотношениях.

Болевые синдромы лица могут развиваться в результате воздействия различных этиологических факторов.

Цель работы: уточнить современные представления об этиологии фармакорезистентных атипичных форм нейрогенных болевых синдромов лица у больных с преимущественным поражением краниальных чувствительных нервов.

В течение последних 3 лет под наблюдением находилось 189 больных с фармакорезистентными атипичными лицевыми болями, в том числе 98 (51,9 %) больных с *преимущественным поражением чувствительных краниальных нервов*. На основании комплексного клинического исследования атипичные тригеминальные невралгии диагностированы у 6 (6,1 %), нейропатии тройничного нерва у 71 (72,4 %), языкоглоточного 2 (2,1 %) и затылочных 14 (14,3 %) нервов, денервационный тригеминальный болевой синдром — у 5 (5,1 %). Среди анализируемых историй болезни пациентов мужчин было 26 (26,5 %), женщин — 72 (73,5 %) в возрасте от 18 до 85 лет (средний — 53,5 года). Длительность заболевания до обращения в нейрохирургическую клинику института составила от 2 месяцев до 28 лет (в среднем 3,8 года).

Лицевая боль (ЛБ) у 35 (35,7 %) из 98 пациентов развилась в результате воспалительных процессов, в том числе: нейроинфекций — 14 (14,3 %), церебрального арахноидита — 10 (10,2 %), хронических воспалительных заболеваний придаточных пазух носа — 7 (7,1 %), остеомиелита челюстей — 2 (2,0 %), отита и кариеса зубов — 2 (2,0 %).

Травматическое повреждение чувствительных нервов лица было у 27 (27,6 %), в том числе: ятрогенные повреждения отмечены у 21 (21,4 %), закрытая черепно-лицевая травма — 3 (3,1 %), постлучевые — 2 (2,0 %), акустическая травма — 1 (1,0 %).

Нейропатии опухолевого генеза отмечены у 12 (12,2 %) больных, в том числе: опухоли мостомозжечкового угла — 4 (4,1 %), опухоли верхней и нижней челюстей — 3 (3,1 %), последствия лучевой терапии по поводу рака кожи лица и нижней губы — 3 (3,1 %), опухоли основания средней черепной ямки — 1 (1,0 %), опухоль гипофиза с ростом в кавернозный синус — 1 (1,0 %).

Дегенеративные процессы явились причиной атипичных соматогенных прозопалгий — у 9 (9,2 %) пациентов, в том числе: шейный остеохондроз — 8 (8,2 %), миастения — 0 1 (1,0 %).

Сосудистый фактор был причиной 7 (7,1 %) атипичных краниалгий: сосудисто-нервный конфликт — у 6 (6,1 %), ишемическое поражение ствола головного мозга — 1 (1,0 %), тромбоз кавернозного синуса — 1 (1,0 %).

Этиологический фактор не удалось достоверно установить у 11 (11,2 %) больных.

Таким образом, установлено, что фармакорезистентные атипичные лицевые боли наиболее часто развиваются в результате воспалительных, травматических, опухолевых, дегенеративных и сосудистых факторов.

УДК 159.98:617.51

Привалова Н. М.

*ДУ «Институт неврологии, психиатрии та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Нейропсихологічні критерії діагностики і прогнозу при закритій вибуховій черепно-мозковій травмі

Проблема механізмів формування порушень психічної діяльності у комбатантів є одною з актуальних у зв'язку з великою кількістю вибухових закритих черепно-мозкових травм (ВЗЧМТ) різного ступеня важкості, які часто не супроводжуються виразними клінічними симптомами навіть у гострому періоді захворювання, що заважає встановленню точного діагнозу, контролю за динамікою відбудови мозкових функцій, визначенню «групи ризику» серед хворих. Порушення вищих психічних функцій після ЗЧМТ мають складний та неоднорідний характер залежно від ступеня виразності загальноомозкової симптоматики, втягнення коркових та підкоркових, право- і лівопівкульних структур на кожному етапі розвитку травматичної хвороби мозку (Н. В. Гребенникова, 1985; О. А. Кроткова, 1982; А. Р. Лурія, 1982; Привалова Н. М., 1995 та ін.). Виходячи з цього, метою дослідження було вивчення порушень когнітивних та емоційних процесів у комбатантів у гострому періоді після ВЗЧМТ та визначення нейропсихологічних маркерів ступеня важкості травматичного ураження, які можуть виступати також як прогностичні критерії можливих ускладнень на наступних етапах захворювання.

Було обстежено 20 хворих у гострому періоді після ВЗЧМТ. Для нейропсихологічного обстеження використовували набір стандартних та сенсibilізованих нейропсихологічних проб (О. Р. Лурія, 1969; Н. М. Привалова, Є. Д. Хомська, 1995), для уточнення характеру та ступеня важкості емоційних розладів були використані опитувальники SCL-90-R та Бека. Загальні характеристики нейропсихологічних синдромів у хворих в гострому періоді ВЗЧМТ включали динамічні порушення психічної діяльності у вигляді уповільнення праці різного ступеня виразності, нерівномірної продуктивності, виснажливості, порушень уваги під час виконання рухових, когнітивних та мовних програм, мнестичні розлади по типу зниження міцності слідів пам'яті і порушення вибіркового процесу відтворення, а також порушення емоційного стану і реагування, причому ступінь виразності і динаміка всіх цих розладів корелювала з особливостями клінічного симптомокомплексу. У хворих з менш виразним та менш стійким ураженням стовбурових структур мозку всі порушення є помірними, можуть бути скомпенсовані внаслідок активації процесів довільної регуляції психічної діяльності. У хворих з більш значним та стійким ураженням гіпоталамо-мезенцефальних відділів, крім більш грубих динамічних порушень вищих психічних функцій, визначаються також достатньо виразні та стійкі розлади довільної регуляції психічної діяльності, які свідчать про втягнення в патологічний процес вищих медіобазальних відділів неспецифічної системи,

що обмежує можливості компенсації динамічних розладів, тому що порушуються активні гальмівні процеси та процеси вибіркової активації. Крім того, виразні емоційні розлади, що можуть спостерігатися у деяких хворих цієї категорії: підвищення афективного тону зі зниженням когнітивної самооцінки поточного стану, значними тривожно-депресивними проявами (зокрема пароксизмального характеру), підвищеною дратівливістю, — можуть свідчити про іритацію «негативної» емоційної підсистеми мозку, що пов'язана зі структурами правої півкулі.

Виходячи з аналізу структури і динаміки синдромів порушень вищих психічних функцій (ВПФ) після ВЗЧМТ, нейропсихологічними критеріями як ступеня важкості, так і компенсації розладів, що виникають, можуть бути ступінь виразності порушень довільного контролю ВПФ; ступінь виразності порушень вибіркової семантичних зв'язків; ступінь виразності загальноомозкової нейропсихологічної симптоматики; наявність тривожно-депресивних розладів пароксизмального характеру; динаміка всіх перелічених показників.

УДК 159.98:616.833

Привалова Н. М., Федосєєв С. В.

*ДУ «Институт неврологии, психиатрии та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Деякі психологічні особливості хворих з дорсалгіями та цервікальними больовими синдромами при неврологічній патології вертебрального та невертебрального генезу

Сучасна концепція болу подає її як нейрофізіологічний механізм сприйняття, проведення та аналізу больових сигналів нейрональними структурами ноцицептивної системи, які входять до складу сомато-сенсорного аналізатора. Водночас ця концепція не бере до уваги психологічні чинники, які можуть відігравати вирішальну роль у сприйнятті симптомів, що виникають, та хронізації больових синдромів при різних формах неврологічної патології. Виходячи з цього, метою нашої роботи було вивчення порушень вищих психічних функцій та найважливіших характеристик особистості хворих з нейродегенеративними, запальними і вертеброгенними змінами нервової системи та виявлення психологічних чинників, які можуть впливати на формування та хронізацію больових синдромів. Об'єктом дослідження були 20 хворих на розсіяний склероз (РС), 15 хворих з запальними змінами нервової системи, а також 15 хворих з вертеброгенною патологією, віком від 29 до 41 року. Для вирішення завдань дослідження були використані стандартні та сенсibilізовані нейропсихологічні проби, які дозволяють аналізувати когнітивні та афективні складові психіки у зв'язку з морфофункціональними змінами нервової системи, а також опитувальники SCL-90-R та Бека. В усіх хворих були досліджені найважливіші особистісні характеристики: ієрархія життєвих настанов та характер фруструємих мотивів (за допомогою тесту Люшера та модифікованої методики Рокіча), значимі параметри Я-концепції та самооцінки (за допомогою методів Т. Лірі та О. Т. Соколової), а також особливості реагування у конфліктних та стресових ситуаціях (за допомогою тесту Розенцвейга).

Проведене дослідження дозволило визначити загальні характеристики та відмінності нейропсихологічних синдромів у хворих на розсіяний склероз, з запальними процесами нервової системи та з вертеброгенною патологією з больовим синдромом. До загальних характеристик належать астеничні прояви різного ступеня (уповільненість роботи, нерівномірна продуктивність, нестійкість контролю

за діяльністю), мнестичні розлади різного ступеня (переважно зниження міцності слідів та їхня підвищена гальмувальність). Особливості синдрому пов'язані з наявністю порушень програмування психічної діяльності, поведінкових порушень (підвищена дратівливість, недостатня критичність), порушень симультанного фактора організації психічної діяльності, порушень вибіркової семантичних зв'язків різного ступеня, наявності або відсутності тривожно-депресивних проявів. Загалом структура нейропсихологічного синдрому у хворих з розсіяним склерозом та запальними процесами свідчить про наявність порушень функціонування неспецифічної системи мозку на всіх рівнях організації, її зв'язків з різними відділами кори (з можливими вторинними порушеннями коркових функцій), тоді як у хворих з вертеброгенною патологією переважно визначається недостатність функціонування дієнцефально-стовбурових відділів неспецифічної системи, що дозволяє припустити наявність різних мозкових механізмів, які можуть сприяти хронізації больових синдромів у хворих досліджених груп. Характеристики Я-концепції та системи самооцінки хворих, захисні механізми особистості, поведінкові стратегії не пов'язані з характером хвороби, мають індивідуальний характер залежно від загальної життєвої ситуації пацієнта. Водночас, якщо механізм самооцінки не працює як регулятор поведінки, а виконує переважно захисну функцію, особисті проблеми не усвідомлюються і не аналізуються, найважливіші життєві цінності визнаються важко досяжними, відбуваються значні мотиваційні конфлікти, то кожний з цих чинників може бути перешкодою для психосоціальної адаптації та сприяти формуванню дезадаптивної больової поведінки.

УДК 616.831-005.1-005.4-082(477-25)

Прокопів М. М., Рогоза С. В.
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця (м. Київ)

Стан надання медичної допомоги хворим на мозковий інсульт у м. Києві (за результатами прагматичного спостереження)

Актуальність мозкового інсульту зумовлена високою розповсюдженістю, складністю лікування і тяжкими наслідками захворювання. Для вивчення стану надання медичної допомоги хворим на мозковий інсульт у м. Києві з 1 червня по 31 грудня 2016 року організовано проведення проспективного (прагматичного) спостереження.

Мета — поліпшення якості надання медичної допомоги пацієнтам на мозковий інсульт.

Проведено обстеження 1575 хворих на гострий мозковий інсульт (з них 42,5 % — чоловіки) віком від 26 до 100 років (середній вік — $70,5 \pm 10,7$ роки), які були госпіталізовані з 1 червня по 31 грудня 2016 року до неврологічних відділень м. Києва. Використовували спеціально розроблену реєстраційну форму, у яку вносили дані демографічних показників, судинних факторів ризику, особливості госпіталізації пацієнтів, обсяг обстежень та лікувальних заходів. Клінічне обстеження включало оцінку стану свідомості за шкалою коми Глазго, оцінку тяжкості неврологічного дефіциту за шкалою NIHSS у день госпіталізації та на час виписки із стаціонару. Функціональний вихід оцінювали за модифікованою шкалою Ренкіна та індексом Бартел у день виписки.

Встановлено, що у 71,5 % обстежених пацієнтів інсульт стався вперше в житті. Переважали пацієнти віком 60 років і старші (84,1 %). Найбільш вагомим фактором судинного ризику була артеріальна гіпертензія, яку спостерігали у 95 % пацієнтів. Проте антигіпертензивні препарати отримували

лише 38,7 % хворих. Серед інших факторів ризику інсульту спостерігали порушення ліпідного обміну — у 30,5 % хворих, фібриляцію передсердь — у 28,6 % хворих, цукровий діабет — у 24,1 % хворих, паління — у 13 % хворих, інфаркт міокарду в анамнезі перенесли 9 % пацієнтів, хронічний або гострий стрес напередодні інсульту перенесли 9 % хворих. Ішемічний характер інсульту діагностовано у 86 % хворих, геморагічний — у 8,2 % хворих, змішаний характер інсульту або геморагічну трансформацію ділянки інфаркту мозку — у 2,1 % хворих, не уточнений характер інсульту — у 3,7 % хворих. У перші 3 години за медичною допомогою звернулись 39,3 % пацієнтів, госпіталізовані в межах терапевтичного вікна — 32,7 % пацієнтів. У 85 % випадків пацієнти були доставлені у стаціонар бригадами швидкої медичної допомоги, 11,2 % хворих звернулись до медичних закладів самостійно. Серед причин пізньої госпіталізації пацієнтів переважали пізнє звернення за медичною допомогою — у 50 % випадків, недооцінка симптомів медичним працівником — у 2,1 % випадків, неможливість хворого звернутись за медичною допомогою внаслідок тяжкості стану — у 2 % випадків, відмова хворих від госпіталізації — у 1,8 % випадків. Нейровізуалізацію проведено загалом 79,2 % хворих, зокрема КТ головного мозку — у 21,5 % пацієнтів. Водночас у 34,4 % хворих нейровізуалізацію проведено лише на другу добу після госпіталізації і пізніше.

З метою поліпшення якості надання медичної допомоги хворим на мозковий інсульт більшу увагу треба приділяти профілактичним заходам, що мають бути спрямовані на лікування первинного ураження серцево-судинної системи та просвітницьку роботу серед населення.

Усім хворим необхідне проведення нейровізуалізації на момент госпіталізації до стаціонару.

В Україні є нагальна проблема зі створення сучасної інсультної служби (реєстр хворих).

УДК 616.831-005.1: 616.895.4-009-08

Реміняк І. В.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Корекція депресивних порушень у хворих з больовими синдромами після перенесеного ішемічного інсульту

Емоційні розлади, які виникають при цереброваскулярних захворюваннях і в результаті перенесеного інсульту поряд з руховими, мовними, больовими порушеннями, спричиняють суттєву дезадаптацію пацієнтів. Депресія часто супроводжується інсультном і досягає, за даними різних авторів, від 11 до 68 %. Вони знижують якість життя, ефективність лікувальних, профілактичних та реабілітаційних заходів. Антидепресант, який використовують у хворих з післяінсультної депресією (ПІД), повинен поряд з антидепресивним ефектом, мати стимулюючий ефект, оскільки у цих хворих часто депресія сполучається з астеною, а також мати мінімальну побічну дію, оскільки більшість таких хворих страждають на різні соматичні захворювання.

Метою нашого дослідження стало вивчення ефективності препарату золофт (сертралін) у хворих з післяінсультним болем та депресивними порушеннями в післяінсультному періоді.

Для виконання цієї мети під нашим спостереженням перебували 28 хворих (9 чоловіків, 19 жінок) віком від 53 до 75 років, які перенесли півкульний ішемічний інсульт. Давність захворювання складала від 5 місяців до 3 років. У 10 хворих вогнище ураження було в лівій півкулі головного мозку, у 18 хворих — в правій півкулі. Основною причиною

розвитку інсульту у 12 хворих була гіпертонічна хвороба (ГХ), у 4 хворих — атеросклероз з ураженням магістральних судин голови та шиї, у 8 хворих — сполучення ГХ та атеросклерозу, у 4 хворих — порушення ритму серця у вигляді миготливої аритмії. В дослідження не включали хворих з вираженими мовними та когнітивними порушеннями, тяжкою депресією та наявністю депресивних порушень в анамнезі. Ступінь вираженості ПІД оцінювали за шкалою Гамільтона для депресії (НАМ-D). Усі обстежувані хворі страждали депресією легкої і середньої тяжкості та мали центральний післяінсультний больовий синдром (ЦПІБ). Пацієнтів спостерігали амбулаторно та в стаціонарі. Після перенесеного інсульту хворим проводили медикаментозну терапію як вторинну профілактику інсульту, також базову терапію в період перебування в стаціонарі. Пацієнтам з легким ступенем депресивних порушень призначали антидепресанти на основі звіробю, проводили психотерапевтичні бесіди, використовували методику аутогенного тренування. Для лікування депресивних порушень середнього ступеня вираженості використовували антидепресант золофт (сертралін) в добовій дозі 50—100 мг вранці чи ввечері. Ефективність терапії також оцінювали за допомогою шкали НАМ-D. Середній бал в групі обстежених хворих до початку лікування складав $15,40 \pm 0,57$. Тестування проводили кожні 2 тижні, протягом 6 місяців лікування. Починаючи з 2 тижня прийому препарату намітилась тенденція до зменшення середнього бала за НАМ-D. Через 2 місяці прийому препарату золофт середній бал складав $11,80 \pm 0,48$, через 4 місяця лікування — $8,30 \pm 0,37$, через 6 місяців — $6,7 \pm 0,4$. Поряд з оцінкою ступеня депресії вивчали вираженість ЦПІБ за шкалою ВАШ. Тестування проводили 1 раз на місяць. Якщо на початку лікування інтенсивність болю складала в середньому 7 балів (коливання від 8 до 4,5), то через 2 місяці лікування показники склали в середньому 6,2 бали (від 7 до 4,5), через 4 місяці — 5,7 бали (коливання від 6,7 до 4,2), через 6 місяців — 5,2 бали (від 6 до 4 бали).

Дослідження якості життя хворих проводили до і після лікування препаратом золофт. Усі показники опитувальника якості життя покращились за період лікування. Терапевтичний ефект препарату золофт (сертралін) у 78 % обстежених хворих супроводжувався редукцією проявів депресії, поліпшенням психоемоційного статусу, якості життя, а також зменшенням інтенсивності ЦПІБ.

УДК 616.857:616.8-009.836

Реміняк І. В., Реміняк Ю. К.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Порушення сну у хворих на мігрень

Інсомнія — це порушення ініціації, тривалості, консолідації або якості сну, які повторюються, незважаючи на існування достатньої кількості часу та умов для сну, що проявляються змінами соціального та професійного функціонування. Відповідно до сучасної класифікації, визначені: ситуаційна інсомнія (протягом до 1 тижня), гостра інсомнія (протягом понад 3 тижні) і хронічна інсомнія (протягом понад 3 тижні). Хронізації інсомнії сприяють персистування стресу, депресія, тривога, тривалий перебіг захворювання та довготривале використання «довго живучих» бензодіазепінів.

Особливий інтерес становить питання коморбідності мігрени і порушень сну. Результати одного з досліджень, проведених у США, показали, що пацієнти з цією патологією перебувають в хибному колі: наростаючий біль

приводить до безсоння, а безсоння, в свою чергу, підсилює біль.

Порушення сну спостерігаються у хворих на мігрень в 50—70 % випадків, та поряд з депресією є важливішими факторами, що визначають якість життя пацієнтів.

Мігрень розглядають як хронічне захворювання, зумовлене спадково детермінованою дисфункцією вазомоторної регуляції, яке проявляється відносно стереотипними пароксизмами головного болю. Важливу роль у виникненні мігрени має спадковість певного нейрохімічного дефекту — недостатності метаболізму моноамінів мозку, особливо серотоніну. Також цей медіатор бере участь у формуванні циклу сон — неспання. В сучасній літературі обговорюється питання спільних механізмів розвитку цих патологій, однак інтерпретація наявних даних є різноспрямованою. Тому науковий інтерес становить подальше вивчення клініко-неврологічних, психодіагностичних, нейрохімічних особливостей хворих з мігренью та порушеннями сну. Нами обстежено 37 хворих, віком від 18 до 48 років, 17 чоловіків, 20 жінок. У обстежуваних хворих відбувалися приступи мігрени без аури, частотою 4—5 нападів на місяць. Для них були характерними труднощі засинання, часті просинання, парасомнії у вигляді сногворіння, страшних сновидінь, нічного гіпергідрозу, денної сонливості. Спектр і вираженість порушень сну корелювали з частотою та інтенсивністю мігренозного болю, який визначали за допомогою візуальної аналогової шкали. Мігренозний напад у циклі сон — неспання перебігає важко, супроводжується вегетативними розладами під час сну, з елементами паніки, спостерігається підвищена рухова активність під час сну, достатньо високий рівень тривоги та депресії, зниження якості життя. Визначали також рівень серотоніну крові, який був знижений порівняно з контрольною групою, особливо наприкінці приступу.

Отримані дані свідчать про наявність єдиних патогенетичних механізмів мігренозного болю, порушень нічного сну, тривожно-депресивних розладів (відповідно до результатів проведених тестів Спілбергера та шкали Гамільтона для депресії). Хронізація болю розвивається на фоні дезінтеграції неспецифічних систем мозку, що знижує толерантність до дистресу, супроводжується формуванням психовегетативного синдрому, тривожно-депресивних, астеничних, когнітивних розладів, порушень сну. Патологія сну (порушення функції психологічного захисту) і психоемоційні розлади взаємопов'язані та підсилюють прояви один одного, а також закріплюють больовий стереотип. При цьому найважливіший провокуючий фактор розвитку мігрени сну — недостатність нічного сну. Сон надає амбівалентний вплив на головний біль: з одного боку, поганий сон — є тригером цефалгії, а з другого, — повноцінний сон може бути найкращими ліками.

УДК 616.831:616.12-008-089

Реміняк І. В.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Особливості структурних змін головного мозку у хворих після кардіохірургічних втручань

Інсульт — одна з найбільш больових проблем сучасної медицини. Зростаюча захворюваність, висока смертність і тяжкі наслідки для тих, хто вижив, виводять проблему судинних мозкових катастроф на національний рівень. Науковці та практики дійшли висновку, що в боротьбі

з інсультом потрібні нові міждисциплінарні рішення, зокрема щодо попередження та лікування широкого кола захворювань серцево-судинної системи, перебіг яких ускладнюється порушеннями мозкового кровообігу. Виниклі патофізіологічні процеси призводять до функціонального неврологічного дефіциту та структурних змін головного мозку.

Мета дослідження: вивчити структурні зміни головного мозку у хворих, які зазнали кардіохірургічних втручань.

Методи дослідження: клініко-неврологічні, нейровізуалізаційні (СКТ, МРТ).

Для виконання мети дослідження нами було обстежено 30 хворих, з яких 20 чоловіків, 10 жінок віком від 49 до 75 років (середній вік становив $62,8 \pm 8,5$ роки) з цереброваскулярними порушеннями. Всі обстежені хворі зазнали операції на серці та коронарних судинах, давністю від 1 до 12 місяців. 10 хворим було проведено оперативні втручання в умовах штучного кровообігу. Це були оперативні втручання — аортокоронарне шунтування (АКШ) у 8 хворих, протезування клапанів серця — у 2 хворих. 20 хворим проведені оперативні втручання на працюючому серці, це були 14 хворих, у яких було проведено стентування 1—3 коронарних судин, та 6 хворих з порушеннями ритму на доопераційному етапі з подальшим встановленням кардіостимулятора та проведенням деструкції. На доопераційному етапі обстежували хворі страждали на артеріальну гіпертензію, атеросклероз, фібриляцію передсердь (ФП) (пароксизмальну форму), цукровий діабет II типу (ЦД), ішемічну хворобу серця. КТ, МРТ-дослідження головного мозку проводили не всім обстеженим хворим. Групу порівняння склали 30 хворих відповідного віку з дисциркуляторною енцефалопатією на тлі гіпертонічної хвороби, атеросклерозу та їх сполучення, ФП, ЦД, які перебували на амбулаторному та стаціонарному лікуванні в ДУ «ІНПН НАМН України».

Усім хворим проведено нейровізуалізаційне обстеження за допомогою СКТ та МРТ (1,5 TESLA). Томографічний аналіз містив загальну візуальну оцінку і кількісні показники. Картина за СКТ-, МРТ-даними у хворих основної групи характеризувалась виявленими ознаками перенесеного інфаркту мозку та змінами лікворовмісних просторів. Спостерігались поодинокі, численні лакунарні інфаркти мозку, в деяких випадках поєднуючись з дифузними змінами (лейкоареозом) та розширенням шлуночкової системи та субарахноїдальних просторів. Оцінка МРТ-даних показала, що у більшості хворих 1 групи з ознаками перенесеного інсульту — 15 (65,2 %) — лакунарні вогнища були численними, незважаючи на відсутність клінічних ознак гострого порушення мозкового кровообігу, що вірогідно свідчить про існування ураження невеликих перфоруючих артерій, при якому перебіг інсульту є «німим», без клінічної маніфестації. У 9 хворих (30 %) виявлені лакунарні вогнища, які супроводжували клінічні ознаки гострого порушення мозкового кровообігу, вогнищеві зміни в неврологічному статусі.

Отже, у хворих основної та контрольної групи виявлені односпрямовані зміни речовини головного мозку та лікворовмісних просторів. Про це свідчить наявність, кількість, розміри вогнищевих змін головного мозку, а також показники лінійних розмірів та індексів шлуночків. В групі хворих з перенесеними операціями на серці та судинах були виявлені більш виражені вогнищеві зміни, а саме — розмір та кількість лакун, більш значущі показники розширення шлуночків та субарахноїдальних просторів, порівняно з хворими контрольної групи. Результати проведеного дослідження показали, що кардіохірургічні втручання становлять мультифакторний ризик виникнення церебральних ускладнень.

УДК 616.858-008.6-079.4+ 616.8-092

*Розова К. В.**, *Маньковська І. М.**, *Гончар О. О.**,
*Древицька Т. І.**, *Коробань І. М.,*** *Карасевич Н. В.***

**Інститут фізіології ім. О. О. Богомольця
НАН України (м. Київ);*

***ДУ «Інститут геронтології ім. Д. Ф. Чеботарьова
НАМН України» (м. Київ)*

Коригуючий вплив препарату Капікор при експериментальному паркінсонізмі та хворобі Паркінсона

При ротенон-токсичній моделі паркінсонізму (введення статевозрілим щурам-самцям лінії Вістар ($n = 20$) Ротенону — п/ш, щоденно протягом 2-х тижнів в дозі 0,3 мг/100 г маси тіла) встановлені: розвиток мітохондріальної дисфункції (МД) у довгастому мозку — компартментизація 30—40 % мітохондрій (МХ), вказує на «вогнищеву дегенерацію» клітин; набряк та деструкція мієлінових волокон, що є характерною ознакою нейродегенеративної патології. Ультраструктура стріатуму зазнавала менш виражених негативних змін під впливом Ротенону. У міокарді визначали одночасний розвиток вираженої МД та ендотеліальної дисфункції (ЕД) з деструктивними процесами в ендотелії капілярів. Значні, проте менш виражені, порушення ультраструктури МХ та ендотелію спостерігалися в легеневій тканині. Тобто, при паркінсонізмі порушення ультраструктури тканин, розвиток МД та ЕД відбуваються не лише у відділах головного мозку — більш виражено в довгастому мозку, менш — в стріатумі, а й в інших тканинах організму — більш виражено в міокарді, менш — в тканині легень.

Обстежені також пацієнти з хворобою Паркінсона (ХП; $n = 22$) зі стадією ХП за шкалою Хен — Яр (Hoehn M. M., Yahr M. D., 1967) — 3,0, які перебували на базисній терапії леводопамісними препаратами. Вивчали ультраструктуру тромбоцитів (Т), рівень експресії мРНК гена Паркін та стан про- і антиоксидантної системи плазми крові. Т були представлені переважно зрілими та старими клітинами. В них на 78,5 % була знижена кількість δ -гранул, які містять серотонін, що може свідчити про порушення регуляторних ефектів серотоніну на скоротливу здатність судинної стінки (СЗС). Кількість α -гранул, які беруть участь в процесах згортання крові, в Т була на 96 % вищою, ніж у здорових людей, що вказує на ризик тромбоутворення у пацієнтів з ХП. Виявлені порушення ультраструктури МХ пов'язані з формуванням в Т МД.

Для корекції порушень, при паркінсонізмі застосовували препарат Капікор (К — в/о, щоденно протягом 2-х тижнів в дозі 0,5 мг/100 г маси тіла); К використовували і в комплексному лікуванні пацієнтів з ХП. Під впливом К зменшувалися прояви МД та ЕД: більш помітна нормалізація ультраструктури спостерігалася в тканинах з початково вираженішими пошкодженнями — в довгастому мозку та міокарді. Відбувалася активація морфогенезу МХ — збільшення їх кількості на 20—45 % залежно від досліджуваної тканини; зменшення кількості структурно пошкоджених МХ; зниження гідратації ендотелію. В усіх тканинах виявляли активацію: синтезу фосфоліпідів (особливо в тканині легень) і білка; динамічних процесів в МХ апараті клітин; піноцитозного механізму в клітинах ендотелію. Під впливом К в Т інтенсифікувався морфогенез МХ та їх поздовжня асоціація і формування МХ з дугоподібними кристами, що вказує на збільшення енергетичної потужності МХ. Поліпшувалися морфометричні характеристики Т, які зумовлюють нормалізацію регуляторних ефектів серотоніну щодо СЗС та зменшення ризику тромбоутворення у пацієнтів з ХП. Встановлено понад 18-кратне збільшення рівня експресії мРНК гена Паркін у пацієнтів з ХП після терапії К, що може приводити до підвищення

протеасомного протеолізу і таким способом поліпшувати стан хворих. У пацієнтів з ХП до застосування К в плазмі крові реєстрували збільшення вмісту вторинних продуктів перекисного окислення ліпідів (ТБК-АП) на 76 % на тлі зниження активності антиоксидантного ферменту глутатіон-пероксидази на 16,3 % порівняно зі здоровими особами. Після лікування К інтенсивність оксидативних процесів в крові знижувалася, про що свідчить зменшення вмісту ТБК-АП на 35 % та підвищення активності глутатіон-пероксидази на 11,0 %. Отже, К може ефективно знижувати прояви як ЕД, так і МД, позитивно змінювати експресію мРНК гена Паркін та про- і антиоксидантний баланс плазми крові, впливаючи тим самим на механізми розвитку паркінсонізму та ХП.

УДК 616.831-009.24:612.089

Роцупкина Т. Н., Северин Ю. В.

*Харьковский национальный университет
имени В. Н. Каразина (г. Харьков)*

Современные направления менеджмента пароксизмальных проявлений при алкогольной энцефалопатии

На сегодняшний день в нашей стране наблюдается неблагоприятная тенденция злоупотребления алкогольными спиртными напитками. Чрезмерная алкоголизация населения приводит к неблагоприятным последствиям как для алкогользависимых лиц и их окружения, так и для всего общества в целом — происходит обеднение нравственного и социального личностного уровня и круга жизненных интересов, наблюдается прогрессивный рост тяжелой соматоневрологической симптоматики у пьющей прослойки населения. Злоупотребление спиртными напитками в большинстве случаев продуцирует функциональные и морфологические изменения большинства мозговых структур, к которым в дальнейшем присоединяются органические нарушения в виде алкогольной энцефалопатии (АЭ).

При злоупотреблении алкоголем происходит гибель нейронов головного мозга, что клинически проявляется сложной и разнообразной соматоневрологической симптоматикой и психическими нарушениями. Пароксизмальные расстройства, протекающие в виде церебральных приступов, являются наиболее тяжелыми проявлениями АЭ и отличаются значительным разнообразием клинической картины.

Для лиц с АЭ наиболее характерны токсические эпилептические и неэпилептические припадки, а также гипнические и дисфорические, что ухудшает общую клиническую картину и может даже препятствовать своевременной постановке правильного диагноза. Кроме того, появление даже единичного приступа у пациента с алкогольной зависимостью является прогностически неблагоприятным признаком, который должны знать и учитывать как лечащий врач, так и родственники больного, и он сам.

Основными направлениями менеджмента пациентов с пароксизмальным течением АЭ являются комплексность и длительность лечения пациента с применением препаратов ноотропного ряда, комплексов витаминов группы В, препаратов, улучшающих мозговое кровообращение, транквилизаторов, и антипароксизмальных препаратов, а также мультидисциплинарный подход, включающий совместное ведение пациента наркологом, неврологом и психиатром.

Высокая распространенность алкогольных неврологических расстройств диктует необходимость повышения уровня осведомленности о данной проблеме как среди пациентов и членов их семей, так и среди всего населения. Учитывая, что в нашей стране отмечается неуклонный

рост количества людей, злоупотребляющих алкоголем, необходимо проводить на государственном уровне профилактику АЭ, которая заключается в проведении комплекса социальных, экономических, правовых, административных и медицинских мер борьбы с алкоголизмом.

УДК 616.858-036.22:613.12(23)(477.87)

Сабовчик А. Я., Пулик О. Р.

*ДВНЗ «Ужгородський національний університет»;
Закарпатська обласна клінічна лікарня
імені Андрія Новака (м. Ужгород)*

Особенности эпидемиологических показателей хвороби Паркінсона на Закарпатті

Хвороба Паркінсона є одним з найбільш розповсюджених нейродегенеративних захворювань головного мозку, яке зустрічається по всій планеті. У світі нараховується понад 4 млн. людей, які хворіють даною хворобою. Поширеність хвороби Паркінсона в світі становить 100—180 випадків на 100 тис. населення, а захворюваність 12 випадків на 100 тис. населення в рік.

В Україні поширеність хвороби Паркінсона 2010 року складала 59,6 на 100 тис. населення. В різних регіонах країни поширеність не однакова — від 30,6 на 100 тис. населення в Донецькій області до 122,5 у Вінницькій області.

З огляду на різницю в поширеності захворювання у різних кутках світу, існують припущення, що хвороба Паркінсона залежить від географічної місцевості проживання хворих.

Враховуючи те, що Закарпатська область має особливе географічне розташування, на її території є різні природні ділянки: низовина, передгір'я та гори, ми вирішили провести аналіз поширеності хвороби залежно від ландшафтної зони Закарпаття.

Мета: підвищити ефективність діагностики хвороби Паркінсона, шляхом вивчення епідеміологічних показників в окремих природних зонах Закарпатської області.

Звіти про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають у районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу (форма № 12) за 2014 р. надані ОМІАЦ.

В дослідженні використано клініко-епідеміологічний, клініко-неврологічний та статистичний методи.

За даними звітів 2014 року, на диспансерному обліку в Закарпатській області перебувало 685 хворих з хворобою Паркінсона — 339 (49 %) чоловіків та 346 (51 %) жінок, що склало 54,5 випадки на 100 тис. населення. З них вперше виявлені 2014 року — 62 хворих, що становило — 4,9 випадки на 100 тис. населення. Методом прямої стандартизації встановлено, що для Закарпатської області стандартизований показник склав 433,3, який показує, що обсяг охоплення пацієнтів з хворобою Паркінсона в нашій області займає провідне місце по Україні. Аналіз стандартизованого показника в трьох ландшафтних зонах Закарпатської області (гірській, передгірній та низовинній) виявив таке: в низовині він склав 1064,0, в передгір'ї — 897,6, в горах — 3131,0. Отриманий результат може свідчити про те, що, згідно розподілу, найбільша кількість хворих на хворобу Паркінсона зосереджена в гірській місцевості, а поширеність хвороби Паркінсона в низовинній і передгірній ландшафтній зонах разом взятих займає майже в два рази меншу частку.

Диспансерним обліком з приводу хвороби Паркінсона в Закарпатській області охоплена переважна більшість пацієнтів. Виявлена відмінність епідеміологічних показників залежно від ландшафтної зони проживання. Показник поширеності та захворюваності на хворобу Паркінсона є вищим в гірській місцевості.

УДК 616.833.57-009.7-039.3]-053

Сагайдак Л. О., Шкробот С. І.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України» (м. Тернопіль)

Оцінка клініко-лабораторних параметрів у хворих з вертеброгенним попереково-крижовим больовим синдромом із супутнім ожирінням

Лікування пацієнтів з вертеброгенним попереково-крижовим больовим синдромом (ВПКБС), який є провідною причиною тимчасової непрацездатності, є складним завданням і потребує комплексного підходу у виборі способу лікування, який визначається низкою факторів, серед них основне значення мають вираженість болю та запальної реакції, функціональна недостатність, ступінь структурних змін, вік і наявність супутньої патології (Мищенко Т. С. Шкробот С. І., 2016). Ожиріння, як супутня патологія, впливає на перебіг вертеброгенного больового синдрому, обтяжуючи його збільшення інтенсивності больового синдрому, підвищення ступеня порушення життєдіяльності та зменшення обсягу рухів у поперековому відділі хребта (Шкробот С. І., 2016) Існують докази наявності взаємозв'язку між ожирінням та прогресуванням дегенеративно-дистрофічних змін у хребті (Опімах О. І., 2015). Вплив ожиріння на перебіг ВПКБС є недостатньо вивченим.

Мета роботи: оцінка клініко-лабораторних показників у хворих з ВПКБС на фоні супутнього ожиріння.

Методи дослідження: клініко-неврологічні (з використанням візуальної аналогової шкали (ВАШ) та опитувальника Роланда — Морріса, тесту Шобера та тесту Томайера), лабораторні (визначення вмісту ліпопротеїдів високої і низької щільності, тригліцеридів, холестерину загального та коефіцієнта атерогенності).

Під спостереженням були 92 хворих з ВПКБС (чоловіків — 40 (44 %), жінок — 52 (56 %), які перебували на лікуванні в 1 та 2 неврологічних відділеннях Тернопільської обласної клінічної комунальної психоневрологічної лікарні м. Тернополя. Пацієнти були поділені на дві групи: 1 — 31 хворий із нормальною масою тіла (контрольна група), 2 — 61 хворий — із супутнім ожирінням. Ожиріння 1 ступеня діагностували при індексі маси тіла (ІМТ) більше ніж 30 кг/м², 2 ступеня — більше ніж 35 кг/м² та 3 ступеня — понад 40 кг/м². Ожиріння 1 ступеня діагностовано у 65 % хворих, 2 ступеня — у 30 % та 3 ступеня — у 5 % хворих.

Виявлено, що у хворих 2-ї групи біль у попереку був більш вираженим (7—8 балів), ніж у осіб 1-ї групи (3—5 балів), а саме, 60 % хворих з ожирінням 1 ступеня частіше оцінювали свій біль у 2—6 балів, 70 % хворих з ожирінням 2 ступеня оцінили свої больові відчуття у 6—7 балів; 58 % хворих з ожирінням 3 ступеня відчували біль інтенсивністю 5—7 балів. У осіб із ожирінням 2—3 ступеня частіше відмічали помірний та виражений ступінь порушення життєдіяльності, а саме: у 15 (25 %) осіб із ожирінням 1 ступеня виявлено легке порушення, у 28 (46,6 %) осіб із ожирінням 2—3 ступеня — помірне та у 17 (28,3 %) осіб із ожирінням 2—3 ступеня — виражене порушення, при легкому та помірному ступені (73 %) та вираженому (27 %) у осіб контрольної групи. У 57 % пацієнтів із супутнім ожирінням були виявлені зміни показників ліпідограми. У хворих із ожирінням 2 ступеня відзначалось достовірно підвищення вмісту ліпідів низької щільності до $2,83 \pm 0,15$ ($p < 0,05$); у пацієнтів з ожирінням 3 ступеня — до $4,15 \pm 0,15$ ($p < 0,05$). Також спостерігалось підвищення показника вмісту тригліцеридів у пацієнтів із ожирінням 2 ступеня до $2,18 \pm 0,12$ ($p < 0,05$) та у хворих із ожирінням 3 ступеня до $2,83 \pm 0,16$ ($p < 0,05$).

У пацієнтів із ожирінням 2—3 ступеня констатовано зниження вмісту ліпідів високої щільності до $0,94 \pm 0,1$.

Наявність ожиріння та ступінь його вираженості впливають на інтенсивність больового синдрому та ступінь порушення життєдіяльності. Параметри ліпідограми були достовірно гірші у пацієнтів із супутнім ожирінням, проте на встановлено кореляційного взаємозв'язку між цими параметрами та інтенсивністю больового синдрому.

УДК : 616.831-001-036:11-073.756.8:681.31

Салій З. В.*, Шкробот С. І.*, Салій І. М.**

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України»;

**Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги (м. Тернопіль)

Деякі особливості імунних порушень у віддаленому періоді черепно-мозкової травми

Метою дослідження було уточнення ролі імунних порушень у віддаленому періоді черепно-мозкової травми (ЧМТ).

У 280 хворих з наслідками ЧМТ методом проточної цитофлуориметрії (проточний цитофлуориметр Epics XL («Beckman Coulter», США) дослідили вміст основних субпопуляцій лімфоцитів (CD_3^+ , CD_4^+ , CD_8^+ , CD_{22}^+ , CD_{16}^+), частку лейкоцитів у стадії апоптозу (AnV^+) та рівень генерації клітинами активних форм кисню (АФК⁺). Середній вік хворих у вибірці — $42,54 \pm 0,59$ роки, середній катамнез травми — $8,02 \pm 0,49$ роки. Чоловіків було 233 (83,21 %).

У віддаленому періоді ЧМТ діагностовано пригнічення клітинної ланки імунітету (достовірно ($p < 0,05$) зниження вмісту субпопуляцій CD_3^+ , CD_4^+ , CD_8^+ , CD_{22}^+ -лімфоцитів при збільшенні CD_{16}^+ -лімфоцитів). Не виявлено достовірних різниць значень в групах, поділених за критерієм віку та катамнезу ЧМТ. Достовірної різниці в значеннях CD^+ -лімфоцитів у хворих з різною тяжкістю ЧМТ встановлено не було. Однак, зафіксовані вище тенденції до зниження вмісту CD_3^+ , CD_4^+ , CD_8^+ , CD_{22}^+ -лімфоцитів при підвищенні рівня CD_{16}^+ -лімфоцитів утримувалися. В середньому для кожної групи був властивий перший ступінь імунних зрушень, проте групи з наслідками ЧМТ різної тяжкості відрізнялися за часткою пацієнтів, у яких діагностовано II ступінь. У віддаленому періоді легкої ЧМТ таких випадків було 7 (7,37 %) проти 19 (26,39 %) — ЧМТ середньої тяжкості ($p = 0,001$) та 22 (19,47 %) — тяжкої ЧМТ ($p = 0,004$).

У групі з катамнезом закритої ЧМТ понад 10 років фіксували достовірно пригнічення CD_3^+ - та CD_4^+ -лімфоцитів, з катамнезом 1—5 років — лише CD_4^+ . При катамнезі відкритої ЧМТ у 1—5 років негативної динаміки зазнавав вміст CD_{16}^+ -лімфоцитів. З подовженням катамнезу відкритої ЧМТ посилювався зв'язок між вмістом CD^+ -лімфоцитів та часткою клітин у стадії апоптозу й збагачених АФК⁺. В групі з катамнезом відкритої ЧМТ більше 10 років обчислено кореляційні зв'язки між часткою AnV^+ -лейкоцитів та CD_3^+ ($r = -0,84$, $p = 0,001$), CD_4^+ ($r = -0,69$), $p = 0,013$, CD_8^+ ($r = -0,90$, $p = 0,001$).

Встановлено особливості реагування імунної системи при різних варіантах перебігу віддаленого періоду ЧМТ та залежно від провідного синдрому. Зокрема, достовірно нижчі значення CD_3^+ , CD_4^+ , CD_6^+ -лімфоцитів були у групі з синдромом екстрапірамідної недостатності при достовірно вищих значеннях CD_{22}^+ . У групі з екстрапірамідним синдромом вищий рівень АФК⁺-клітин сприяв активації природної цитотоксичності (CD_{16}^+), у групі з пароксизмальним перебігом (внаслідок кризів), навпаки, її пригніченню. Різноспрямованим був вплив АФК⁺-клітин

і на CD_{22}^{+} : активуючим — в групах з провідними судомним та кризовим синдромами (пароксизмальний перебіг) та пригнічуючим — в групах з когнітивним та синдромом екстрапірамідної недостатності (прогресуючий перебіг). Лише у групі з провідним синдромом когнітивних розладів спостерігали помірний негативний кореляційний зв'язок між часткою CD_{3}^{+} , CD_{4}^{+} , CD_{8}^{+} -лімфоцитів та вмістом клітин у стадії некрозу, залежність з іншими CD^{+} була на рівні слабкої.

Встановлено, що достовірно нижчий рівень CD_{3}^{+} -лімфоцитів був у групі з клінічно вираженою депресією. З підвищенням рівня депресії встановлено посилення зв'язку між маркером окисного стресу (АФК⁺-клітини) та вмістом CD_{16}^{+} -лімфоцитів $r = 0,43$, $p = 0,012$ (клінічний рівень депресії).

УДК 616.831-008.64-02:613.168:612.014.426

Сербіненко І. А.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Декомпенсація хворих на енцефалопатії в період геомагнітних бур

Мета роботи: виявити особливості деяких нейрофізіологічних механізмів декомпенсації хворих на гіпертонічну та атеросклеротичну енцефалопатію під впливом геомагнітних бур.

Обстежено 53 хворих на енцефалопатію гіпертонічного та атеросклеротичного генезу. Обстеження проводили за допомогою клініко-неврологічних, клініко-вегетативних, електрофізіологічних (електроенцефалографія, реоенцефалографія), нейровізуалізаційних методів.

Встановлено, що при змінах геліогеомагнітного впливу у хворих спостерігається декомпенсація, початок якої може бути: поступовим повільним — протягом кількох діб; швидким — протягом 1 доби; гострим — розвиток транзиторної ішемічної атаки, або інсульту. Поступовий початок декомпенсації більш характерний для хворих з першою стадією енцефалопатії та більшістю хворих (65 %) з другою стадією, швидкий та гострий початок декомпенсації — для хворих з третьою стадією та значної кількості (35 %) хворих з другою стадією енцефалопатії. В період магнітних бур в усіх хворих реєструвалося підвищення артеріального тиску, погіршення церебральної гемодинаміки (підвищення тонуусу і зниження кровонаповнення церебральних судин), змінення деяких реологічних характеристик крові, реорганізація біоелектричної активності головного мозку (активація неспецифічних регуляторних механізмів мозку — ретикуло-кортикальних, таламо-кортикальних та лімбічних регуляторних систем).

В усіх хворих спостерігалось порушення циклу «сон — пильнування», клінічними проявами якого були пресомнічні, інтрасомнічні, постсомнічні порушення, денна сонливість, які у переважній більшості хворих формують індивідуальні варіанти сполучень та можуть змінюватися в динаміці. Ступінь виразності порушень циклу «сон — пильнування» у цих хворих залежить від стадії енцефалопатії. У період нічного сну в усіх хворих на енцефалопатії гіпертонічного та атеросклеротичного генезу зареєстрована висока варіабельність серцевого ритму (до 107 уд./хв).

Зміни стану хворих на гіпертонічну та атеросклеротичну енцефалопатію в період геліогеомагнітних бур може призводити до формування декомпенсації, особливості і ступінь виразності якої залежать від стадії енцефалопатії, індивідуального стану адаптаційно-компенсаторних можливостей хворого.

На підставі виявлених особливостей механізмів декомпенсації можливо обґрунтовано вважати, що зміни геліогеомагнітних впливів є одним із головних факторів ризику, дія якого може призводити до формування гострих порушень мозкового кровопостачання, що пояснює збільшення частоти інсультів та смертність від них в період дії цього фактору. Симптоадrenalова активація в структурі вегетативного забезпечення в період фази парадоксального сну підвищує ступінь ризику у таких хворих.

УДК 611.13:611.831.611.9:616.831-005

Сірко А. Г., Курна І. Ю.

*КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня
імені І. І. Мечникова» (м. Дніпро)*

Хірургічне лікування фармакорезистентних форм невралгії трійчастого нерва

Мета: визначити ефективність хірургічного лікування невралгії трійчастого нерва (НТН) методом мікроваскулярної декомпресії (МВД) та балонної компресії трійчастого нерва (БКТН) шляхом оцінки найближчих та віддалених результатів лікування.

Проведено аналіз ранніх та віддалених результатів хірургічного лікування 38 послідовних пацієнтів з НТН методом МВД та БКТН. Середній вік оперованих пацієнтів коливався від 27 до 85 років, у середньому — $61 \pm 6,7$ роки. У досліджуваній групі хворих переважали жінки — 23 (58,9 %). Середній термін від постановки діагнозу НТН до моменту госпіталізації в нейрохірургічне відділення становив $5,5 \pm 1,7$ роки. Під час цього періоду хворі отримували консервативне лікування. Відсутність ефекту від медикаментозної терапії, незважаючи на збільшення доз лікарських препаратів та застосування їх комбінації, були основним показанням для направлення хворого на консультацію до нейрохірурга.

Всі операції виконані авторами дослідження в нейрохірургічному відділенні КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова», м. Дніпро в період з 2010 по 2017 рік включно.

До операції всім пацієнтам виконано МР-дослідження головного мозку, а зокрема задньої черепної ями (ЗЧЯ), на апараті Philips, 1,5 Тл, з використанням спеціальних режимів. МРТ дослідження за програмою CISS-3D та IAS дозволяло візуалізувати, як корінці черепних нервів, так і судини у лікворному просторі базальних цистерн ЗЧЯ. Нейроваскулярний конфлікт при МР-дослідженні було виявлено у 29 (74,4 %) пацієнтів.

Оцінку віддалених результатів операцій проводили за результатами опитування оперованих пацієнтів під час контрольних оглядів з використанням традиційної шкали (за P. Jannetta).

38 пацієнтам проведено 41 хірургічне втручання. Виконана 21 МВД (операція за P. Jannetta). Операцію проводили в положенні хворого на бочу через стандартний субокципітальний ретросигмовидний доступ. Через 1 тиждень після МВД трійчастого нерва 19 (90,5 %) пацієнтів не відчували болю в обличчі. У двох пацієнтів біль контролювався медикаментозно.

БКТН у Меккелевій порожнині під контролем електронно-оптичного перетворювача виконана 20 хворим. Використовували набір інструментарію фірми "Cook" за методикою S. Mullan (1983 рік). Після балонної компресії через 1 тиждень усі оперовані хворі відзначили повний регрес більшого синдрому і відмовилися від прийому антиконвульсантів.

Катамнез відстежено у строки від 5 до 72 місяців. Рецидив больового синдрому, що не піддався консервативній терапії, відзначено у 2 хворих, яким проводили БКТН, та у 1 хворого, якому було виконано МВД трійчастого нерва. Хворі оперовані повторно: 1 хворому виконали МВД трійчастого нерва, двом — БКТН. У всіх трьох випадках відзначили повний регрес больового синдрому після реоперації.

Мікрovasкулярна декомпресія та балонна компресія трійчастого нерва є високоефективними методами лікування невралгії трійчастого нерва.

Вибір методу хірургічно лікування базується насамперед на виявленні нейроваскулярного конфлікту за даними МРТ головного мозку в режимі візуалізації черепних нервів до операції.

Низький відсоток післяопераційних ускладнень робить хірургічне лікування методом вибору під час лікування фармакорезистентної невралгії трійчастого нерва.

УДК 616.831-005.1-085: 612.13

Смотрицька Т. В.

*Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)*

Загальна характеристика показників варіабельності артеріального тиску в гострому періоді мозкового інсульту

Варіабельність артеріального тиску (ВАТ) розглядають сьогодні як самостійний прогностичний показник при багатьох патологіях та синдромах (гіпертонічна хвороба, інфаркт міокарду, критичні стани тощо) і, зокрема, при судинно-мозкових катастрофах (Stead L. G. et al., 2006). Вивчення закономірностей цього показника в умовах гострого періоду інсульту може призвести до випереджувальних терапевтичних рішень та профілакувати ускладнення, спричинені зривом механізмів авторегуляції кровообігу.

Мета дослідження: характеристика розподілу показників варіабельності артеріального тиску в гострому періоді інсульту, залежно від головних демографічних та клінічних факторів.

Проспективне спостереження проводили у безвідбірковій когорті хворих в гострому періоді інсульту ($n = 478$; чоловіки — 270, жінки — 208), в умовах обласного спеціалізованого інсультного центру (*stroke unit*). Коефіцієнт варіабельності (CV) артеріального тиску (систоличного та діастолічного) обчислювали на основі ряду послідовних вимірів (12—36). Аналіз показників та перевірку характеру розподілу проводили за допомогою пакету Statistica 7.0.

В загальній когорті пацієнтів розподіл варіативного ряду CV систолічного та діастолічного артеріального тиску добре відповідає критеріям нормальності. Крім того, так саме нормальний розподіл мають показники CV в різні часові проміжки інсульту: перші 72 години, період від 72 годин до виписки та CV за весь період перебування в стаціонарі. Тому справедливим є використання статистик для нормального типу розподілу даних.

Аналіз усереднених даних за різними часовими проміжками демонструє певні відмінності, які можуть свідчити про різний стан механізмів авторегуляції. Середній CV систолічного тиску в період перших 72 годин перебування в стаціонарі становив $10,61 \pm 3,41$, а CV діастолічного тиску був недостовірно вищий — $10,95 \pm 2,94$. Цей показник в період від 72 годин до виписки склав $9,48 \pm 3,21$ та $10,59 \pm 2,54$, відповідно. Різниця в CV систолічного тиску в ці два періоди виявилась високдостовірною ($p < 0,001$). CV систолічного та діастолічного артеріального тиску в період стабілізації клінічної

картини статистично достовірно відрізняються ($p < 0,001$), хоча ні в надгострому періоді (72 години), ні в загальній оцінці за весь період (CV систолічного тиску $11,41 \pm 3,08$ та діастолічного — $11,73 \pm 2,35$) різниця не встановлена.

Кореляційний аналіз зв'язків параметрів CV артеріального тиску з демографічними показниками (стать, вік) демонструють дуже слабкий рівень впливу старшого віку та жіночої статі на рівень CV ($r = 0,11$ — $0,14$). Такий саме слабкий зв'язок спостерігається і з типом інсульту — на користь геморагічного процесу ($r = 0,13$). Але цікавим є характер кореляцій між самими показниками CV: якщо CV систолічного тиску та CV діастолічного тиску в перші 72 години госпіталізації, природно, мають доволі сильний зв'язок ($r = 0,64$), то відношення CV систолічного тиску в перші 72 години до CV систолічного тиску в період стабілізації (в тій самій когорті хворих) зменшується до $r = 0,18$. Це може свідчити на користь припущення про різний компонентний склад механізму авторегуляції артеріального тиску в різні періоди перебігу інсульту. Вплив цих компонентів (важкість інсульту, ступінь набряку мозку, наявні морфологічні зміни речовини мозку, локалізація тощо) та прогностичне значення варіабельності тиску будуть предметом подальшого аналізу.

УДК 616.832-004.2-07

Соколова Л. І.

*Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця (м. Київ)*

Сучасні критерії діагностики розсіяного склерозу в практичній неврології

Незважаючи на добре відомі ознаки клінічної картини й особливості перебігу розсіяного склерозу (РС), діагностика цього захворювання нерідко буває складною. Особливо це стосується питання ранньої діагностики або першого епізоду захворювання, коли немає достовірних клініко-анамнестичних даних про хронічний перебіг хвороби. Водночас, саме рання діагностика дозволяє найефективніше допомогти хворому шляхом призначення препаратів, що змінюють перебіг РС. Тому важливим компонентом діагностики стали методи нейровізуалізації, які дозволяють верифікувати вогнища демієлінізації та їх характер.

Сучасний діагностичний алгоритм ремітуючого РС вимагає об'єктивного підтвердження дисемінації вогнищ у часі та в просторі, узгодження нейровізуалізаційної картини з клінічними та іншими параклінічними даними. Цей алгоритм чітко визначений критеріями McDonald останнього перегляду (2010), які є оптимальними для діагностики ремітуючого РС в сучасних умовах.

За цими критеріями у хворих з одним/першим загостренням потрібно довести наявність дисемінації процесу в часі. Для цього необхідно або очікувати розвиток в подальшому наступного клінічного загострення, що було необхідним у докомп'ютерну еру, або підтверджувати таку дисемінацію за допомогою МРТ-ознак у вигляді нових T2 та/або вогнищ, які накопичують контрастну речовину, на наступній МРТ, незалежно від терміну її проведення, або виявлення одночасної присутності на МРТ безсимптомних вогнищ, що накопичують і не накопичують контраст в будь-який час обстеження.

З метою визначення ефективності останнього діагностичного критерію для клінічної практики ми проаналізували перші звернення 105 пацієнтів до Київського міського центру РС і кафедри неврології НМУ за останній рік. Припущення про демієлінізуюче захворювання у більшості хворих було висунуто лікарями загальної практики

і лікарями-невропатологами поліклінічної ланки. Ними ж було призначено проведення МРТ головного мозку, й усі хворі звернулися за консультацію з наявними результатами нейровізуалізаційного обстеження.

У 28 % пацієнтів за даними неврологічного обстеження було виявлено одне вогнище ураження ЦНС: зорового нерва (15 %), задніх або бічних канатиків (10 %), мозочка (3 %). У решти хворих (72 %) за наявності скарг на порушення однієї функції виявлялись об'єктивні ознаки багатовогнищового ураження пірамідних шляхів глибокої чутливості, мозочкова або сенситивна атаксія. Переважна більшість хворих (91 %) мали численні вогнища на МРТ головного мозку різної локалізації, гіперінтенсивні у T2 33 і у 53 % гіпоінтенсивні у T1 33. Дослідження з контрастуванням було проведено при першому МРТ всього 21 % пацієнтів, у 18 з яких знайдено накопичення контрасту і у 10 — у безсимптомних вогнищах. Лише у цих хворих була можливість підтвердити діагноз РС на самому ранньому етапі хвороби завдяки одночасному виявленню на МРТ гіпоінтенсивних (так званих «чорних дірок») і вогнищ, що накопичували контрастну речовину.

Отже, діагностичне значення важливого критерію, який дозволяє за першого ж звернення пацієнта визначити діагноз РС, в клінічній практиці не можна назвати високим. За нашим досвідом, воно складає від 9,5 до 17 %. Пояснюється це недостатнім проведенням МРТ-досліджень з контрастуванням в перший місяць захворювання, яке, здебільшого, не призначають лікарі поліклінічних установ. Проведення такого дослідження після звернення до спеціалізованого центру не завжди відповідає активній стадії хвороби з можливим накопиченням контрастної речовини на МРТ.

УДК 378.147-051:616.8

Соколова Л. І., Ілляш Т. І.
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця (м. Київ)
**Вдосконалення підготовки
лікарів-інтернів неврологів**

Результатом підготовки лікарів-невропатологів у інтернатурі має бути отримання первинної професійної підготовки, що включає знання та вміння з базових клінічних і теоретичних наук у обсязі, що необхідний для виконання професійної кваліфікованої допомоги. Сьогодні суттєво змінюються вимоги до професійної підготовки фахівців. По-перше, це пов'язано зі стрімким зростанням кількості інформації з неврології, по-друге, з переходом до стандартів надання медичної допомоги відповідно до принципів доказової медицини. Нажаль, не завжди рівень підготовки лікарів відповідає бажаному. З одного боку, це пов'язано з низькою мотивацією інтернів. Частина з них не має конкретного місця майбутньої роботи і не до кінця усвідомлює практичні завдання, які будуть ставитися перед ними. Інші не задоволені отриманим місцем, низькою майбутньою оплатою праці і тому мають на меті лише отримати сертифікат спеціаліста, але працювати в іншому напрямку.

Ще кілька років тому недостатньо уваги приділялося післядипломній підготовці внаслідок низької мотивації професорсько-викладацького складу, але зі створенням у Національному медичному університеті Інституту післядипломної освіти ситуація значно поліпшилася. Наводимо досвід підготовки лікарів-інтернів на кафедрі неврології НМУ.

Інтерни проходять навчання за двома формами: очна та заочна. Очна форма є базою для удосконалення теоретичних і практичних знань з неврології. Заочна — дозволяє закріпити набуті знання і розвинути свої здібності до само-

стійної роботи. Не зменшуючи значення заочної форми навчання, на наш погляд, надзвичайно важливою для формування майбутнього фахівця має очна форма. У період очного навчання інтерни вивчають основні розділи неврології згідно з програмою і складеним планом навчання. Він передбачає поглиблене вивчення загальної пропедевтичної неврології, методів обстеження неврологічних хворих, окремих захворювань нервової системи, а також проходження циклів на деяких суміжних кафедрах. Чимало уваги на кафедрі приділяється питанням топічної діагностики. Саме під час навчання в інтернатурі закладаються основи методології визначення топічного діагнозу, без чого неможлива безпомилкова клінічна діагностика в майбутній роботі лікаря-невролога. Після вивчення окремих тем інтерни складають заліки, а наприкінці навчання — іспит, який поєднує комп'ютерне тестування, контроль практичних навичок і усну співбесіду.

Очна форма навчання містить різні варіанти вивчення матеріалу. Це і лекції з головних проблем неврології, семінарські і практичні заняття, участь у обходах професорів і доцентів, докладне обговорення клінічних випадків. На практичних і семінарських заняттях регулярно проводиться контроль рівня знань лікарів-інтернів. Надзвичайно важливим для розвитку клінічного мислення і створення алгоритму ведення пацієнтів мають клінічні огляди хворих з професором або доцентом з подальшим докладним обговоренням. Кожному лікарю-інтерну надається можливість висловити й обґрунтувати свою думку щодо діагнозу, обстеження і лікування конкретного пацієнта. Значна частка такого заняття відводиться для обговорення диференціального діагнозу. На кафедрі неврології НМУ заняття з інтернами проводять висококваліфіковані професори і доценти, які мають достатній практичний і педагогічний досвід, можуть зацікавити інтернів і передати їм свої знання. Систематично на засіданнях кафедри обговорюються проблемні питання, які виникають у підготовці лікарів-інтернів на кафедрі, ведеться пошук оптимальних форм донесення матеріалу і самостійної роботи інтернів.

Важливою складовою підвищення ефективності підготовки інтернів-неврологів сьогодні, на наш погляд, є збільшення мотивації до навчання і майбутньої роботи. Одним з шляхів досягнення цього, можливо, стане введення резидентури з неврології, як це передбачено новим Законом «Про вищу освіту».

УДК 614.2:616.89-008.441.13

*Стоянов О. М., Колесник О. О.,
Антоненко С. О.**, *Борисенко О. А.*
Одеський національний медичний університет;
*Одеська міська лікарня № 5 (м. Одеса)
**Можливості терапії дрижальних гіперкінезів
при вегетативних і судинних дисфункціях**

У ангіоневрології при початкових проявах хронічної ішемії мозку (ХІМ) тремор може бути основним або єдиним симптомом порушень рухової сфери, а також — частою ознакою порушення вегетативної регуляції, вираженої лабільності ВНС.

Обстежено 67 пацієнтів з церебральними ангіодистоніями і наявністю дрижальних гіперкінезів на тлі ХІМ і в осіб з синдромом вегетативної дистонії. Вираховували інтегральний тремографічний індекс (ТІ) за допомогою сконструйованого тремометра (Патент України № 22207). Вивчали динаміку змін ТІ в досліджуваних групах хворих під впливом розробленого лікувального комплексу (Патент України № 70543), який включає в себе використання

різних шляхів введення етилметилгідроксипіридину сукцинату (елфунату), зокрема ендоназальне у вигляді електрофорезу, буспірону гідрохлориду (спітоміну) та ін.

Отримані результати вказують на достовірні впливи стану ВНС на наявність і характеристики тремору. Підвищення ТІ дозволяє припускати відхилення, наростаючі дезадаптаційні тенденції моторних компонентів внаслідок їх переходу від функціональних порушень в органічні.

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

1. ВНС має суттєвий вплив на функціональний стан дрижального гіперкінезу — компонента моторної системи.

2. Інтегративні показники тремору свідчать про патогенетичне значення функціональних (вегетативні церебральні дистонії) та органічних (хронічна ішемія мозку) змін в ЦНС.

3. Тремор — об'єктивна ознака вегетативних дисфункцій, пов'язаних з порушенням судинної регуляції, кровообігу, а також функціональної дезадаптації організму в подібних умовах.

4. Під впливом розробленої оригінальної методики лікування дрижальних гіперкінезів у хворих з тремором різної етіології відзначено істотне поліпшення метаболізму, вираженості біохімічних і нейромедіаторних процесів, а також кровообігу в відповідальних структурах ЦНС.

5. У хворих відзначені впливи, що взаємопотенціюють, вегетостабілізуючі та антистресові, зокрема спрямовані на поліпшення механізму «зворотного зв'язку» в корково-підкіркових нейрональних проекціях, посилення активності палідо-стріарних, лімбіко-ретикулярних утворень і структур стовбурового рівня, що супроводжувалися ліквідацією емоційних нашарувань, проявів психовегетативних дисфункцій в вигляді «панічних атак» які безпосередньо впливають на виникнення і підтримання тремору.

6. Запропонована терапія адекватна та ефективна при вегетативній та судинній патології з наявністю дрижальних гіперкінезів, дозволяє стабілізувати «вегетативний портрет» пацієнтів і має симпатиколітичну дію на організм.

7. Розроблений комплекс терапевтичних заходів, ефективність якого підтверджена позитивними клінічними результатами, надає коригувальні впливи на всі основні ланки дрижального гіперкінезу, що дає нам підставу говорити про його патогенетичну спрямованість.

УДК 616.853-085.213:616.12

Стоянов О. М., Муратова Т. М.,

Борисенко О. А., Колесник О. О., Олійник С. М.

Одеський національний медичний університет (м. Одеса)

Нейровегетативні розлади в клініці посттравматичної епілепсії

У практичному плані становить інтерес виявлення дисфункцій вегетативної нервової системи (ВНС), які були до, або що виникли після перенесеної черепно-мозкової травми (ЧМТ), в процесі формування посттравматичної епілепсії (ПТЕ), що впливають на особливості клінічного перебігу та прогноз. Вищеперелічене потребує вивчення стану ВНС для адекватної діагностики та лікування хвороби.

Обстежено 30 пацієнтів з ПТЕ які були поділені на дві групи залежно від давності ЧМТ. Перша група — до 5 років, друга група — понад 5 років тому. Також враховували тяжкість перебігу ПТЕ.

Під час дослідження у пацієнтів вегетативного тонузу за даними «Таблиці 24 стигм для експрес-діагностики вегетативного тонузу» спостерігалось переважання впливу

парасимпатичної ланки ВНС: 66,7 % та 70,3 % відповідно у групах. При цьому відзначено тенденцію до зменшення кількості пацієнтів з ейтонією при важкому перебігу ПТЕ на користь посилення парасимпатичної ланки ($p < 0,05$).

Під час дослідження вегетативної реактивності (ВР) за допомогою *очно-серцевого* рефлексу Ашнера — Даньїні у пацієнтів виявлено переважання підвищеної реактивності (66,7 % та 62,9 % відповідно), що може свідчити про переважання впливу трофотропної супрасегментарної системи. У групах була низька частота зустрічальності пацієнтів з нормальною ВР.

Відзначено тенденцію до підвищеної ВР у пацієнтів з важким перебігом епілепсії. Це свідчить про зниження симпатичного або ж посилення вагусного впливу у хворих з більш важким перебігом захворювання. Помічено, що кількість хворих із зниженою ВР приблизно однакова при різному перебігу ПТЕ, що дозволяє віднести цю ознаку до найбільш стійких щодо розвиненого вегетативного дисонансу.

Вивчення вегетативного забезпечення діяльності (ВЗД) проводили шляхом оцінювання результатів ортокліностатичної проби; отримані результати, які виражали залежність ВЗД від ступеня тяжкості ПТЕ. Виявлено, що у пацієнтів з легким перебігом хвороби переважало адекватне ВЗД — у 75,0 %, у пацієнтів з ПТЕ середньої тяжкості превалювало надлишкове ВЗД — у 50,0 %; при важкому перебігу ПТЕ спостерігається недостатнє ВЗД у 50,0 % пацієнтів.

Отримані дані свідчать про виснаження компенсаторно-приспосувальних механізмів при важкому перебігу ПТЕ.

В результаті проведеного дослідження отримані нові дані про особливості стану ВНС у хворих на ПТЕ: у пацієнтів з більш тяжким перебігом ПТЕ спостерігається тенденція до переважання тонузу парасимпатичної ланки ВНС, підвищена реактивність і недостатнє забезпечення діяльності, що свідчить про виснаження компенсаторно-приспосувальних механізмів зі збільшенням тяжкості перебігу ПТЕ.

Знижена ВР є найбільш стійкою ознакою розвиненого вегетативного дисбалансу і не залежить від ступеня тяжкості ПТЕ.

Стан ВНС не має чіткої залежності від строків давності ЧМТ.

Дифузний процес, що залучає різні структури мозку, супроводжується меншими вегетативно-вісцеральними розладами, ніж процес, що спричиняє осередкове роздратування. Вегетативно-вісцеральні розлади переважають при правобічній локалізації вогнища ушкодження.

Отримані результати дають можливість деякою мірою прогнозувати перебіг ПТЕ: у пацієнтів з переважанням тонузу парасимпатичної ланки ВНС, підвищеною реактивністю і недостатнім забезпеченням діяльності слід припускати важчий перебіг ПТЕ, що є важливим для розроблення адекватних методів лікування з урахуванням корекції вегетативних дисфункцій.

УДК 616.853-053.2-07-085.21

Сухонослова О. Ю.

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Моніторинг стану статистичних показників з нервових хвороб та епілепсії серед дитячого населення Харківської області та України

Згідно з Основами політики досягнення здоров'я для всіх в Європейському регіоні ВООЗ («Здоров'я-21», «Здоровий початок життя») до 2020 року в усіх новонароджених

та дітей молодшого і дошкільного віку в регіоні передбачено поліпшення стану здоров'я, що забезпечить їм здоровий початок життя. До 11 медичних заходів, які ВООЗ віднесла до найбільш економічно доцільних, включена профілактика неінфекційних хвороб та інвалідності. У цій роботі наведені результати аналізу поширеності, захворюваності та інвалідності з нервових хвороб і епілепсії серед дитячого населення Харківської області та України, що є віддзеркаленням стану суспільного здоров'я.

2015 року серед дитячого населення 0—17 років в Україні зареєстровано 407 618 дітей з хворобами нервової системи, що становить 53,53 випадки на 1000 дитячого населення, середнє значення за 5 років — 459 300 дітей (58,354%), в Харківській області — 36 494 дітей (86,28%), середнє — 39 883 дітей (94,476%). Поширеність епілепсії в Україні становить 25 695 дітей — 3,21%, перевищує поширеність дитячого церебрального паралічу, нейроінфекції, середнє значення за 5 років — 24 667 дітей (3,144%), в Харківській області — 1 451 дітей (3,43%), середнє — 1 340 дітей (3,21%). Захворюваність на хвороби нервової системи у дітей в Україні становить 140 494 дітей (18,45%), середнє значення за 5 років — 15 9215 дітей (20,29%), в Харківській області — 11 871 дітей (28,07%), середнє — 13 795 дітей (33,068%).

Захворюваність на епілепсію в Україні у дітей становить 3 306 дітей (0,43%), середнє значення за 5 років — 3 569 дітей (0,454%), в Харківській області — 252 особи (0,53%), середнє — 201,2 дитини (0,468%). В Україні за останні 5 років відзначається тенденція до зниження поширеності та захворюваності хвороб нервової системи у дітей, а в Харківській області в 2014—15 рр. відзначається збільшення цих показників, що пов'язано, мабуть, з міграцією населення.

У структурі інвалідності дітей віком до 18 років в Україні хвороби нервової системи займають 2 місце, складають 29 684 дітей (37,1 на 10 тис. дітей), питома вага (17,6%), в Харківській області — 1 770 (41,8 на 10 тис. дітей). Щороку відбувається зростання показника дитячої інвалідності, інвалідність пов'язана з вродженими аномаліями (вадами розвитку). За показниками дитячої інвалідності з нервових хвороб Харківська область посідає сьоме місце в Україні. Епілепсія є одним з основних захворювань, які приводять до інвалідності. Показник інвалідності дітей, хворих на епілепсію, в Харківській області становить 10,1 на 10 тис. дітей). Показник первинної інвалідності серед дітей у віці від 0 до 17 років у Харківській області на 2015 рік складає з нервових хвороб — 2,7 на 10 тис. дітей, з епілепсії — 0,8 на 10 тис. дітей.

За даними Європейської академії дитячої інвалідності, у країнах Центральної та Східної Європи частка дітей з інвалідністю складає 2,5%, що потребує ретельного вивчення захворювань, що призводять до інвалідності в Україні.

Однак, статистичні показники не дозволяють діагностувати форму захворювання, при епілепсії — оцінити призначення протисудомної терапії та її ефективність, визначити тип перебігу і прогнозу.

Отже, складання регістрів хворих є одним із актуальних завдань щодо вдосконалення надання медичної допомоги пацієнтам, що забезпечує моніторинг стану хворого, дає можливість поліпшити медичний і соціальний прогнози пацієнтів, сприяти запобіганню важких наслідків захворювання та інвалідизації хворих.

УДК 616.832-004. 2:612.821.7:001.8

Сухоруков В. В.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (г. Харків)*

Особенности организации ночного сна по данным полисомнографических исследований у больных с ремиттирующим и вторично-прогрессирующим типами течения рассеянного склероза

Цикл сон — бодрствование в целом при рассеянном склерозе имеет свою специфику и характерную вариабельность в течение суток, однако данная проблема остается недостаточно освещенной в современной литературе. Известно, что более 50% больных рассеянным склерозом (РС) предъявляют жалобы на различные нарушения ночного сна, 53% больных страдают от ночных пробуждений, а 58% — от ранних подъёмов (Волошина Н. П. и др., 2007).

По литературным данным, расстройства сна приводят к ухудшению общего состояния больного, включению астенических проявлений в структуру синдрома комплекса основного заболевания и являются декомпенсирующим фактором (Левин Я. И., 2004)

В связи с этим, целью исследования являлось изучение особенностей организации ночного сна у больных с разными типами течения РС. Исследование проведено на 16 больных РС в возрасте от 27 до 42 лет, предъявляющих жалобы на нарушения ночного сна, и 12 практически здоровых добровольцах в возрасте от 25 до 35 лет (группа сравнения). Больные были разделены на 3 группы в зависимости от типа течения РС: ремиттирующе-прогрессирующий тип течения РС (РПРС — 5 человек); вторично-прогрессирующий тип (ВПРС — 5 человек); ремиттирующий тип (РРС — 6 человек). Всем испытуемым проводили полиграфические исследования ночного сна с помощью компьютерного комплекса «Нейрон-Спектр+», включающие электроэнцефалограмму, электроокулограмму, электромиограмму и электрокардиограмму. Проводился качественный (визуальный) и количественный анализ циклов и стадий ночного сна. Анализировали следующие стандартные параметры: продолжительность сна; время засыпания; продолжительность бодрствования в период сна; количество пробуждений; длительность латентных периодов стадий сна; индекс эффективности сна; процентная представленность стадий фазы медленного сна (ФМС), фазы быстрого сна (ФБС); число сегментов за период сна, а также количество завершённых циклов сна.

Как показали результаты исследования, ночной сон у больных РС имел определенные особенности, что отличало его от ночного сна у здоровых испытуемых. Трудности засыпания отмечались у всех больных РС (до 40 минут и более), тогда как у здоровых период засыпания длился 5—10 минут. Количество продолжительных эпизодов пробуждений у больных РС возрастало по сравнению с нормой в 3—6 раз и чаще отмечалось у больных РПРС и ВПРС, что соответствовало увеличению представленности поверхностного сна (1 и 2 стадий ФМС), значительному уменьшению дельта-сна (РПРС — 21,3%, ВПРС — 22,6%). Выявлено значительное уменьшение продолжительности ФБС (здоровые — 23,7%, РПРС — 6,8%, ВПРС — 12,5%, РРС — 17% от общего времени сна).

Таким образом, проведенное исследование позволило выявить у больных с ремиттирующе-прогрессирующим и вторично-прогрессирующим типами течения РС объективные изменения в функционировании сомногенных структур мозга, что проявлялись в изменении архитектоники ночного сна, дестабилизации стадий сна, активации

десинхронізує систем мозга в період сна, порушення механізмів організації і підтримання як фази медленого сна, так і фази быстрого сна. Полученные результаты необходимо учитывать при оценке сохранности функционирования неспецифических систем мозга у данной категории больных.

УДК 616.583-053.2-056.7:001.8-08

*Танцура Л. М., Пилипець О. Ю.,
Третьяков Д. В., Танцура Є. О.*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Перспективи фармакогенетичних досліджень при фармакорезистентних епілепсіях у дітей

Фармакорезистентність епілепсій залишається однією з найгостріших проблем дитячої неврологічної практики. Під фармакорезистентністю епілепсій розуміють відсутність адекватного контролю нападів при використанні двох базових та одного додаткового антиепілептичного препарату (АЕП) в комбінації в максимально переносимих дозах. Згідно з сучасними даними світової статистики, від 25 до 30 % хворих з епілепсіями ніколи не досягають ремісії. Вищезазначене зумовлює нагальну потребу подальшого наукового пошуку для поглиблення знань щодо механізмів виникнення та прогресування фармакорезистентності та її подолання.

Серед індивідуальних особливостей організму, які мають безпосередній вплив на виникнення та перебіг епілепсій, провідну роль відіграють генетично зумовлені особливості метаболізму. Особливе місце в системі метаболізму АЕП займають ізоферменти цитохрому Р-450, які забезпечують фазу 1 біотрансформації. З точки зору впливу на обмін АЕП, найбільше значення мають СYP2C9, СYP2C19, СYP2D6, СYP3A4. Саме генетично зумовлені особливості функціонування цих ізоферментів впливають на фармакокінетику АЕП, що може відобразитися в клінічній практиці як у вигляді недостатньої ефективності відповідних препаратів, так і в підвищенні ризику розвитку їх небажаних побічних ефектів.

Нами було проведено обстеження 70 дітей з різними формами епілепсій у віці від 1 до 18 років, з них — 26 хлопчиків та 44 дівчинки. Вік дебюту захворювання — від 1 місяця до 15 років. Усі пацієнти були направлені до відділу дитячої психоневрології та пароксизмальних станів в зв'язку з неефективністю або недостатньою ефективністю лікування, тобто варіанти епілепсії розцінювалися як фармакорезистентні. Зазначимо, що пацієнтів з прогресуючою патологією головного мозку до досліджуваної групи не включали. У процесі обстеження, вивчення наданої медичної документації було встановлено, що 23 випадки (32,9 % від загальної кількості пацієнтів) не відповідали визначенню фармакорезистентних епілепсій. Серед причин неефективності лікування в цих випадках нами були визначені: порушення режиму лікування — 6 випадків (26,1 %), неправильний вибір препарату — 6 випадків (26,1 %), неправильна діагностика (епілептичні напади розцінювали як запаморочення або як «пустощі») — 4 випадки (17,4 %), недостатня доза АЕП — 4 випадки (17,4 %), поєднання кількох причин — 1 випадок (4,3 %).

В 47 випадках (67,1 %) констатовано істинну фармакорезистентність. Протягом захворювання пацієнтам призначали різні варіанти лікування, у вигляді монотерапії або комбінацій препаратів. Кількість «спроб» підбору терапії була від 2 до 10. У 5 пацієнтів (10,6 %) були виявлені

побічні ефекти препаратів, у 2 пацієнтів (4,3 %) — агравация нападів на тлі лікування.

Саме серед дітей з істинно фармакорезистентними епілепсіями були відібрані пацієнти для проведення пілотного генетичного дослідження поліморфізму генів системи цитохромів Р-450. Проводилося дослідження СYP2C9*2; СYP2C9*3; СYP2C19*1; СYP2C19*2; СYP3A4. Обстеження було проведено 14 пацієнтам віком від 4 до 18 років.

Порушень гену, який кодує СYP3A4, в досліджуваній групі пацієнтів виявлено не було. У трьох пацієнтів було виявлено низьку активність СYP2C9*3, у чотирьох — низьку активність СYP2C19*1 і СYP2C19*2, в одному випадку — низьку активність СYP2C19*1 та СYP2C19*2.

Отримані результати дозволили переглянути лікування двох пацієнтів, виключивши з терапевтичної схеми препарати, які в зв'язку з генетичними порушеннями не могли бути достатньо ефективними.

Висока частота генетично зумовлених особливостей системи цитохромів Р-450 продемонструвала доцільність подальших досліджень в цьому напрямку, накопичення масиву даних задля відпрацювання підходів до максимальної персоналізації лікування.

УДК 616.832-004.2-036.1:616.833-002

Ткачева Т. Н.

*ГУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології
НАМН України» (г. Харьков)*

Характеристика вторично-прогресивного течения рассеянного склероза у больных с ретробульбарным невритом в дебюте

Трудности в диагностике ранних стадий рассеянного склероза (РС) требуют своевременной и адекватной трактовки начальных симптомов заболевания, имеющих важное прогностическое значение в контексте дальнейшего течения заболевания. Особого внимания заслуживает дебют РС, протекающий в виде ретробульбарного неврита (РБН), прогностическое значение которого до конца не изучено.

Проведен анализ клинических особенностей временных этапов (дебют, рецидивирований и прогрессирующий этап) вторично-прогресивного течения (ВПТ) РС у больных с ретробульбарным невритом в дебюте (30 человек); контрольная группа без РБН составила 46 человек.

Результаты исследований показали достоверное преобладание легких ($86,7 \pm 6,3$ % при РБН и $45,6 \pm 7,3$ % без РБН) и коротких ($70,1 \pm 8,34$ % при РБН и $30,4 \pm 6,8$ % без РБН) дебютов, формирующихся быстрыми темпами ($63,4 \pm 8,8$ % при РБН и $43,5 \pm 7,3$ % без РБН). При РБН была также отмечена высокая частота полноценных ($70,0 \pm 8,5$ % при РБН против $45,6 \pm 7,3$ % без РБН) и продолжительных ($53,4 \pm 9,1$ % при РБН и $31,3 \pm 7,3$ % без РБН) клинических ремиссий после дебюта.

В контрольной группе больных с отсутствием РБН в анамнезе достоверно преобладали длительные дебюты ($43,5 \pm 7,3$ % без РБН и $13,3 \pm 6,5$ % при РБН) средней степени тяжести ($39,1 \pm 7,2$ % без РБН и $10,0 \pm 5,5$ % при РБН), которые формировались постепенными ($34,8 \pm 7,0$ % без РБН и $10,0 \pm 5,5$ % при РБН) и замедленными ($13,0 \pm 4,9$ % без РБН и $3,3 \pm 3,3$ % при РБН) темпами. Достоверных различий в частоте неполных клинических ремиссий в обеих группах больных выявлено не было.

Рецидивирований этап будущего ВПТ у больных с РБН в дебюте характеризовался более продолжительным течением по сравнению с контрольной группой больных ($56,5 \pm 10,3$ % при РБН и $29,0 \pm 8,1$ % без РБН). Клиническое

течение рецидивующего этапа у больных с РБН отличалось достоверным преобладанием постепенных темпов формирования ($91,3 \pm 5,8$ % с РБН и $61,3 \pm 8,7$ % без РБН) легких рецидивов ($86,9 \pm 7,1$ % с РБН и $67,7 \pm 8,4$ % без РБН) умеренной продолжительности ($82,6 \pm 7,9$ % с РБН и $64,5 \pm 8,6$ % без РБН).

В контрольной группе чаще наблюдались продолжительные рецидивы ($32,2 \pm 8,4$ % без РБН и $17,4 \pm 7,9$ % с РБН) средней степени тяжести ($90,3 \pm 5,3$ % без РБН и $72,6 \pm 7,9$ % с РБН) и /или тяжелые ($51,9 \pm 8,9$ % без РБН и $27,6 \pm 10,4$ % с РБН).

На этапе прогрессирования у больных с РБН в дебюте преобладал поступательный вариант прогрессирования ($80,3 \pm 7,3$ % с РБН и $56,6 \pm 9,1$ % без РБН), который, в отличие от неуклонного ($46,6 \pm 9,3$ % с РБН и $82,6 \pm 5,6$ % без РБН) и рецидивующего вариантов ($56,3 \pm 7,3$ % с РБН и $79,6 \pm 6,8$ % без РБН), характеризовался медленными темпами накопления неврологического дефицита и длительными периодами стабилизации. Подобное течение этапа прогрессирования может формироваться за счет мобилизации адаптационно-компенсаторных резервов, создающих устойчивое неравновесие системы, препятствующее и/или замедляющее накопление неврологического дефицита и препятствующее быстрому дальнейшему прогрессированию.

Таким образом, перенесенный РБН в дебюте в качестве клинического маркера определяет более благоприятный вариант течения и прогноза при прогрессивных формах РС, в частности при ВПТ, за счет преобладания воспалительно-демиелинизирующего процесса над аксонально-дегенеративным.

УДК 616.831.8-009.17:616.438:53.083.3

Товажнянська О. Л., Самойлова Г. П.

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Імунологічні критерії тяжкості перебігу міастенії залежно від структурних змін тимуса

Міастенія — захворювання, в основі патогенезу якого лежить автоімунний процес, спрямований проти нікотинного ацетилхолінового рецептора постсинаптичної мембрани м'язу. Різноманіття клінічних проявів, відсутність кореляції між тяжкістю захворювання та імунологічними показниками роблять актуальною проблему пошуку нових додаткових методів діагностики для прогнозування клінічного перебігу міастенії.

Мета дослідження — визначити імунологічні критерії тяжкості перебігу міастенії у хворих залежно від структурних змін тимуса.

Були узагальнені та проаналізовані результати клінічного та імунологічного обстеження 102 хворих на міастенію. Ступінь тяжкості захворювання оцінювали за допомогою кількісної шкали тяжкості клінічних проявів міастенії QMGs. Експресію кластерів диференціювання CD50⁺ та CD54⁺ на субпопуляція Т- і В-лімфоцитів оцінювали непрямым імуноферментним методом з використанням моноклональних антитіл, мічених FITC-барвником. Контрольну групу склали 30 умовно здорових осіб.

Статистичне оброблення отриманих результатів проведено за допомогою комп'ютерної програми Statistica 6.

За даними СКТ органів середостіння, хворі на міастенію були поділені на три групи: перша група (35 осіб) — міастенія без порушення структури тимуса (М); друга група (37 осіб) з міастенією на фоні гіперплазії тимуса (МГ); третя група (30 осіб) — міастенія на фоні тимоми (МТ). Середній показник кількісної шкали QMGs у групі М склав $15,4 \pm 4,5$,

в групі МГ — $19,4 \pm 4,5$, а в групі МТ спостерігався максимальний показник $29,8 \pm 4,36$, що в 1,9 рази вище за даний показник в групі М і в 1,5 рази вище, ніж в групі МГ. Був виявлений дисбаланс експресії кластерів CD50⁺ та CD54⁺ в усіх групах. В групі М експресія CD50⁺ збільшувалась у 4,7, в групі МГ у 4,8 рази, а експресія CD54⁺ збільшувалась в групі М майже вдвічі та в групі МГ у 1,7 рази порівняно з контрольною групою. В групі МТ експресія CD50⁺ збільшувалась у 8 разів, а CD54⁺ в 1,6 порівняно з контролем (табл. 1).

Таблиця 1. Експресія рецепторів Т- і В-лімфоцитів у пацієнтів з різними формами міастенії

Показник	М (n = 35)	МГ (n = 35)	МТ (n = 35)	Контроль (n = 30)
CD50 ⁺	$30,1 \pm 2,9^*$	$31,1 \pm 3,5^*$	$51,9 \pm 3,3^*$	$6,4 \pm 1,8$
CD54 ⁺	$20,02 \pm 1,4^*$	$17,7 \pm 3,4^*$	$16,4 \pm 2,2^*$	$10,2 \pm 1,1$

* — $p < 0,05$

Під час проведення кореляційного аналізу між показниками шкали QMGs та CD50⁺, CD54⁺ було виявлено пряму залежність тяжкості захворювання зі збільшенням експресії наведених рецепторів Т- і В-лімфоцитів (табл. 2).

Таблиця 2. Значення коефіцієнта кореляції Пірсона в досліджуваних групах

Показник	М (n = 35)	МГ (n = 35)	МТ (n = 35)
CD50 ⁺ /QMGs	0,9	0,7	0,7
CD54 ⁺ /QMGs	0,7	0,9	0,8

Отже збільшення експресії CD50⁺, CD54⁺ можна використовувати для прогнозування тяжкості перебігу міастенії.

UDC 616.8-009.12-091.25; 615.81:616.8-009.12

Tondiy O., Zavalna O., Korenev S.

*Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education
(Kharkiv, Ukraine)*

Use of the physiotherapy complex on the treatment of the spasticity of different etiologies

The effect of the physiotherapy complex (ultrasonotherapy, low-frequent variable magnetic field and balneotherapy) on the patients having spasticity was investigated.

During the period from 2009 to 2016, we studied the effect of the physiotherapy complex in 110 patients aged from 25 to 65 (71 males and 39 females) having spasticity of different etiologies (initial stages of multiple sclerosis, spastical paraplegias, dyscirculatory myelopathies). For observation, we selected patients with spasticity 1—2 points on the Modified Ashworth Scale for Grading Spasticity. The patients were divided into two groups. The first group (80 patients) received in addition their basic medication and physiotherapy with combination of ultrasonotherapy — variable sinusoidal high-tension (4—5 kV) high-frequent (22 kHz) low-intensive current (power 1—10 Watt), and low-frequent variable magnetic field (frequency to 100 Hertz, magnetic induction 27 mTesla) treatment of upper and lower extremities, with taking turn each other, and balneotherapy. Every procedure exposure was 12—15 min. The complete course was 10—12 procedures. The second group (control, 30 patients) received only the basic medication.

The spasticity and subjective sensation of constraint in the extremities of the patients in the first group was reduced after 17—20 days of treatment (76.25 % patients) compared to the control group, where muscle constraint reduced after 26—28 days of treatment (56,6 % patients), $p < 0.05$.

The addition of the complex (ultrasonotherapy, balneotherapy and the low-frequent variable magnetic field) to the treatment of the mild spasticity of different etiologies resulted in earlier reducing of subjective sensation of constraint in the extremities.

УДК 617.546-616.8-009.7

Федосєєв С. В.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Стан здоров'я та якість життя хворих з болем у спині (дорсалгією) при різних варіантах неврологічної патології

В останні роки інтерпретація болю набуває все більшого соціального забарвлення. На сучасному етапі розвитку уявлень про біль превалює біопсихосоціальна концепція з достатньо складними співвідношеннями між структурними морфологічними порушеннями в організмі людини, що спричиняють біль, та психосоціальною складовою. В контексті розвитку уявлень про біль становить інтерес дослідження стану здоров'я та якості життя у хворих з різними варіантами неврологічної патології та хронічним больовим синдромом. Дослідити це дозволяє опитувальник SF-36 (англ. The Short Form-36), який був розроблений для оцінки якості життя, відображення загального благополуччя і ступеня задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я. SF-36 складається з 36 питань, згрупованих у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали складені таким способом, що чим вище значення показника (від 0 до 100 балів), тим краще оцінка за обраною шкалою.

За допомогою SF-36 були обстежені хворі з хронічним болем у спині: 21 хворий на розсіяний склероз, 22 хворих з нейроінфекціями, що мають хронічний перебіг, та 22 хворих з вертеброневрологічною патологією. Хворі були молодого віку (середній вік групи склав 34,2 роки), переважно жіночої статі (48 жінок та 17 чоловіків).

За результатами дослідження встановлено, що біль у хворих усіх трьох груп значно впливав на якість життя та стан здоров'я, але цей вплив у групах був різний. У хворих на розсіяний склероз з больовим синдромом на фоні достатньо низького рівня загального здоров'я (середній показник за шкалою — 52,105) та фізичного функціонування (середній показник — 58,343), соціальне функціонування було знижене меншою мірою (середній показник — 65,132), що найімовірніше і дозволяло хворим частково адаптуватися до болю (показник за шкалою болю — 43,211 відбиває саму низьку з усіх груп інтенсивність болю, тобто є найвищим). У хворих з нейроінфекціями, навпаки, біль існував в умовах зниженого соціального функціонування (середній показник за шкалою — 54,808) та низької життєвої активності (середній показник — 44,615), що вважають факторами, які сприяють формуванню дезадаптивної больової поведінки та хронізації болю. У хворих з вертеброневрологічною патологією біль був найбільшої інтенсивності (показник за шкалою болю — 29,222 відбиває саму високу з усіх груп інтенсивність болю), існував на фоні найкращих з усіх груп показників загального стану здоров'я (середній показник — 75,000), життєвої активності (середній показник — 59,444), соціального функціонування (середній показник — 76,389), психічного здоров'я (середній

показник — 69,333), що були найближчими до показників здорової людини, але в цих пацієнтів був різко знижений показник ролевого функціонування, зумовленого фізичним станом (показник 2,778 — найнижчий з усіх показників, за всіма шкалами в тесті), що найімовірніше відбиває один з механізмів саногенезу — зменшення функціональної рухової активності із обмеженням ноцицепції та аферентації.

Отже, результати проведеного дослідження, з одного боку, декларують порушення стану здоров'я та погіршення якості життя хворих з різними варіантами неврологічної патології, що мають хронічний біль у спині, з другого боку — висвітлюють зв'язок характеру патологічного процесу в нервовій системі та механізмів патогенезу/саногенезу болю з формуванням адаптивної/дезадаптивної больової поведінки.

УДК 616.831.716.4-073

Флоріян В. А., Слепак О. М.***

**Харківська медична академія післядипломної освіти;
**Харківська клінічна лікарня № 1 на Залізничному транспорті (м. Харків)*

Толерантність до фізичного навантаження у хворих з церебральною венозною патологією

Серед багатьох питань сучасної неврології порушення церебральної венозної кровообігу та його взаємозв'язок і взаємозалежність від змін в стані центральної та церебральної гемодинаміки до теперішнього часу залишаються недостатньо дослідженими.

Метою нашої роботи було вивчення змін показників центральної гемодинаміки, параметрів серцевої діяльності, та інших параметрів, що характеризують резервні можливості кардіореспіраторної системи залежно від ступеня вираженості венозних порушень

Усіх обстежуваних осіб було поділено на 2 групи: основну, куди увійшли 192 хворих із церебральною венозною патологією різного ступеня важкості, й контрольну в складі 20 здорових осіб. В основній групі обстежених чоловіків було 133 (69,2 %). Пацієнти переважно були особи молодого і середнього віку.

Хворі основної групи були поділені на три підгрупи: I — 58 (30,2 %) хворих із латентною, доклінічною фазою розвитку хронічної мозкової венозної дисциркуляції, II — 96 (50 %) із церебральною венозною дистонією і III — 38 (19,8 %) пацієнтів із венозною енцефалопатією.

Усім хворим проводили єдину схему клініко-неврологічного обстеження, для верифікації порушень церебральної гемодинаміки використовували метод екстра- й транскраніальної доплерографії на апараті Sigma Iris 880, вивчення параметрів центральної гемодинаміки, серцевої діяльності та дихання проводили за допомогою розробленого нами індивідуального навантажувального тесту за допомогою велоергометрії (велоергометр «Corival»).

Нами визначено найгірші співвідношення між гемодинамічними показниками й аеробною продуктивністю. Виявлено сильний зв'язок між змінами коефіцієнта Рейнделла, аеробною продуктивністю організму (PO₂ на висоті субмаксимального ергометричного навантаження) і кардіопульмональним резервом (O₂-пульс). Зниження показників кисневого режиму організму та його працездатності міцно поєднувалися з погіршенням майже всіх параметрів центральної гемодинаміки та серцевої діяльності. Зокрема, середня величина максимального споживання кисню (МСК) зменшилася порівняно з середньою нормою на 81,5 %,

ударного обсягу (УО) — на 64,5 %, а ударного індексу (УІ) — на 91,4 %. Визначали депресію та продуктивність серця (серцевий індекс — $CI = 2,25 \pm 0,8 \text{ л/м}^2$) та інших ударних показників центральної гемодинаміки. Отже, зниження відношення індексу хвилинного обсягу серця (ІХОС) до ударного обсягу ІХОС/УО менше ніж 9 характеризується дуже несприятливими співвідношеннями між найважливішими показниками кисневого режиму, гемодинаміки малого, системного та мозкового кровообігу. На відміну від цієї групи хворих, збільшення індексу вище ніж 9 супроводжується нормалізацією всіх аналізованих показників кардіопульмонального резерву та серцевої діяльності.

На ґрунті вивчення стану кардіореспіраторної системи, параметрів серцевої діяльності методом ехокардіографії і показників церебрального кровообігу — методом ультразвукової доплерографії виявлено тенденцію кореляції церебральної та центральної гемодинаміки із ступенем вираженості венозних порушень, що свідчить про наявність міцних цереброкардіальних зв'язків уже на ранніх етапах формування гемоциркуляторних порушень мозку. У хворих із вираженою венозною енцефалопатією, у яких кисневий пульс (O_2 -пульс) був нижче нормальних величин (менше ніж 9), визначали істотне зниження аеробної працездатності. Це супроводжувалося сполученими змінами кисневого пульсу й ефективного транспорту кисню.

УДК 616.831-02-089

Харіна К. В.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Особливості неврологічного стану у хворих після аортокоронарного шунтування

Було обстежено 60 пацієнтів віком від 49 до 75 років. Усі хворі були поділені на 2 групи. В першу групу увійшли пацієнти з цереброваскулярною патологією та ішемічною хворобою серця (ІХС), які перенесли кардіохірургічні втручання, в другу групу — з дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕ), зумовленою церебральним атеросклерозом та ІХС, без кардіохірургічних втручань в анамнезі, відповідних статі та віку (30 пацієнтів). Середній вік хворих 1 групи склав $59,6 \pm 6,3$ роки. Середній вік пацієнтів групи зіставлення (2 групи) складав $65,2 \pm 5,4$ роки. У 52 % хворих діагностували ДЕ I ступеня, II ступеня — у 15 % і III ступеня — у 6 % пацієнтів. Основними факторами, що асоціювалися з розвитком ДЕ у пацієнтів 1 і 2 груп, були артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, мультифокальний атеросклероз.

У пацієнтів обох груп під час ретельного опитування звертала на себе увагу різноманітність суб'єктивної клініко-неврологічної симптоматики. Для всіх обстежених хворих обох груп характерними були скарги, як-от головний біль (86,7 %), запаморочення (76,7 %), шум у голові (46,7 %), хиткість при ходьбі (63,3 %), швидка стомлюваність (76,7 %), зниження пам'яті (86,7 %). Ці неврологічні прояви супроводжувались легкими або помірними, але достатньо стійкими об'єктивними неврологічними порушеннями. У неврологічному статусі в обстежених пацієнтів 1 групи переважали пірамідні порушення — 43,3 %, вестибулярно-атактичний синдром — 93,3 %, кохлеовестибулярний синдром — 80,0 %, порушення м'язового тону — 36,7 %, емоційно-вольові порушення — 96,7 %. Ці показники були вищими ніж в 2 групі.

При проведенні тестування за шкалою MMSE середній загальний бал в 1 групі склав $24,5 \pm 2,6$ бали, що відповідає помірним когнітивним порушенням. В 2 групі середній

загальний бал за шкалою MMSE був декілька вищим і склав $26,1 \pm 2,2$ бали, що відповідало легким та помірним когнітивним порушенням.

Під час аналізу показників астенії за ШАС серед пацієнтів 1 групи середній бал склав $98,1 \pm 12,9$. У пацієнтів 2 групи середній бал за ШАС склав $76,25 \pm 12,24$. Під час зіставлення суб'єктивної та об'єктивної неврологічної симптоматики в обстежених хворих першої групи вираженішими були скарги на порушення статичної та координації, частіше виявлялися анізорефлексія та порушення чутливості за гемітипом, психоемоційні порушення. Значно вираженими були також прояви астенії: загальна слабкість, адинамія, млявість, підвищена стомлюваність, зниження працездатності виявлялися в усіх хворих. Різні психоемоційні порушення в тому або іншому ступені відзначалися також практично в усіх хворих. Синдромальна структура у хворих обох груп була однорідною, однак у хворих першої групи представленість цефалгічного, лікворно-гіпертензійного, вестибуло-атактичного і, особливо, астеничного синдромів та синдрому когнітивних порушень була більшою. Отже, симптоми ДЕ у значній частині хворих після АКШ порівняно з групою зіставлення спостерігались частіше. Когнітивні та астеничні розлади в 1 групі мали загалом вираженіший характер.

УДК 616.831:616.13-008.13-089

Харіна К. В., Лінська Г. В.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Оцінка структурно-функціонального стану магістральних артерій та особливості церебральної гемодинаміки у хворих після аортокоронарного шунтування

Мета дослідження: вивчити структурно-функціональні порушення магістральних артерій, особливості церебральної гемодинаміки та стан функціонального церебрального резерву в хворих після аортокоронарного шунтування (АКШ).

Ультразвукові дослідження проводили на ультразвуковому сканері ULTIMA PA фірми РАДМІР (Україна).

Було обстежено 27 хворих з дисциркуляторною енцефалопатією (ДЕ) II ст. на тлі церебрального атеросклерозу та артеріальної гіпертонії, які перенесли АКШ в віці $61,05 (46-71)$ роки. Групу зіставлення склали 25 хворих на ДЕ, зумовлену церебральним атеросклерозом та артеріальною гіпертонією, без кардіохірургічного втручання, у віці $57,04 (47-68)$ років.

За даними проби реактивної гіперемії плечової артерії було виявлено порушення ендотеліальної функції у пацієнтів обох груп, але в основній групі ($5,32 \pm 0,53$ %) розширення плечової артерії було вірогідно меншим, ніж в групі зіставлення ($6,67 \pm 11,45$ %). В усіх пацієнтів основної групи було виявлено зниження відсотку розширення плечової артерії від помірнього до значного.

Під час проведення оцінювання стану комплексу інтима — медіа сонних артерій та ступеня стено-оклюзуючих уражень брахіоцефальних артерій на шиї було встановлено, що товщина комплексу (ТІМ) в стандартній точці та в місті максимального потовщення достеменно не відрізнялась між групами, але була достовірно більшою у хворих, що перенесли кардіохірургічні втручання (основна група — $1,27 \pm 0,26$ мм, група контролю — $1,17 \pm 0,25$ мм). В усіх групах було виявлено зміни в структурі комплексу інтима — медіа, як-от: втрата диференціювання на шари,

нерівномірне підвищення ехогенності інтими, що розцінювалося, як і потовщення комплексу інтима — медіа, як прояви атеросклеротичного ураження.

Під час оцінювання стено-оклюзуючих уражень в каротидному басейні в обох групах було виявлено тільки стенози до 50 % за діаметром. Лише у 4 пацієнтів (14,81 %) основної групи стенози не виявлялись; в групі зіставлення стенози не виявлено у 7 пацієнтів (28 %). Під час кількісного оцінювання стено-оклюзуючих уражень в каротидному басейні по 3 стенозуючі бляшки було виявлено у 6 пацієнтів основної групи (22,22 %), в групі зіставлення — лише у 3 пацієнтів (12 %). Чотири стенозуючі бляшки виявлено в основній групі у 3 пацієнтів (11,11 %), а в групі зіставлення — у одного (4 %). Більша кількість стенозуючих уражень в основній групі та наявність в цій групі стенозів більшого ступеня порівняно з групою зіставлення, ймовірно, свідчить про більший ступінь атеросклеротичного ураження брахіоцефальних судин.

Вірогідних різниць між групами при вимірюванні швидкісних та спектральних параметрів кровотоку у магістральних артеріях голови на шії виявлено не було. Середня швидкість кровотоку становила в середніх — $57,49 \pm 7,70$ мм/с (основна група) та $55,38 \pm 8,30$ мм/с (група контролю), у задніх мозкових артеріях — $33,64 \pm 9,80$ мм/с (основна група), $29,99 \pm 9,70$ мм/с (група контролю).

Отже, у хворих, які перенесли АКШ, було виявлено більш виражене порушення судинно-рухової функції, вірогідно більше потовщення комплексу інтима — медіа, та наявність численних стенозів в каротидному басейні та підключичних артеріях, що, ймовірно, є проявом більш вираженого атеросклеротичного ураження.

УДК 616.832-004.2:612.82

Черненко М. Е.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

О проблеме пластичности неврологических и психических процессов в условиях демиелинизирующей патологии и при нейродегенерации

В настоящее время одним из активно исследуемых направлений неврологии, нейробиологии, психиатрии и психологии является проблема пластичности центральной нервной системы и психической сферы, как при нормальных физиологических условиях, так и при патологии. Во многих работах отечественных и зарубежных специалистов в области нейрофизиологии и медицины представлены сведения о механизмах пластичности, развивающихся в ответ на различные повреждения, при этом наибольшее количество работ посвящено инсультным поражениям, последствиям ЧМТ; работ, посвященных демиелинизирующим заболеваниям нервной системы, нейродегенеративной патологии несравненно мало.

Различают быструю и медленную нейропластичность. Быстрая обычно наступает при острых стрессовых ситуациях (угроза жизни и благополучию, защита, нападение и др.). В ее основе лежит активация в коре головного мозга ранее не задействованных горизонтальных связей и изменение синаптической передачи. При этом облегчаются процес-

сы нейропластичности вследствие глутаматергических NMDA рецепторов, норадренергических, дофаминергических и серотонинергических рецепторов. В случае активации тормозных ГАМК-А-рецепторов наступает снижение интенсивности нейропластичности.

Синаптическая пластичность (СП) является составляющей нейропластичности и рассматривается как способность синапсов к функциональным и морфологическим перестройкам в процессе активности. Описана определяющая роль СП в функционировании центральной и периферической нервной системы, а также ее двигательных структур в различных условиях, в том числе патологических, когда происходит включение ее резервных возможностей.

Интерес исследователей к пластичности нервной ткани определяется ее вовлеченностью в процессы обучения, формирования навыков, компенсации функций, нарушенных вследствие органического поражения мозговых тканей. Основное внимание исследователей направлено на изучение изменений, выявляющих пластичность центральной нервной системы на молекулярном, клеточном, синаптическом и анатомическом уровнях. Основными путями реализации пластичности нервной системы и обеспечения хранения информации сейчас признаются модификация количества, конфигурации, свойств синапсов, а также изменение структуры (длина, ветвистость) отростков нейрона. Экспериментальные исследования позволили установить исключительную роль NMDA-рецепторов в инициации и реализации процессов пластичности у млекопитающих. На выраженность нейропластических изменений влияют климатические условия, двигательная активность, питание, загрязнение окружающей среды и другие факторы природного или искусственного происхождения. Так, в настоящее время имеет место снижение потенциала физиологической нейропластичности, что обусловлено загрязнением внешней среды и приводит к экологической дезадаптации детей, необоснованным частым приемом различных медикаментов, полученных путем химического синтеза, и другими причинами. Для активации нейропластичности используют различные нейропротекторы: актовегин, кортексин, церебролизин, милдронат, нейромидин, карнитина хлорид, мексидол, пиридоксин и другие, а также антигомотоксические средства: коэнзим композитум, церебрум композитум, траумель, нервохель и др.

Недостаточно изученным остается вопрос взаимосвязи пластичности и адаптивных способностей нервной системы и психической сферы. Доказана роль не только обучения и образования, но и образа мыслей индивида в процессах нейропластичности. Так, в процессе обучения наступают нейропластические изменения в виде реорганизации работы синапсов и ремоделирования нейрональных сетей.

На практике прямая корреляция — чем выше пластичность нервной системы, тем совершеннее пластичность психики — работает далеко не всегда. Особенно в тех случаях, когда речь идет о демиелинизирующих поражениях нервной системы. Клиника знает множество примеров, когда при хорошем восстановлении органических поражений нервной системы больной оставался инвалидизированным за счет сохраняющихся психических дисфункций. И, наоборот, при выраженном неврологическом дефиците у больного может наблюдаться достаточно высокий (парадоксально высокий) уровень пластичности психики.

УДК 616.45-001.1/3-06-003.96:615.851

Артохова В. В.

*Харківський національний університет Повітряних Сил
імені Івана Кожедуба (м. Харків)*

**Особливості травматичного досвіду учасників
бойових дій, напрямки його психокорекції**

Для сучасної вітчизняної медичної психології та психотерапії проблема дослідження психологічних наслідків участі військовослужбовців в антитерористичній операції на Сході країни є однією з найактуальніших. Відомо, що війна накладає відбиток на все подальше життя людини, оскільки травматичний досвід може проявлятися через десятки років у вигляді негативних особистісних характеристик учасників бойових дій та наростання посттравматичної симптоматики (О. Краснова, 2004). Варто зазначити, що ефекти травмизації поширюються не тільки на безпосередні жертви військових конфліктів, але й їхні родини та близьке оточення.

Бойова обстановка характеризується сильним, різноплановим психотравмуючим впливом на різних рівнях особистості: біохімічному, психофізіологічному, емоційному, когнітивному, особистісному та соціальному. Медично-психологічні наслідки цього впливу можуть проявлятися у неврозоподібних порушеннях, соматовегетативних, емоційно-вольових розладах, приступах паніки, фобіях, антисоціальній, суїцидальній, агресивній поведінці та інших розладах поведінки психогенного походження (Л. Шестопалова, 2014).

Психіка учасників бойових дій трансформується під потреби війни, адаптується до них. Найбільша проблема, яка виникає у демобілізованих військовослужбовців — це проблема соціальної дезадаптації, що проявляється у соціально-психологічній ізоляції, стані фрустрованості і пригніченості, неадекватності комунікативних навичок, поведінкової дезорганізації, внутрішній скутості і відчуженості. Людина, яка брала участь у військових операціях, здебільшого, прийшла з війною в мирне життя, вона керується нормами та цінностями військового часу, її дратує дозвільний спосіб життя навколо, вона не спроможна відчувати задоволення від звичайних людських радощів та відчуває втрату сенсу життя. Відсутність життєвого сенсу, неможливість його реалізувати викликає у особи відчуття порожнечі, вакууму, що може стати причиною розвитку ноогенного неврозу. Отже, бойові психічні травми спричиняють порушення самосвідомості та зміну смислової сфери особистості, через що людина відчуває бажання дисоціюватися від власного травматичного досвіду, забути його.

У вітчизняних і зарубіжних дослідженнях показано, що наслідки бойової травми можуть мати позитивний характер і проявлятися у вигляді певної життєвої мудрості, унікальної системи моральних цінностей і значного конструктивного потенціалу. Визначено, що наявність постійної небезпеки, ризику сприяє більш серйозному, філософському ставленню до життя, глибинному розумінню життєвих цінностей, підвищенню самостійності, самоповаги й активності.

Складні та різноманітні психопатологічні порушення, що виникають внаслідок впливу психотравмуючих стресових обставин бойових дій на особистість військовослужбовця, потребують розробки нових підходів до їх психокорекції. Психокорекційну роботу доцільно спрямовувати на актуалізацію наявних у людини психологічних і психофізіологічних ресурсів, а також когнітивну переробку травматичної події та її адекватне включення у смисловий контекст загального досвіду особистості.

УДК 616.89-008+159.96:355.01(477.62)

Березовский В. Н.*; Панченко О. А.**

**ГУ «Научно-практический медицинский
реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»
(г. Константиновка);*

***Всеукраинская профессиональная психиатрическая лига
(г. Киев)*

**Посттравматическое стрессовое расстройство
в зоне проведения антитеррористической
операции**

Целью исследования было изучение особенностей диагностики и лечения больных посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) в зоне проведения антитеррористической операции (АТО). Исследование проводили в рамках программы МЗ Украины «Диагностика, лечение и реабилитация посттравматических и тревожных расстройств, обусловленных социально-стрессовыми факторами, у населения в зоне проведения антитеррористической операции» на базе дневного стационара психоневрологического отделения ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины». Было пролечено 40 человек с проявлениями ПТСР (F43.1), из них женщин — 33, мужчин — 7. В исследовании применяли клинический, психологический, нейрофизиологический, лабораторно-иммунологический, статистический методы.

Критерий А был выявлен у всех больных, но значимость травматического события индивидуальна: у одних — это недавняя гибель в ДТП мужа и единственного ребенка, у других — смерть близких родных, иногда отдаленные (до 5 лет). Для одной больной был значимым тот факт, что она видела, как над домом пролетел военный самолет. Некоторые больные не могли четко указать на травматические события и психотравматической была сама обстановка на территории АТО. Были больные, которые побывали под обстрелом, но большая часть больных не были в боевой обстановке. Ни в г. Константиновке, ни в районе военных действий не велось. У части больных имела место коморбидная психическая патология — в 58 % случаев. Это — органические расстройства головного мозга (F06 и F07), расстройства личности (F60), которые, наверняка, снизили эмоциональную устойчивость больных к стрессу. Критерий В («вторжения») — наблюдался у 83 % больных. Критерий С («избегания») имел место у 35 % больных. Критерий D («гиперактивация») — наблюдался у 95 % больных. Критерий E наблюдался в 100 % случаев. То есть, все больные обратились за помощью через 1 месяц и более после пережитого травматического события. Период острой травмы у пациентов на тот момент был пройден, наблюдались результаты личностной переработки события, чаще в виде депрессивных проявлений. Критерий F наблюдался в 70 % случаев, имели место нарушения адаптации в социальной, профессиональной и других важных сферах жизнедеятельности.

Лечение осуществляли в соответствии с унифицированным клиническим протоколом первичной, вторичной (специализированной) и третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи «Реакция на тяжелый стресс и реакция адаптации. Посттравматическое стрессовое расстройство» (Приказ МЗ Украины № 121 от 23.02.2016). Лечение состояло из психофармакотерапии, симптоматического лечения, физиотерапии, психотерапии.

Интересны иммунологические исследования (кортизол): выявлено повышение у 32 больных (80 %), после лечения показатели нормализовались. У 8 человек (20 %) показатели

кортизола остались підвищеними. После проведенного лечения 36 человек (90 %) были выписаны с улучшением: прошли жалобы, нормализовался фон настроения, возобновилась активность, нормализовался сон, 4 человека (10 %) выписаны с нестойким (медикаментозным) улучшением, 32 больным (80 %) было назначено продолжить прием антидепрессантов. Всем больным были даны рекомендации по аутогенной тренировке, психофизической гимнастике. 28 больным (70 %) были даны рекомендации по нормализации семейной, социальной, профессиональной обстановки. Всем больным было рекомендовано консультативное наблюдение у психиатра, 18 человек (45 %) уже наблюдались у психиатра до обращения по поводу ПТСР.

Диагностические критерии ПТСР давно известны, но удалось показать особенности пребывания в зоне проведения АТО. Выявлены особенности диагностики и лечения больных. Результаты исследования могут быть интересны врачам-психиатрам и медицинским психологам.

УДК 616.892-07-036.65:001,8

Блажевич Ю. А.

*Территориальное медицинское объединение
«Психиатрия» в г. Киеве (г. Киев)*

**Частота рецидивов и динамика
клинической представленности психозов
после первого психотического эпизода
по данным катamnестического исследования**

Целью исследования было изучение частоты рецидивов после первого приступа психоза, а также динамики клинической картины заболевания при последующих приступах. Изучалась связь указанных проявлений в зависимости от нозологической принадлежности заболевания, степени эффективности терапии на момент окончания курса стационарного лечения первого психотического эпизода, а также в зависимости от соблюдения пациентом комплаенса (выполнения рекомендаций по поддерживающей терапии).

Клинико-катamnестические исследования проводились на базе Центра первого психотического эпизода ТМО «Психиатрия» в г. Киеве при первом и последующих поступлениях пациентов на стационарное лечение, а также по данным медицинской документации других психиатрических отделений, включая амбулаторные учреждения. Длительность катamnеза — до пяти лет.

Использовали следующие методы исследования: клиническо-психопатологический, клинико-анamnестический, катamnестический, патопсихологический (ММРІ, тест Люшера, методика «Исключение лишнего», «Пиктограмма» шкала Гамильтона, таблицы Шульце, др.), параклинический (ЭЭГ, КТ, МТР), математико-статистические методы (корреляционный и факторный анализы).

Исследовано 202 случая первого психотического эпизода: 104 случая у мужчин, 98 — у женщин. Средний возраст на момент первого психотического эпизода у мужчин составил 27,2 года, у женщин — 31,6 года.

Установлено наличие аффективной симптоматики при первом психотическом эпизоде в 82 % случаев у женщин и в 78 % — у мужчин. Почти одинаково часто у пациентов обоих полов (соответственно, 18 % женщин и 17,5 % мужчин) на этапе дебюта заболевания расстройством аффекта были ведущими проявлениями заболевания, маскирующими расстройством восприятия и мышления. Следует отметить, что число пациентов, завершивших полный курс стационарного лечения при первом эпизоде пси-

хоза, составил 76 %. Нон-комплаенс в течение 3 месяцев и более достиг среди пациентов с психозами всех типов более половины случаев (68 %). Наиболее высоким он был в группе пациентов с преобладанием маниакальной либо маниоформной симптоматики — 94 %, при собственно психотических нарушениях (галлюцинаторно-параноидная симптоматика) — 55 %, в случаях превалирования депрессивной симптоматики нон-комплаенс составил 24 %. Лица женского пола следовали рекомендациям врачей приблизительно в четверти случаев добровольнее.

Полученные данные дают дополнительный клинический материал о структуре психоза и его динамике на современном этапе, а также о частоте рецидивов и их связи с приемом поддерживающей терапии. Разработаны эффективные методы психофармакотерапии первого психотического эпизода; программы первичной и вторичной профилактики рецидивов.

УДК 614.23:616.89-08.48

Васильева Г. Ю.

*Донецкий национальный медицинский университет
МОЗ України (м. Краматорськ)*

**Особенности реализации копинг-поведінки
в професійній діяльності медичних працівників
онкологічного профілю з різним рівнем
емоційного вигорання**

Проблема емоційного вигорання та формування стратегій подолання професійного стресу в онкології набуває все більшої актуальності на сучасному етапі розвитку медицини, оскільки значна частина висококваліфікованих медичних працівників онкологічного профілю мають низький рівень стресостійкості, схильні до формування емоційного вигорання та неадаптивних стратегій копинг-поведінки.

Нами було проведено дослідження 100 медичних працівників онкологічного профілю та оцінено рівень емоційного вигорання (за методикою діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойко) та ступінь використання ними стратегій подолання професійних стресових ситуацій (за методикою «Копінг-тест Лазаруса»).

Різного ступеня виразності ознаки синдрому емоційного вигорання (ЕВ, Z 73.0) спостерігалися нами у $86,0 \pm 3,5$ % досліджених медичних працівників — $38,4 \pm 5,3$ % лікарів і $61,6 \pm 5,3$ % медичних сестер.

На стадії формування першої фази ЕВ «Напруження» перебували $20,9 \pm 4,4$ % медичних працівників онкологічного профілю. Серед стратегій подолання стресу, що переважали, виявилася стратегія «Планування рішення проблеми», яка передбачає спроби подолання проблеми з використанням цілеспрямованого аналізу ситуації і можливих варіантів поведінки, вироблення стратегії розв'язання проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, минулого досвіду і наявних ресурсів. У $40,7 \pm 5,3$ % осіб із повністю сформованою фазою «Напруження» домінувала стратегія «Пошуку соціальної підтримки» — спроби вирішення проблеми через залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошук інформаційної, емоційної і дієвої підтримки, орієнтованість на взаємодію з іншими людьми, очікування уваги, ради, співчуття.

Формування другої фази ЕВ «Резистенція» виявлено у $52,3 \pm 5,4$ % медиків с провідною стратегією «Самоконтролю», яка передбачає спроби подолання негативних переживань завдяки цілеспрямованому придушенню і стримуванню емоцій, мінімізації їх впливу на оцінку ситуації і вибір стратегії поведінки, високий контроль по-

ведінки, прагнення до самовладання. У $47,7 \pm 5,4$ % осіб зі сформованою фазою «Резистенція» найбільш типовою виявлялася стратегія «Конфронтації», яка характеризувалася прагненням до не завжди цілеспрямованої поведінкової активності із наявністю агресивних тенденцій, спрямованих на зміну ситуації, що припускає певну ступінь ворожості і готовності до ризику.

У $33,7 \pm 5,1$ % медпрацівників виявлено формування третьої фази ЕВ «Виснаження» з переважанням стратегії «Дистанціювання», які демонстрували спроби подолання негативних переживань через суб'єктивне зниження значущості проблеми та ступеня емоційної залученості в неї з використанням інтелектуальних прийомів раціоналізації, переключення уваги та відсторонення. У $19,8 \pm 4,3$ % фаза «Виснаження» була повністю сформованою з провідною стратегією «Втечі-уникнення», яка передбачає реагування за типом ухилення: заперечення або повне ігнорування проблеми, пасивність, нетерпіння, спалахи роздратування, вживання алкоголю з метою зниження болісного емоційного напруження.

Подібний розподіл фаз у структурі синдрому емоційного вигорання та домінуючих стратегій копінг-поведінки у медичних працівників онкологічного профілю свідчить про переважання психологічного захисту у вигляді редукції професійних обов'язків та розширення сфери економії емоцій, та є додатковим провокуючим чинником для розвитку психогенних психічних розладів у хворих на злякисні новоутворення.

УДК 616.89-008.19159.93-054.72

Венгер О. П.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України» (м. Тернопіль)

Клінічні особливості суб'єктивного контролю у емігрантів та реемігрантів, хворих на депресивні розлади

Проблема еміграції та рееміграції в Україні є однією з найактуальніших державних та суспільних проблем. При оціночній кількості українських мігрантів у 6,5—7 млн осіб, еміграція має постійну тенденцію до збільшення. Сьогодні міграцію розглядають як один з факторів, що впливає на стан психічного здоров'я населення. У структурі особистості емігрантів виявляються емоційна нестійкість, тривожність, соціальна інтроверсія, конформність на поведінковому рівні, підозрілість, слабка інтеграція особистісних рис у вигляді емотивності та фрустрованості, низький рівень фрустраційної толерантності. У низці досліджень висувалася гіпотеза про існування особливого «міграційного» психотипу, який є ядром комплексу причин (зокрема неусвідомлюваних), що спонукають людину реалізувати рішення про еміграцію. При цьому інші дослідники зауважують, що не існує універсальних характеристик людини або набору певних рис, які б сприяли процесу адаптації до будь-якої культури.

Метою дослідження було вивчення особливостей суб'єктивного контролю у емігрантів та реемігрантів порівняно з не емігрантами. Для цього за допомогою методики «Рівень суб'єктивного контролю» було проведено обстеження 196 осіб, які щонайменше протягом останнього року проживали за межами України і планували найближчим часом повернутися за кордон (емігранти), 191 осіб, які не менше року проживали за межами України і протягом останнього року повернулися для постійного проживання

в Україну (реемігранти) та 198 осіб, які постійно проживають в Україні, і ніколи не виїжджали за її межі для тривалого проживання (не емігранти). Усі обстежені хворі перебували на лікуванні в Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні за період 2010—2014 років, їм був встановлений остаточний клінічний діагноз депресивного розладу відповідно до критеріїв МКХ-10. Психогенні депресивні розлади (коди за МКХ-10 F43.21 та F43.22) встановлені у 69 не емігрантів, 68 емігрантів та 67 реемігрантів, ендогенні (коди за МКХ-10 F31.3, F31.4, F32.1, F32.2, F33.1 та F33.2) — відповідно у 65, 66 та 63 осіб, органічні (код за МКХ-10 F06.3) — відповідно у 64, 62 та 61 осіб; розбіжності не значущі.

Нами виявлено, що емігрантам, хворим на психогенні депресивні розлади, притаманне зміщення локус-контролю з тенденцією до інтерналізації в сферах досягнень, невдач, в сімейних, трудових, міжособистісних відносинах, та слабкої екстерналізації — щодо здоров'я і хвороби. У реемігрантів, на відміну від емігрантів, виявлено зміщення локус-контролю у бік екстерналізації в сфері досягнень, в сімейних відносинах, в сфері трудових відносин, міжособистісних відносин, і в бік інтернальності — в сфері невдач та щодо здоров'я і хвороби.

Отже, емігрантам притаманний найвищий рівень суб'єктивного контролю і переважання інтернального типу контролю як у загальній інтернальності, так і в сферах досягнень, невдач, сімейних, трудових, міжособистісних відносин. Натомість, для реемігрантів типовим був екстернальний тип внутрішнього контролю, як загалом, так і у сферах досягнень, сімейних, трудових, міжособистісних відносин; при цьому в сфері досягнень реемігранти виявляють інтернальний тип суб'єктивного контролю. Як емігрантам, так і реемігрантам притаманний екстернальний тип суб'єктивного контролю щодо здоров'я і хвороби, що свідчить про пасивне ставлення до хвороби.

УДК 616.891.8-08

Георгиевская Н. В.

Харьковский национальный медицинский университет (г. Харьков)

Психотерапевтическая помощь замужним женщинам при различных формах сексуальной дезадаптации

Невротические расстройства у женщин часто сопровождаются сексуальными расстройствами, по данным различных авторов это составляет от 40 до 80 % случаев всей патологии. Данные нарушения нередко приводят к снижению репродуктивной функции и распаду брака. Нами было проведено системное исследование сексуальной дезадаптации супружеской пары при невротическом расстройстве у жены, результаты которого послужили основанием для разработки системы патогенетически направленной психотерапии.

Предложенная нами система психотерапевтической коррекции состояла из четырех компонентов: когнитивного (информационного), аффективного (эмоционального), поведенческого и личностного. При этом проводимые психотерапевтические мероприятия адресуются к трем подсистемам личности супругов — интраиндивидной, интериндивидной и метаиндивидной.

Разработанная система психотерапии была проведена нами 250 супружеским парам с сексуальной дезадаптацией, в которых жены страдали невротическим расстройством (неврастенией, смешанным диссоциативным и обсессивно-компульсивным расстройством, ипохондрическим расстройством).

Психотерапевтическая коррекция состояла из трех основных этапов. На первом установочном этапе проводилось выявление и устранение неадекватных и деструктивных установок, оценок и представлений супругов в области сексуального взаимодействия. Основными методами для этого этапа мы выбрали рациональную и информационную психотерапию. Рациональную психотерапию осуществляли в форме индивидуальной, парной и групповой психотерапии, используя техники, разработанные А. Ellis, W. Dryden. Основной задачей этапа считали корректировку так называемого иррационального мышления у супругов. В основе иррациональных взглядов, ведущих к таким нездоровым эмоциям как тревога, гнев, злость, обида, депрессия, стыд, вина или ревность, лежит мыслительный процесс, известный в теории рационально-эмоциональной поведенческой терапии как «долженствование».

На втором этапе психотерапевтической коррекции воздействия для пациенток были направлены на дезактуализацию переживаний, связанных с сексуальной дезадаптацией, компенсацию неадекватных эмоциональных реакций на нее, а также на повышение сексуально-эротической привлекательности брачного партнера. Психокоррекционные усилия для мужей пациенток на этом этапе были направлены на изменение закрепившегося девиантного сексуального поведения и привлекательности образа сексуального брачного партнера. На втором этапе психотерапии основными методами коррекции в работе с пациентками и их мужьями были аутотренинговые и гипносуггестивные техники, а также модифицированный нами вариант мотивационной психотерапии А. Ю. Дышлевого. Успешность данного этапа у женщин определяется регрессом невротической симптоматики и формированием позитивной установки в отношении брачного партнера. Успешность этапа для мужей пациенток является регуляризация образа брачного сексуального партнера, формирование адекватных мотиваций сексуального поведения и мотивов полового акта.

На третьем этапе психотерапии супруги научались успешному, продуктивному и правильному сексуальному взаимодействию. На этом этапе повышался практический уровень их сексуальной компетентности, достигалась оптимальная согласованность взаимодействия, формировалось новое, более адаптированное сексуальное поведение. На третьем этапе психотерапевтической коррекции основными методами коррекции был сексуально-поведенческий тренинг. Этап считался завершенным при формировании и закреплении у супругов нового сексуально-поведенческого поведения и достижения обоюдной стабильной сексуальной и эмоциональной удовлетворенности.

УДК 616.89-008.441.3

Гердт И. Ю.

*Институт психотерапии (г. Кобленц, Германия)**

Особенности синтетической, межнациональной, поликультуральной социопсихотерапии иммигрантов с различными формами психических и поведенческих расстройств

Интеграция иноязычных иммигрантов в социально-экономическую жизнь Германии представляет серьезную общечеловеческую и медицинскую проблему, которая

* Данная публикация подготовлена в рамках программы сотрудничества с отделом клинической и социальной наркологии «ИНПН НАМН Украины» и ООО «Клиника доктора Артемчука».

решается в государственном плане комплексно, путём обучения приехавших людей языку и истории страны, получения нужной профессии и трудоустройства, обеспечения материальной и правовой помощью, а в случаях наличия соматической и нервно-психической патологии — посредством медицинских консультаций и проведения терапевтических курсов в амбулаторных клиниках, в т. ч. методами психотерапии (поведенческой, глубинной, психоаналитической и др.). Эти люди, до недавнего времени, представляли собой другую культуру, другую страну, другой этнос и после переезда испытывают трудности (стресс) адаптации; демонстрируют высокие уровни тревоги, напряжения, агрессии, депрессивных расстройств, а также клинические признаки невротизации, алкоголизации, наркотизации, асоциального, в т. ч. криминального поведения. Как правило, переселенцы живут в изолированных, по национальному типу, общинах, в которых сохраняются прежние верования, философия, уклад, ценности, привычки. Они испытывают враждебность, дискриминацию со стороны (и по отношению) местного населения, страх перед будущим; имеют проблемы с трудоустройством, семейной жизнью, работоспособностью и здоровьем (вплоть до инвалидизации). Всё вышесказанное отражает низкий уровень возможностей данного контингента к социально-профессиональной, личностной и национальной интеграции в условиях новой действительности, недостаток мотиваций к здоровому образу жизни и к соблюдению общепринятых стандартов поведения; отсутствие критики к болезням. Такое положение дел требует поиска, разработки и внедрения новых подходов, методов и технологий адаптации этого проблемного по многим характеристикам контингента с целью формирования у него паритетной психологии, объединяющей прежнюю и новую экзистенцию, межнациональные конфессии и философские системы; активного накопления позитивного опыта решения проблем.

В медико-социальном Центре (Институт психотерапии, г. Кобленц) нами, при анализе материалов наблюдения и лечения 250 иммигрантов с психическими расстройствами и расстройствами поведения из России, Польши, Турции, Албании, Хорватии, а в последние годы из Ирана, Сирии, Украины, было установлено, что весь этот контингент нуждается в многолетней, направленной, межкультуральной, интернациональной по содержанию, полипрофессиональной социо- и психотерапии, которая, с нашей точки зрения, должна быть выделена в отдельное направление, и даже — в отдельный метод синтетической, межкультуральной терапии. Согласно стандартным подходам к интеграции переселенцев в экономику и социальную жизнь Германии, они наблюдаются в подобных Центрах в течение трех лет и проходят курсовые психологические, правовые, медико-социальные, психотерапевтические и другие адаптационные программы в течение 120 учебных часов. Несмотря на положительные результаты такой работы — она остаётся недостаточной (и по содержанию, и по длительности), т. к. не учитывает специфики жизни иммигранта в его прежней стране. Процесс интеграции финансируется в Германии медицинскими страховыми компаниями. Показания к социотерапии и психотерапии регламентируются международной классификацией болезней (МКБ-10) и основываются на показателях ограничения жизнедеятельности и здоровья человека. Оценка состояния больного производится профильными медицинскими специалистами. В целом постановка интеграционной работы в отношении переселенцев остаётся несовершенной.

Вследствие этого, после обоснования необходимости создания синтетической, более совершенной, межкультуральной (межнациональной) программы интеграции переселенцев, отдельные её составляющие (и прежде всего — социо- и психотерапевтические) были существенно дополнены, качественно изменены и увеличены по продолжительности.

УДК 355.422:291.1-07-057.36

Гук Г. В.

*Запорізький державний медичний університет
(м. Запоріжжя)*

Особливості застосування діагностичного інструменту SCID-I з метою оцінки стану психічного здоров'я демобілізованих учасників бойових дій

Сучасні вимоги до діагностики психопатологічних порушень передбачають високу точність та відповідність встановленим нозоспецифічним критеріям. Разом із неухильним поглибленням та розширенням теоретичних уявлень про психічну патологію із тенденцією до стандартизації надання спеціалізованої медичної допомоги це призводить до актуалізації проблеми розроблення нового та адаптації наявного психодіагностичного інструментарію, що використовують у повсякденній лікувальній та дослідницькій практиці. З огляду на це особливу увагу вітчизняних клініцистів та науковців привертає новий сформований контингент осіб, які звертаються за психічною допомогою, — демобілізовані учасники бойових дій на Сході України.

Нами було проведено дослідження оцінки діагностичної ефективності інструменту Структуроване клінічне інтерв'ю для діагностики розладів за посібником DSM-IV (SCID-I). До інтерв'ю нами було включено такі розділи осі I: модуль *A* — афективні розлади; модуль *D* — порушення настрою; модуль *F* — невротичні розлади (включаючи посттравматичний стресовий розлад — ПТСР); модуль *E* — розлади, викликані вживанням алкоголю; модуль *I* — розлади адаптації. Спектр нозологічного охоплення структурованого опитування був визначений з урахуванням класифікаційних розбіжностей та з огляду на найпоширеніші (згідно з результатами попередніх досліджень) психічні розлади, встановлювані серед демобілізованих воїнів, при їх звертанні до спеціалістів у сфері психічного здоров'я (психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів).

Загальна вибірка складала 20 учасників бойових дій на Сході України, які зверталися за амбулаторною та/або стаціонарною психіатричною допомогою. Спочатку лікар-психіатр проводив клінічну бесіду у вільній формі. Її метою була комплексна оцінка психічного стану за всіма сферами із встановленням попереднього, а за можливості — клінічного діагнозу. Після того з інтервалом у 2—4 дні призначали повторну співбесіду зі спеціалістом, сертифікованим у проведенні SCID-I, за результатами якої також встановлювали попередній/клінічний діагноз. Отримані результати було проаналізовано та виявлено викладені далі тенденції та закономірності.

Середні тривалості вільної клінічної бесіди та інтерв'ювання за SCID-I становили $1,2 \pm 0,5$ год та $1,7 \pm 0,6$ год відповідно. Результати виявлення порушень афективного спектра (модуль *A*) та розладу адаптації (модуль *I*) за обома методиками не мали значущих відмінностей, тоді як у модулі *D* (порушення настрою) психодіагностика за SCID-I

виявилася чутливішою у діагностуванні дистимії. Якщо в результаті клінічної бесіди цей діагноз було встановлено лише у 2 випадках, то бали, підраховані в процесі структурованого інтерв'ю, дали підставу для констатації дистимії у 4 респондентів. Подібна тенденція була наявна у модулі *E*, в якому кількість діагнозів «зловживання алкоголем» та «алкогольна залежність», встановлених за SCID-I (6 випадків та 3 випадки відповідно), переважала таку за підсумками вільної клінічної бесіди (3 випадки та 2 випадки відповідно). Найбільш суттєві різниці було виявлено у модулі *F*, в якому SCID-I виявив поодинокі випадки аерофобії, батофобії та генералізованого тривожного розладу, не діагностовані при вільній клінічній бесіді. Рівень ПТСР за SCID-I визначено як субпороговий у 4 випадках із 7 через відсутність критерію уникання, тоді як у процесі клінічної бесіди в усіх 7 пацієнтів було констатовано розгорнуту клінічну картину посттравматичного розладу.

Подальші аналіз та адаптація психодіагностичних методик сприятимуть підвищенню якості вітчизняної психіатричної допомоги.

УДК 616.89-008.19:615.851

Данилов А. С.

Незалежна асоціація психотерапевтів (з. Харків)

«Многообразие эмоционального влияния.

Рождение эмоции из логоса»

“Cogito ergo sum.” (Декарт)

“Senso ergo sum.” (Автор)

Весь опыт академической и практической психологии, как и патологии, показывает, что эмоции являются катализаторами различных процессов.

Восприятие, внимание, память, мышление, сознание и т. д. зависят от эмоционального фона, как в норме, так и в патологии, в клинике аффективных расстройств.

С другой стороны, весьма эффективно умелое психическое воздействие с грамотным использованием эмоциональной составляющей, в том числе и в психотерапии.

Достаточно вспомнить об эмоциональном внушении; феномене эмпатии (как саногенного фактора, так и в создании комплаенса); эффекте катарсиса, ведущего к отреагированию. (А. Данилов, 1998). Ранее мы показали роль критического числа пафоса мифологемы, вызывающего явление катарсиса. (А. Данилов, 2005).

Но не только пафос, а формально «холодное», логическое содержание, может, образно выражаясь, посредством сухого, когнитивного материала высечь искру эмоции, из которой возгорится пламя.

Из множества условий хочется отметить содержание в когнитивной структуре истины, как абсолютной, так и конкретной «внутренней правды», актуальной для объекта психического воздействия, порою с использованием влияния на неосознаваемые, глубинные процессы бессознательного психического.

Предложенная гипотеза дает ключ к пониманию различных психических феноменов к созданию конкретных техник психического воздействия, например, плавный переход от когнитивной к эмоциональным разновидностям психотерапии, сочетании внушения с убеждением и рациональными вариантами; грамотное составление психотерапевтического текста, где безукоризненное, формально логическое содержание вызовет множество актуальных эмоциональных процессов.

УДК 616.85:616.89-008.447-06

*Денисенко М. М.**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)***Кореляція аддиктивних тенденцій
у хворих на неврастенію**

Поширеність аддиктивних розладів та їх часта коморбідність з іншими психопатологічними станами визначає актуальність конкретних досліджень в цьому напрямку. В проведеному аналізі аддиктивних феноменів у хворих на невротичні розлади нами була доведена висока поширеність аддиктивної поведінки та її виразність у хворих на невротизм. Було встановлено, що хворі на невротичні розлади характеризуються високою вірогідністю формування «мультиморбідних» варіантів аддикцій, тобто поєднанням декількох аддикцій одночасно. Зазначене зумовило потребу ретельнішого аналізу в напрямку встановлення взаємозв'язків та характеру поєднання різних аддиктивних тенденцій при неврастенії.

Для діагностики аддиктивного ризику використовували вісімнадцять AUDIT-подібних тестів з подальшим статистичним аналізом отриманих даних за допомогою комп'ютерних програм Excel та SPSS for Windows 15.0.

Для реалізації зазначеної мети нами було проведено кореляційний аналіз та встановлено кореляційні зв'язки між ступенями виразності різних варіантів аддикцій. Результати кореляційного аналізу дали змогу оцінити наявність та характер відносин між різними об'єктами вживання (синергічні, нейтральні або навпаки антагоністичні). Кореляційний аналіз здійснювали окремо за результатами всіх обстежених осіб та за результатами лише тих осіб, що мали відповідний досвід вживання. Саме наявність досвіду вживання і дає змогу оцінити — як складається взаємодія між досліджуваними об'єктами вживання, а результати осіб, які не мають відповідного досвіду вживання, лише узагальнюють та маскують статистичні дані. Тому основний аналіз результатів кореляційних зв'язків між різними об'єктами вживання нами було сконцентровано на даних, що отримані серед осіб, що мають досвід вживання.

Найбільша кількість високівірогідних прямих кореляцій у хворих на неврастенію виявлена за такими об'єктами вживання як-от: канабіноїди, рівень зловживання якими прямо пов'язаний з рівнем зловживання роботою/навчанням ($r = 0,94$), Інтернетом ($r = 0,96$), алкоголем ($r = 0,94$), читанням ($r = 0,69$), тютюном ($r = 0,69$), сексом ($r = 0,59$) та чаєм/кавою ($r = 0,41$); азартні ігри, що прямопропорційно пов'язані зі зловживанням комп'ютерними іграми ($r = 1,00$), тютюном ($r = 1,00$), шопінгом ($r = 0,90$), телебаченням ($r = 0,86$), алкоголем ($r = 0,63$) та чаєм/кавою ($r = 0,41$); комп'ютерні ігри, що мають сильний прямий зв'язок з азартними іграми ($r = 1,00$), алкоголем ($r = 0,58$), тютюном ($r = 0,52$) та їжею ($r = 0,45$); та алкоголь, вживання якого прямопропорційно корелює з канабіноїдами ($r = 0,94$), тютюном ($r = 0,74$), азартними іграми ($r = 0,63$), комп'ютерними іграми ($r = 0,58$) та сексом ($r = 0,41$).

Під час аналізу побудованої корелограми аддикцій хворих на неврастенію виявлені певні особливості: спостерігається висока кількість сильних як прямих так і зворотних кореляцій. При цьому, на відміну від інших форм невротизму, зворотні кореляції належать не тільки переважно хімічним речовинам, а і нехімічним варіантам залежностей також. Наприклад, у хворих на неврастенію зловживання азартними іграми виключає зловживання їжею ($r = -0,67$) та роботою ($r = -0,60$); а зловживання комп'ютерними іграми виключає вживання снодійно-седативних препаратів ($r = 0,41$) та надмірне захоплення читанням ($r = -0,34$) і нав-

паки, що свідчить про взаємовиключні зв'язки між цими формами аддикцій при неврастенії.

Загалом наявність великої кількості різних за знаком кореляцій між аддикціями у хворих на неврастенію, а також її нозологічна специфіка свідчать про складний характер формування та відносин взаємоіснування аддикцій при неврастенії, що потребує проведення докладних клініко-психологічних досліджень в цьому напрямку.

УДК 616.45-001.1/3-07:355.257.6

*Денисенко М. М., Лакінський Р. В.**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)***Клінічна варіативність постстресових розладів
у комбатантів**

На ґрунті порівняльного соціально-демографічного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного аналізу обстежено 35 учасників бойових дій (комбатантів), що брали участь у бойових діях в зоні антитерористичної операції в Луганській і Донецькій областях протягом 2014—2016 рр., визначено клінічні критерії психічних розладів у цього контингенту.

За результатами клініко-психопатологічного обстеження учасників бойових дій були виявлені такі групи психічних розладів: найчастіше серед обстежених виявлялися посттравматичні стресові розлади (ПТСР) — 11 осіб (31,43 %) та розлади адаптації (РА) — 10 осіб (28,57 %). Значно менше спостерігалися алкогольні аддикції — 4 особи (11,43 %) та депресивні розлади — 2 особи (5,71 %). Не мали ознак психопатології 8 осіб (22,86 %). Ці дані свідчать, що для учасників бойових дій існує високий ризик розвитку психічних розладів внаслідок впливу частих психотравмуючих факторів та постійного стресу під час бойових дій. Зважаючи на вікові та соціально-демографічні дані, до групи ризику входять люди віком від 30 до 45 років з середньою технічною освітою, які на час мобілізації не мали роботи, що у свою чергу відображає значний вплив соціально-економічного фактору на можливість розвитку психічних розладів екзогенного генезу у цій популяції.

Встановлено, що комбатанти з ПТСР мали такі особливості перебігу цього захворювання: ознаки ПТСР почали з'являтися через тривалий час (7—12 місяців) після демобілізації із зони бойових дій і тривали більше 6 місяців. Зазначені ознаки виникали раптово, на фоні загального зовнішнього благополуччя комбатанта. Отже у всіх комбатантів, яким було діагностовано ПТСР (F43.1 — за МКХ-10), спостерігався хронічний варіант цього розладу з відстроченим початком.

Синдромологічна структура в обстежених комбатантів з ПТСР була виражена тривожно-фобічною симптоматикою (45,46 % від загальної кількості хворих на ПТСР з поєднанням панічних, обсессивно-компульсивних розладів, які відображали події пережитої психотравмуючої ситуації), астенічним синдромом (спостерігався у 4 осіб, або у 36,36 % від загальної кількості хворих на ПТСР) та дисфорічним синдромом (спостерігався у 2 осіб або у 18,18 % від загальної кількості хворих на ПТСР).

Для обстежених з ПТСР були характерними симптоми, які включали внутрішнє переживання психотравмуючих подій: феномени «флешбек», нав'язливі образи, спроби уникнення психогенних спогадів, надмірна настороженість, кошмарні сновидіння, нічні пробудження, постійний страх за своє життя, надмірна обережність, сплутаність свідомості, труднощі з розв'язанням проблем та зниження пам'яті на по-

точні події, що супроводжувалися емоційними симптомами, як-от тривога, панічні атаки, неадекватна емоційна реакція, дратівливість, спалахи гніву, емоційні спалахи, зниження концентрації уваги, ідеї безвиході, ідеї самозвинувачення, емоційна лабільність, ажитація, втрата контролю над емоціями, нав'язливі думки (суїцидального змісту).

На ґрунті отриманих даних створена система спеціалізованої медичної допомоги, що становить комплекс медико-психологічних заходів, розроблених з урахуванням впливу біопсихосоціальних чинників в генезі постстресових розладів, спрямованих на попередження або усунення клініко-психопатологічної симптоматики та психосоціальної дезадаптації, забезпечення гідного рівня соціального функціонування пацієнтів в повсякденних умовах життя.

УДК 616.89-02:616.831-001.31-036/6:340.63-039.76

Живілова Я. С.

ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України» (м. Дніпро)

Організація психосоціальної реабілітації у хворих з органічними ураженнями головного мозку в умовах лікарні з суворим наглядом

На сьогодні в світі простежується стійка тенденція до зростання захворювань психіки. За даними Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), психічними захворюваннями в світі страждають більше 450 млн людей. За прогнозами ВООЗ, до 2020 року психічні розлади вийдуть на одне з перших місць в структурі захворюваності. При цьому в структурі захворюваності істотно місце займають порушення психіки органічного, зокрема травматичного генезу.

Проблема зниження суспільної небезпеки хворих з органічними ураженнями головного мозку в умовах лікарні з суворим наглядом до теперішнього часу є далекою від вирішення. Це зумовлює необхідність розробки принципів побудови ступеневого процесу відновної терапії і медико-психологічної реабілітації з урахуванням психічного стану, особистісних характеристик, макро- і мікросоціального оточення і адаптаційно-компенсаторного потенціалу цих осіб.

В теперішній час основним критерієм ефективності лікувально-реабілітаційних програм вважають ступінь здатності пацієнтів самостійно виконувати навички забезпечення життєдіяльності, зберігати і підвищувати рівень соціального функціонування (СФ) й якості життя. Виходячи з цього, треба здійснювати оцінку рівня дисфункції у різних сферах СФ таких осіб, які мають бути мішенями впливу при побудові програм медико-психологічної реабілітації. Важливою метою при цьому, безперечно, є зниження вірогідності вчинення такими пацієнтами суспільно небезпечних дій (СНД) в майбутньому.

При цьому важливим є ідентифікація стану емоційної сфери цих хворих, адже саме емоційні порушення є підґрунтям здійснення суспільно-небезпечних дій.

На базі ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України» (м. Дніпро) проведено дослідження 90 хворих з органічними ураженнями головного мозку, які скоїли тяжкі і особливо тяжкі СНД (проти життя та здоров'я особи).

Практично всі хворі на органічні ураження головного мозку, що скоїли СНД, мали дуже низький рівень соціального функціонування. Це суттєво обмежувало можливість ведення соціально-конгруентного способу життя.

Це зумовлювало вибір найбільш важливих мішеней психотерапевтичної інтервенції, а саме: життєдіяльність

та працездатність, соціально-побутова сфера та емоційні відносини сімейного життя.

Абсолютно безумовним є урахування стану емоційної сфери, а саме рівня депресії і тривоги, особливо дисфорично-експлозивних їх варіантів.

Значна дисфункція в усіх сферах соціального функціонування суспільно небезпечних хворих на органічні ураження головного мозку зумовлює нагальну потребу у формуванні медико-психологічних реабілітаційних програм, спрямованих на оптимізацію рівня соціального функціонування.

Отримані дані зумовили включення до системи психотерапії елементів когнітивно-поведінкового тренінгу щодо корекції міжособистісних відносин.

Наступним напрямком реабілітаційної роботи був асертивний тренінг, спрямований на стимулювання рівня інформованості, формування відповідних інтересів, спілкування, що у цього контингенту хворих є досить обмеженими.

Отже, треба враховувати низький ресурс психосоціальної адаптації у цих пацієнтів. Тому мають бути визначені мішені для відновної терапії і медико-психологічної реабілітації з урахуванням можливостей фармакотерапії та психотерапії.

УДК 616.89-008.441-072.87-085.851+159.923

Забор В. С., Фільц О. О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького (м. Львів)

Екзистенційний підхід як метод діагностики і психотерапії у пацієнтів з тривожно-астенічними розладами

Протягом останнього десятиріччя вимоги та психологічне навантаження на населення через дію різноманітних стресогенних чинників невпинно збільшуються. Це призводить до дезадаптації людини в умовах суспільної кризи та поширення психічних та поведінкових розладів (О. С. Чабан, О. О. Хаустова, 2009; І. В. Лінський, О. І. Мінко зі співавт., 2010).

Традиційно діагностика і лікування психічних розладів базуються на біопсихосоціальної багатоосьовій моделі, яка враховує три площини — соматичну, психологічну та соціальну. Однак дані останніх зарубіжних досліджень свідчать про вагомість четвертої площини — осі екзистенції. Завдяки спеціальним методикам, сьогодні вже доступне вимірювання і цієї осі. Йдеться, зокрема, про шкалу екзистенції А. Ленгле, П. Екхард; тест екзистенційних мотивацій А. Ленгле, К. Орглер. Ці шкали побудовані на засадах концепції чотирьох фундаментальних мотивацій А. Ленгле та смислової концепції В. Франкла, засновника Третьої Віденської школи психотерапії. Шкала екзистенції вимірює показники екзистенційного наповнення — так, як вони суб'єктивно відчуються досліджуваними, тест екзистенційних мотивацій — значення фундаментальних мотивацій. За їх допомогою можна встановити вихідний стан пацієнта, параметри порушень, оцінку перебігу та ефективність психотерапії з врахуванням екзистенційно-смислових показників. Принциповим моментом є те, що ці методики добре розмежовують здоров'я і хворобу. Це відкриває у площині психіатрії та психотерапії нові можливості пов'язувати певні види пограничної психічної патології з такими базовими проблемами людського існування, як свобода, відповідальність, безсенсовність, ізоляція, смерть, порушення системи цінностей, мотивів, цілей. Зрозуміло, що запотребованість у використанні такого підходу у світі достатньо велика. В сучасних реаліях нинішньої України, яка акцентує базові

екзистенційні потреби не лише для себе, але й для інших спільнот у світі, застосування екзистенційного підходу є особливо актуальним. До того ж, дослідження ефективності психотерапії під час стаціонарного лікування на ґрунті екзистенційного підходу можуть мати високу дискримінаційну вагомість завдяки їхньої доказовості.

Використання цього психотерапевтичного методу у пацієнтів саме з тривожно-астенічними розладами є доцільним з огляду на значну розповсюдженість цієї патології, важкість суб'єктивного страждання зі зниженням якості їхнього життя і соціального функціонування, прогресуючий перебіг у 70 % хворих і часту резистентність до фармакотерапії. Емпіричні й наукові спостереження підтверджують міцний зв'язок тривожної симптоматики з соціальними настановами, притаманними сучасному суспільству: культ успіху і високих досягнень, сили й конкурентності тощо. Основні психологічні змісти тривожних розладів змінюються залежно від специфічних конфліктів й системи цінностей тієї чи іншої культури. Тому поєднання стандартизованих методів лікування з екзистенційною психотерапією стає методом вибору у багатьох випадках. Екзистенційно-аналітичний психотерапевтичний вплив спрямований на актуалізацію екзистенційних параметрів, усунення блокад фундаментальних мотивацій, що призводить до зменшення вираженості психопатологічних проявів, зниження рівня особистісної та реактивної тривожності, відновлення механізмів саморегуляції, формування відчуття самоцінності і мотивації до змін наявних неконструктивних стилів поведінки.

УДК 613.865

Заворотний В. І.*, **Соколова І. М.****

**Військово-медичний клінічний центр Північного регіону
МО України (м. Харків)*

***Українська інженерно-педагогічна академія (м. Харків)*

Посттравматичний стресовий розлад у військовослужбовців Збройних Сил України

Інформаційно-психологічна складова «гібридної» війни, що ведеться проти нашої держави, має на меті навмисне і цілеспрямоване погіршення стану здоров'я всього населення нашої країни. Внаслідок бойових дій щодня зростає кількість загиблих, поранених, кількість людей, які змушені залишити свої домівки, стати біженцями. Ці події виявились страшним випробуванням не тільки для соматичного, а й для психічного здоров'я нашого народу, про що свідчить, зокрема, стало високий рівень поширення адаптаційних та посттравматичних стресових розладів, а також депресій.

На сьогодні, серед військовослужбовців Збройних Сил України (ЗСУ), які брали участь в антитерористичних операціях, збільшилася кількість тих, хто страждає на бойовий стрес. Але військова медицина виявилась не в змозі організувати якісне надання допомоги значній кількості військовослужбовців — учасників бойових дій з бойовим стресом. Розроблення системи превентивної реабілітації військовослужбовців ЗСУ з бойовим стресом в умовах збройних конфліктів має велике практичне значення у розв'язанні багатьох завдань, що виникли перед військовою системою охорони здоров'я в останній рік. Серед численних наслідків (економічних, політичних, соціальних тощо), які будь-яка війна приносить суспільству, не менш важливими є і психологічні. Через жерло армії, яка бере участь у війні, проходять сотні тисяч психічно та фізично здорових людей, які після демобілізації повертаються в мирне життя, приносячи з собою всі особливості

мілітаризованої свідомості і здійснюючи суттєвий вплив на розвиток соціуму.

Клінічна картина психічної патології в цих контингентах виражена широким спектром різних за структурою та вираженістю розладів — від психологічно зрозумілих реакцій та передхворобливих станів до клінічно окреслених форм патології, серед яких переважають посттравматичні стресові розлади (F43.1) та розлади адаптації (F43.2).

Метою нашого дослідження є розроблення принципів терапії та критеріїв діагностики ПТСР у військовослужбовців ЗСУ, які брали участь у бойових діях на сході України, на ґрунті вивчення клініко-психопатологічних і патопсихологічних механізмів його формування. Було обстежено 112 військовослужбовців з ПТСР, які складуть основну групу обстежуваних. Як контрольна група обстежено 47 військовослужбовців ЗСУ з невротичними розладами, які не брали участь у бойових діях.

Виявлені особливості бойової психічної травми у військовослужбовців ЗСУ, які брали участь у бойових діях на сході України, що дозволяють проводити їх диференційовану діагностику на госпітальному етапі. Описано варіанти і форми посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців ЗСУ, які брали участь у бойових діях, що дасть можливість більш ефективно прогнозувати і планувати заходи соціально-психологічної реабілітації в умовах багатопрофільного госпіталю.

На ґрунті отриманих даних науково обґрунтований вибір терапії посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців ЗСУ, які брали участь у бойових діях на сході України, розроблена модель діагностики посттравматичних стресових розладів у військовослужбовців ЗСУ.

УДК 616.895.4-008.441.44-053.8-092-08-039.71

Зеленська К. О., **Зеленська Г. М.**

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Сучасна модель формування суїцидальної поведінки

Одним з найбільш драматичних медико-соціальних наслідків депресивних розладів є суїцид. У сучасних дослідженнях встановлено, що саме депресивним розладам притаманний найбільш високий суїцидальний ризик серед усіх психічних та поведінкових розладів.

Нами у процесі роботи з метою вивчення особливостей формування суїцидальної поведінки в осіб молодого віку з депресивними розладами було проведено комплексне обстеження 147 хворих на депресивні розлади різного генезу з ознаками суїцидальної поведінки.

Отримані у процесі роботи дані дозволили нам розробити модель формування суїцидальної поведінки в осіб молодого віку з депресивними розладами.

Як показали результати нашого дослідження, прогностично значимими у формуванні суїцидальної поведінки є тривожний та астенічний варіанти депресивних розладів, високий показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику в поєднанні з низьким рівнем самосвідомості смерті, обтяжений суїцидологічний анамнез.

Маркерами суїцидального ризику для хворих на депресивні розлади молодого віку є високий рівень суїцидального ризику, низький рівень самоусвідомлення смерті, високий рівень ангедонії, клінічні прояви тривоги і депресії (за Госпітальною шкалою), важка тривога і депресія (за шкалою Гамільтона), великий депресивний епізод (за шкалою Монтомери — Асберга).

Базисом для формування суїцидальної загрози є високий рівень ангедонії, внутрішнього напруження з неможливістю розслабитися, імпульсивність, проблеми міжособистісних комунікацій, відсутність метаболічного ресурсу для подолання психотравмуючої ситуації.

Тригерами суїцидальної поведінки є фрустрації значимих базових потреб, охоплення переживаннями гострого горя зі звуженням когнітивних функцій і домінуванням змісту психічної травми у свідомості, оцінкою ситуації, що склалася як безвихідна, втрата цільових настанов особистості, вживання алкоголю, можливий дисбаланс у системі АСР 1 — ген/продукт.

На ґрунті отриманих у процесі роботи даних було розроблено та апробовано програму диференційованої профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади молодого віку. В основу програми покладено принципи комплексності, системності, етапності та диференційованого підходу до психопрофілактичних заходів.

УДК 616.89-008.441-06:[616.44+616.453]-07

Іщук В. В.

*Український науково-практичний центр
ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів
і тканин МОЗ України (м. Київ)*

Патоконативний компонент психоендокринного синдрому у хворих на порушення обміну гормонів щитоподібної залози та наднирників

За результатами компаративного аналізу показників рівня агресивності (тест Басса — Даркі, Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI) та імпульсивності (шкала імпульсивності Плутчика — Impulsiveness Scale, IS) у хворих на порушення обміну гормонів щитоподібної залози та кори наднирників із психоендокринним синдромом встановлено такі медично-психологічні та патоперсоналогічні характеристики:

— при гіпотиреозі відзначено поєднання низького рівня імпульсивності ($IS \Sigma_{сер} = 22,11 \pm 0,29$), високих рівнів (BDHI $\Sigma_{сер}/\Sigma_{max}$) дратівливості (0,804), негативізму (0,804), образи (0,776), підозрілості (0,804) та почуття провини (0,774);

— при гіпертиреозі — поєднання високого рівня імпульсивності ($IS \Sigma_{сер} = 41,0,7 \pm 0,47$), високих рівнів (BDHI $\Sigma_{сер}/\Sigma_{max}$) фізичної (0,723), опосередкованої (0,791) та вербальної (0,928) агресії;

— при гіпокортицизмі — поєднання низького рівня імпульсивності ($IS \Sigma_{сер} = 16,12 \pm 0,18$) та високого рівня (BDHI $\Sigma_{сер}/\Sigma_{max}$) образи (0,898);

— при гіперкортицизмі — поєднання середнього рівня імпульсивності ($IS \Sigma_{сер} = 26,04 \pm 0,27$), високих рівнів (BDHI $\Sigma_{сер}/\Sigma_{max}$) дратівливості (0,735), негативізму (0,828) та почуття провини (0,767).

Встановлено, що у хворих із психоендокринним синдромом патоконативний компонент має нозологічно диференційовану структуру та характеризується:

— при гіпотиреозі — поєднанням низького рівня імпульсивності, високих рівнів дратівливості, негативізму, образи, підозрілості та почуття провини;

— при гіпертиреозі — поєднанням високого рівня імпульсивності, високих рівнів фізичної, опосередкованої та вербальної агресії;

— при гіпокортицизмі — поєднанням низького рівня імпульсивності, та високого рівня образи;

— при гіперкортицизмі — поєднанням середнього рівня імпульсивності, високих рівнів дратівливості, негативізму та почуття провини.

УДК 616.616.89.004.12:616-022.36

Кирилюк Н. П.

*Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)*

Роль специфічних для ВІЛ-інфікованих пацієнтів стресорів у психогенезі депресії

Найбільш частим психічним розладом у ВІЛ-інфікованих є депресія, яка спостерігається, за даними різних авторів, у 15—40 % пацієнтів (Смулевич А. Б., 2003; Pence B. W., Miller W. C., Whetten K., Eron J. J., Gaynes B. N., 2006; Жабенко Н. Ю., 2012). На підставі мета-аналізу опублікованих досліджень Ciesla і Roberts (2001) повідомили, що у людей з ВІЛ вірогідність діагностування депресії в два рази більша ніж у загальній популяції. Проводячи медико-психологічне обстеження ВІЛ-інфікованих пацієнтів, важливо відстежувати формування депресивної симптоматики у взаємозв'язку з переживанням специфічних для таких хворих стресорів: тестування на ВІЛ, діагностування ВІЛ-інфекції, визначення вірусного навантаження та кількості CD₄-клітин, вперше виявлена опортуністична інфекція, перша госпіталізація, несприятливий результат лікування, необхідність залишити свою роботу через хворобу тощо.

Метою нашої роботи було дослідити взаємозв'язок депресивної симптоматики з динамікою переживань специфічних стресових подій у пацієнтів з ВІЛ.

Було обстежено 68 ВІЛ-інфікованих пацієнтів Вінниці та Вінницької області з діагностованими І—ІІІ клінічними стадіями ВІЛ-інфекції. Використовували клініко-психопатологічний, психодіагностичні (шкала депресії Бека, шкала тривоги Спілбергера — Ханіна), статистичний методи. Серед обстежених було виокремлено групу пацієнтів у кількості 28 (41,18 %), що перебували у процесі адаптації до одної або декількох стресових ситуацій, пов'язаних з ВІЛ-інфекцією, а саме: встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція, вперше виявлені опортуністичні захворювання, призначення антиретровірусної терапії, несприятливий результат лікування, виникнення виражених побічних ефектів терапії. Стресова ситуація відображалася у висловлюваннях та переживаннях пацієнта як домінуюча.

За клінічними характеристиками та даними психодіагностичної шкали депресія була виявлена у 20 пацієнтів (29,4 %) загальної вибірки. Пацієнти першої групи, які на момент дослідження переживали кризу, пов'язану з впливом специфічного для ВІЛ-інфекції стресора, отримали результати $24 \pm 10,3$ бали за шкалою депресії Бека. Пацієнти другої групи, що не були дезадаптовані новими ВІЛ-стресорами протягом останніх 6 місяців, отримали середній результат $15,4 \pm 8,6$ бали за шкалою Бека. Серед першої групи депресивні розлади були діагностовано у 11 (39,3 %) пацієнтів, серед другої — у 9 (22,5 %). Рівень реактивної тривожності пацієнтів першої та другої груп склав $52,3 \pm 9,6$ та $44,5 \pm 10,2$ відповідно.

Депресивні розлади в поєднанні з переживанням чергових проблем, пов'язаних з перебігом ВІЛ-інфекції, супроводжувались у обстежених пацієнтів зниженим відчуттям самоцінності, пасивністю перед лицем своїх проблем, безсиллям, безнадією, перекладанням відповідальності за свої негаразди на ВІЛ.

Отже, у дослідженні була показана залежність показників депресивності та реактивної тривожності від гостроти процесу адаптації до специфічних ВІЛ-стресорів.

Пацієнти, що переживають психологічну кризу, пов'язану з фізичними, психологічними та соціальними

наслідками ВІЛ, потребують особливої уваги з боку медичних психологів, психіатрів та психотерапевтів для вчасного діагностування депресивних та тривожних розладів й запобігання їх негативним наслідкам (таким як самогубство, істотне зниження якості життя, втрата працездатності, соціальної активності).

УДК 616.89-08-039.76-085.851

Кожина А. М., Гайчук Л. М.

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Психосоціалізація в умовах гібридної війни

Епідеміологічна ситуація в сфері психічного здоров'я населення України залишається складною. Екстремальні події останнього часу, включаючи неоголошену інформаційно-психологічну війну, стали суттєвим випробуванням не тільки для соматичного, а й, перш за все, для психічного здоров'я нашого народу.

Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) та розлади адаптації проявляються переважно емоційними порушеннями, які розвиваються внаслідок психотравмуючого впливу та є варіантом захисних та пристосувальних особистісних реакцій в умовах екстремальних подій.

В сучасних умовах гостро відчувається необхідність розроблення комплексних терапевтичних та реабілітаційних програм для осіб, що перенесли екстремальні події. Важливу роль в реабілітаційному процесі відіграє психосоціалізація втручання.

У процесі роботи нами розроблена та апробована програма психосоціалізаційної роботи з хворими на ПТСР та розлади адаптації, яка становить комплексну, поетапно здійснювану систему інформаційних, психокорекційних та соціокорекційних впливів, що займають особливе місце в структурі реабілітаційних заходів.

В основу психосоціалізаційної стратегії покладено, власне, «освіту» шляхом формування у хворих і членів їхніх родин адекватного уявлення про ПТСР; корекції спотворених хворобою соціальних позицій пацієнтів і покращення їх комунікативних здібностей; забезпечення «психосоціальної підтримки»; поліпшення адаптації пацієнта і його родини.

Під час проведення психосоціалізаційної роботи ми використовували такі методи: викладання (міні-лекції), консультування, комунікативні тренінги, проблемно орієнтовані дискусії, тренінги поліпшення сімейних комунікацій.

Відповідно до отриманих у процесі роботи даних, на фоні проведення комплексної терапії із застосуванням психосоціалізаційних заходів, спостерігалися швидка редукція психопатологічної симптоматики, нормалізація емоційного стану, стабілізація поведінки хворих, поліпшення когнітивних показників, підвищення психофізичної активності хворих, що дозволило розширити контакти з оточуючими, відновити звичний руховий режим.

Отже, як показали результати дослідження, комплексний підхід в терапії та реабілітації хворих на ПТСР та розлади адаптації який включав в себе психофармакотерапію у поєднанні з психосоціалізаційними тренінгами, приводить до відновлення соціальної активності й успішної ресоціалізації хворих. Це, в свою чергу, свідчить про те, що психосоціалізація не тільки збільшує обсяг знань, посилює впевненість у боротьбі з хворобою, але й розв'язує проблему соціальної реінтеграції хворого.

УДК 616.85-06:616.89-07-08-084(477)

*Кожина Г. М., Коростій В. І., Зеленська К. О.
Харківський національний медичний університет*

Система раннього виявлення, корекції та профілактики суїцидальної поведінки у хворих на посттравматичний стресовий розлад, оцінка її ефективності

Мета роботи — розробити патогенетично обґрунтовані системи корекції та психопрофілактики посттравматичних стресових розладів та реабілітації хворих на ґрунті вивчення особливостей клінічної картини та закономірностей формування в сучасних умовах.

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики та деонтології, на базі Військово-медичного клінічного центру Північного регіону МО України та Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 було проведено комплексне обстеження 255 хворих, обох статей (158 чоловіків і 97 жінок), у віці 20—55 років, з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та невротичними, пов'язаними зі стресом депресивними розладами, в структурі яких виявлені різні форми суїцидальної поведінки.

Методи обстеження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний з використанням шкали клінічної діагностики ПТСР — Clinical-Administered Ptsd Scale, CAPS (Weathers, Litz, 1994; Blake, 1995), шкали оцінки тяжкості впливу травматичної події — Impact of Event Scale-Revised, IOES-R (Horowitz, Wilner et al., 1979); Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій у військових; клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (М. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 Г. П. Пантелеєвою, 1988 (HDRS); шкали Монтгомери — Асберга (Montgomery S. A., Asberg M., 1979), адаптованої до МКХ-10 Guelfi G. D., 1993 (MADR); методик «Спосіб визначення суїцидального ризику» (Гавенко В. Л., Сінайко В. М., Соколова І. М., 2001) та «Спосіб оцінки самосвідомості смерті» (Гавенко В. Л., Сінайко В. М., Соколова І. М., 2001); «Тест самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів» (Пилягіна Г. Я., 2004); дослідження якості життя за допомогою однойменного опитувальника, розробленого H. Mezzich, Cohen, Ruizperez, Liu & Yoon, 1999, у модифікації Марути Н. О., 2004; шкали визначення рівня ангедонії SHAPS (Snaith-Hamilton Pleasure Scale); клініко-біохімічний: методом імуноферментного аналізу (ELISA) визначали концентрацію серотоніну в плазмі крові за допомогою набору фірми IBL (Німеччина) RE59121, концентрацію мелатоніну в плазмі крові — за допомогою набору фірми IBL (Німеччина) RE54021, концентрацію адреналіну в плазмі крові за допомогою набору IBL (Німеччина) RE5925.

Встановлено, що клінічна картина ПТСР представлена тривожним (32,5 %), астеничним (24,1 %), дисфоричним (18,4 %), іпохондричним (15,2 %), соматоформним (4,5 %) та змішаним варіантами (5,3 %).

Посттравматичний стресовий розлад характеризується високим рівнем суїцидального ризику — 35,2 % хворих здійснили суїцидальні спроби, у 41,1 % відзначалися суїцидальні рішення та наміри, у 23,7 % — пасивні та активні суїцидальні думки. Модель формування суїцидальної поведінки хворих на ПТСР представлена комплексом патогенних чинників. Прогностично значимими у формуванні суїцидальної поведінки є тривожний та астеничний варіанти ПТСР, високі показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику в поєднанні з низьким рівнем самосвідомості смерті, обтяженим суїцидологічним анамнезом. Базисом для формування суїцидальної загрози є високий рівень ангедонії, внутрішнього напруження,

імпульсивність, проблеми міжособистісних комунікацій, відсутність метаболічного ресурсу для подолання психотравмуючої ситуації. Тригерами суїцидальної поведінки є фрустрації базових потреб, звуження когнітивних функцій з домінуванням змісту психічної травми у свідомості, втрата цільових настанов особистості, вживання алкоголю, можливий дисбаланс в системі АСР 1 — ген/продукт.

УДК 616.895.4-092.612.017.018.2

Кожина Г. М., Терьошина І. Ф.

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Рівень протизапальних цитокінів (IL-4, IL-10) у сироватці крові хворих на рекурентний депресивний розлад

Рекурентний депресивний розлад (РДР) — хронічне рецидивуюче захворювання з високим ризиком повторних депресивних епізодів. Актуальність цієї проблеми зумовлена значною поширеністю захворювання, тенденцією до рекурентного перебігу, високою смертністю внаслідок суїцидальної поведінки.

З метою розроблення раціональних підходів до попередження виникнення чергового нападу РДР, нашу увагу привернула можливість вивчення показників цитокінового профілю, базуючись на даних сучасної наукової літератури щодо ролі порушень імунологічного гомеостазу у генезі і прогресуванні хвороб психічної сфери.

Проведено клініко-психопатологічне та клініко-психодіагностичне обстеження 96 хворих на РДР. Діагноз РДР триваючий епізод легкого ступеня (F33.00) був встановлений у 31,3 % хворих, РДР триваючий епізод помірної важкості (F33.1) — у 36,5 % і РДР триваючий епізод тяжкий без психотичних симптомів (F33.2) — у 32,3 % хворого. Крім загальноприйнятого лабораторного обстеження у хворих, що були під наглядом, вивчали рівні протизапальних цитокінів (ЦК) — IL-4, IL-10 у сироватці крові.

До початку проведення загальноприйнятого лікування що у хворих на РДР відзначалися різноспрямовані зсуви з боку концентрації протизапальних ЦК, при цьому ступінь зрушення вивчених показників був найбільш суттєво виражений у хворих з РДР (F33.2). Індивідуальний аналіз показав, що у 70,0 % хворих з РДР (F33.00), рівень IL-4 у сироватці крові був помірно підвищеним, у 23,3 % — в межах норми та у 6,7 % — помірно зниженим; у 80,0 % з РДР (F33.1) концентрація цього протизапального ЦК була помірно збільшеною, у 14,3 % — була в межах норми та у 5,7 % — помірно зниженою; у 96,8 % пацієнтів з РДР (F33.2), рівень IL-4 у сироватці крові був помірно збільшеним та у 3,2 % — помірно зниженим. Загалом концентрація IL-4 у крові обстежених хворих з РДР (F33.00) до початку лікування була збільшена у середньому в 1,31 рази стосовно значень норми і складала при цьому $66,9 \pm 1,6$ пг/мл ($P < 0,05$), вміст IL-10 — у середньому в 1,44 рази та дорівнювала $1,84 \pm 0,06$ пг/мл ($P < 0,05$). У пацієнтів з наявністю РДР (F33.1), вміст IL-4 був підвищений в середньому в 1,62 рази стосовно норми і дорівнював при цьому $76,4 \pm 1,5$ пг/мл ($P < 0,001$), рівень IL-10 — у середньому в 1,64 рази, що складало $2,1 \pm 0,07$ пг/мл ($P < 0,001$). Найбільш суттєві зсуви з боку протизапальних ЦК відбувалися при РДР (F33.02) — рівень IL-4 збільшувався в середньому в 1,74 рази від норми і складав $82,1 \pm 1,7$ пг/мл ($P < 0,001$), рівень IL-10 — у середньому в 1,76 рази, що складало $2,25 \pm 0,06$ пг/мл ($P < 0,001$).

Під час вивчення концентрації протизапальних ЦК на момент завершення лікування із застосуванням загаль-

ноприйнятих препаратів було встановлено, що вивчені показники мали тенденцію до поліпшення, але повної нормалізації не відбувалося. Слід відмітити, що більш виразна позитивна динаміка спостерігалася у хворих з діагнозом РДР, триваючий епізод легкого ступеня (F33.00). Отримані дані свідчать, що на момент завершення терапії із застосуванням лише загальноприйнятих препаратів не відбувалося повної нормалізації вивчених показників, що у клінічному плані відзначалося виникненням наступних епізодів РДР, в низці випадків — з погіршенням клінічної симптоматики. Отже, у хворих на РДР до початку загальноприйнятого лікування в амбулаторних умовах спостерігалася збільшення концентрації протизапальних ЦК IL-4 та IL-10 у сироватці крові, більш суттєво виражене при РДР триваючий епізод тяжкий без психотичних симптомів (F33.2), при цьому проведення загальноприйнятого лікування не забезпечує нормалізації концентрації протизапальних ЦК (IL-4, IL-10) у сироватці крові обстежених хворих, що потребує відповідних методів корекції.

УДК 616.89:378.046.4

*Козідубова В. М., Долуда С. М., Гончаров В. Є.,
Баричева Е. М., Брагін Р. Б., Гурницький О. В.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Питання вдосконалення післядипломної підготовки фахівців психіатричної допомоги в діяльності опорної кафедри

На сучасному етапі післядипломної підготовки лікарів-психіатрів важливе значення має застосування новітніх інформаційних та освітніх технологій викладання на однопрофільних кафедрах. Важливим є удосконалення інформаційної складової та методів навчання, підвищення ефективності оцінки якості професійної підготовки лікарів-психіатрів, безперервного професійного розвитку спеціалістів, впровадження ефективних освітніх технологій у післядипломній освіті.

Для оптимізації підготовки спеціалістів за фахом має значення використання не тільки комп'ютерних технологій, але й навчальних фільмів, що допомагає суттєвому підвищенню сприйняття навчального матеріалу та дає можливість поліпшити формування знань у слухачів, засвоєння практичних навичок для надання психіатричної допомоги пацієнтам з різною патологією.

Важливе значення має заохочення слухачів до самостійної підготовки на різних циклах. Крім того, впроваджуються різні технології контролю знань для правильної об'єктивної оцінки кінцевих результатів навчання за фахом.

Значна увага приділяється питанням впровадження в психіатричну практику нових знань на ґрунті вивчення важливих положень адаптованих клінічних настанов спектра аутизму у дорослих та іншої патології на моделі мультидисциплінарної роботи щодо виявленню відповідних психічних розладів, зважаючи на показники діагностичних оцінок, та здійсненню диференційованої комплексної терапевтичної допомоги пацієнтам.

Надання інформації з важливих питань виявлення патології та терапевтичної допомоги пацієнтам з маловивченими формами психічних розладів дає можливість слухачам на різних циклах підготовки удосконалювати, поглиблювати професійні знання, що є необхідною умовою висококваліфікованої допомоги хворим.

Окремим напрямком надання важливої інформації є реалізація, поряд з традиційними комп'ютерними

технологіями, такої зручної форми як дистанційне навчання, особливо на циклах тематичного удосконалення та під час підготовки лікарів загальної практики — сімейної медицини з надання допомоги психічно хворим.

На сучасному етапі відбуваються значні зміни в здійсненні первинної медичної допомоги; підготовка лікарів загальної практики в сімейній медицині стала ключовою ланкою реорганізації охорони здоров'я. Реалізація завдань багатопрофесійної первинної медичної допомоги вимагає диференційованої підготовки лікарів з різних питань надання допсихіатричної допомоги при різній психічній патології з чітким поетапним визначенням порядку лікарських дій та посиланнями на законодавчі акти.

Дистанційна форма підготовки дозволяє лікарям з мінімальним відволіканням від робочих місць одержати суттєвий обсяг потрібної інформації, обговорити різні питання, зокрема і правові, щодо надання допомоги, а також сучасні вимоги до роботи з психічно хворими та їхніми сім'ями.

Така форма значною мірою дозволяє вирішити питання підготовки сімейних лікарів з надання допомоги психічно хворим та обговорити принципи їх взаємодії з спеціалістами психіатричної служби.

УДК 616.892-159.9.072

*Козьявкін В. І., Волошин Т. Б.
Міжнародна клініка відновного лікування
(м. Трускавець, Україна)*

Клініко-психопатологічні особливості дітей з аутизмом та їх динаміка в процесі реабілітації за Системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації

Зміни психічної сфери, наявність психопатологічних розладів є одним із провідних симптомів дитячого аутизму. Хоча існує велика кількість психометричних інструментів, як-от клінічне інтерв'ю, опитувальники, тестування для допомоги в постановці діагнозу, ці інструменти розроблені та стандартизовані для виявлення симптомів у загальній популяції, абсолютна більшість з них не є валідними для пацієнтів з аутизмом. Незважаючи на недосконалість діагностичного алгоритму, клініко-психопатологічні розлади мають бути діагностовані щоразу, коли наявні значні поведінкові проблеми (наприклад, неухважність, імпульсивність, нестійкість настрою, тривожність, порушення сну, агресія, аутоагресія тощо).

Метою дослідження було визначити основні клініко-психопатологічні особливості пацієнтів з аутизмом, оцінити ефективність реабілітації за Системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (СІНР) на ґрунті вивчення динаміки змін їх клініко-психопатологічних показників.

Проведено психопатологічне та психодіагностичне обстеження 64 дітей з аутизмом. Критерії включення у вибірку: вік дитини від 11 до 18 років, відповідність діагностичним критеріям діагнозу «Дитячий аутизм» (F84.0) за МКХ-10. Спостереження відбувалося в період 2013—2016 роки, дослідження здійснювали двічі: до початку реабілітації та після проведення двотижневого курсу реабілітації за СІНР.

Для обстежень використовували інтерв'ю супутніх синдромів при аутизмі ACI-PL (О. Лейфер, 2006), коефіцієнт спектра аутизму ASQ (С. Коген, 2001), шкала підліткової депресії KADS-11 (Катчер, Стан, 2003), опитувальник агресивності AGQ (Басс, Перрі, 1992), шкала дитячої тривожності SCAS (Спенс, 2003), шкала вираженості obsесивно-компульсивних розладів Y-BOCS (Ель, Браун, 1989).

Домінували в структурі психопатологічної симптоматики мовні порушення, затримка формування когнітивних здібностей, порушення соціалізації, поведінкові порушення. Також згідно з інтерв'ю супутніх синдромів при аутизмі (ACI-PL) було встановлено, що коморбідна психопатологічна симптоматика спостерігається у 70 % пацієнтів, а саме розлади настрою — у 52 %, тривожно-фобічні розлади — у 49 %, синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) — у 42 %, хронічний нервовий тік — у 20 %, астенія — у 8 %. Середній бал коефіцієнта спектра аутизму ASQ склав 41 для хлопчиків та 40 для дівчаток з аутизмом. Після курсу реабілітації за СІНР цей показник склав 37 та 38 відповідно, що свідчить про зменшення вираженості проявів аутизму. Згідно з даними шкали підліткової депресії KADS-11 визначено, що середній бал вираженості депресивного компонента знизився з 17 до 15 балів у процесі курсу лікування за СІНР. Згідно з опитувальником агресивності BPAQ визначено, що найбільш вираженими компонентами агресивного синдрому у пацієнтів з аутизмом є фізична агресія (0,69 бали) та вороже ставлення (0,73 бали). Після курсу реабілітації в клініці прояви фізичної агресії значно знизились, а саме — до 0,43 бали. Компонент ворожого ставлення знизився до 0,56 бали. Згідно з шкалою дитячої тривожності SCAS середній бал рівня тривоги знизився з 94 до 75 після курсу реабілітації за СІНР. Obsесивно-компульсивні розлади згідно з шкалою вираженості obsесивно-компульсивних розладів Y-BOCS виявлені у 18 % пацієнтів, середній бал склав 26 до та 23 — після курсу лікування.

Після двотижневого курсу реабілітації за СІНР спостерігалось зменшення вираженості психопатологічних порушень у абсолютній більшості пацієнтів, поліпшилися настрої, концентрація уваги, поведінка, зменшилась вираженість проявів агресії, рівня тривоги.

УДК 616.89

*Коровіна Л. Д., Кондратенко А. П.
Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Вплив депресії на перебіг параноїдної шизофренії

Дослідження депресій, що виникають при шизофренії, протягом довгого часу залишаються актуальною проблемою психіатричної науки і практики (Аддингтон Д.; Марута Н. О., Чабан О. С.). В останні десятиліття дослідники констатують збільшення кількості депресивних розладів як в популяції загалом (Хобзей М. К., Волошин П. В., Марута Н. О. та ін.; Кожина Г. М., Зеленська К. О.), так і серед хворих, що перебувають на лікуванні в психіатричних закладах. Депресивні розлади спостерігаються при всіх формах шизофренії, на будь-якому етапі розвитку захворювання. Депресивна симптоматика (Марута Н. О., Мішиєв В. Д.) нерідко займає провідне місце в клінічній картині у хворих на шизофренію і на певних етапах захворювання найбільше впливає на тяжкість стану хворого (Upthegrove R.).

Метою роботи було визначення особливостей клінічної картини депресивних розладів серед жінок, хворих на параноїдну шизофренію, на ранньому етапі захворювання.

В нашому дослідженні взяли участь 59 жінок, хворих на параноїдну шизофренію, віком $37,5 \pm 4,5$ роки що перебували на лікуванні у різних відділеннях стаціонару Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3. Усі хворі отримували терапію антипсихотиками другого покоління; вони не мали значної соматичної чи неврологічної патології.

У рамках дослідження були використані такі методи: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психо-

діагностичні методи (шкала депресії у хворих на шизофренію Калгарі, шкала PANSS).

Контингент було поділено на 2 групи: 1-ша (31 жінка із симптомами депресії) та 2-га (28 жінок без них) шляхом клініко-психопатологічного дослідження. У клініці перебігу основного захворювання в обох групах жінок переважав параноїдний синдром, з поліморфізмом симптоматики (зоровими і слуховими псевдогалюцинаціями, численними несистематизованими маячними ідеями), зокрема синдром Кандинського — Клерамбо. Також хворі виявляли типові порушення асоціативності мислення, емоційно-вольове зниження.

Було виявлено якісну різницю між групами. Наприклад, в 1-й групі значно вище сумарне значення за PANSS ($114 \pm 2,8$) більш зумовлено загальною підшкалою ($58,6 \pm 2,8$), а ніж позитивними симптомами ($25 \pm 3,2$). Проте в 2-й групі ми бачимо при доволі високому рівні позитивних симптомів ($30 \pm 3,1$) менше сумарне значення ($104 \pm 1,8$).

В 1-й групі на себе звертала увагу неоднорідність депресивних розладів ($10,1 \pm 2,9$, проти $5,2 \pm 0,7$ у 2-й групі, за шкалою Калгарі): депресивний простої структури — 13,04 %, психотична депресія з депресивно-параноїдним синдромом — 39,1 %, психотична депресія зі складним депресивно-параноїдним синдромом — 47,8 %.

Проведене дослідження показало нерівномірність психопатологічної симптоматики в рамках однієї нозологічної одиниці. Виразність порушень при параноїдній шизофренії зумовлена не тільки позитивними чи негативними психопатологічними феноменами.

Відповідно до отриманих у процесі дослідження даних виявлено, що на сучасному етапі вивчення шизофренії, у її клініці часто спостерігаються депресивні розлади. Вони зумовлюють більш тяжку клініку, подовжують термін перебування в стаціонарі та мають привертати додаткову увагу фахівців. Саме через це, необхідно застосовувати диференційований підхід до діагностики, лікування та реабілітації хворих жінок на параноїдну шизофренію на ранній стадії захворювання.

УДК 616.89:616.12-008.331.1.1:612:57.033/034(043.5)

Коростій В. І., Меламуд К. С.

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Біоритмологічні особливості пацієнтів з артеріальною гіпертензією та субклінічними психопатологічними проявами

В психіатрії відомо, що вірогідність і прояви психопатологічної симптоматики не залежать від абсолютних цифр при вимірюванні артеріального тиску (АТ), адже відомо, що на дані однократного вимірювання можуть впливати різноманітні фактори: індивідуальна реакція пацієнта на процедуру обстеження, недосконалість технічних засобів і пристроїв, випадкові помилки вимірювання. Тож для того, щоб аналізувати психопатологічні прояви у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, треба застосовувати досконаліші методи вимірювання.

З метою вивчити біоритмологічні особливості формування психічних розладів у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, розробити рекомендації щодо діагностики та профілактики психічних розладів залежно від біоритмологічних особливостей пацієнтів з артеріальною гіпертензією, проведено з дотриманням принципів біоетики і деонтології комплексне клініко-психопатологічне, клініко-психодіагностичне та соматичне обстеження 57 па-

цієнтів з артеріальною гіпертензією на базі Навчально-наукового медичного комплексу «Університетська клініка» Харківського національного медичного університету (ННМК «УК» ХНМУ). Контрольну групу склали 28 здорових осіб з подібними статеві-віковими характеристиками.

Застосовано клініко-психопатологічний метод, що включає в себе вивчення скарг, оцінення психічного статусу обстежених, виокремлення основних психопатологічних синдромів та їх динаміки. Використовували опитувальник для оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатиса); госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS, 1983); Торонтська алекситимічна шкала, добове моніторування артеріального тиску.

Дослідження, проведене в рамках роботи, показало, що на формування психічних розладів великий вплив мають біоритмологічні особливості динаміки АТ у пацієнтів. Показники добового моніторування АТ, а саме добовий індекс, істотно впливає на наявність психопатологічних проявів. Найменші значення за шкалою соматизації відповідають профілю АТ "normal". У обстежуваних з профілем "nondipper" та "night-peaker" достовірно підвищуються показники за шкалою соматизації ($p < 0,05$). За шкалою тривоги спостерігається майже та ж закономірність зростання показників, що і в попередньому випадку. Достовірно збільшуються тривожні прояви у "nondipper" та "night-peaker" ($p < 0,05$). Причому закономірності зростання показників справедливий як для хворих на гіпертонічну хворобу, так і для здорових осіб. Особливості паттернів "nondipper" та "night-peaker" пов'язані з високою частотою виникнення соматизованих розладів із проявами астенії, тривоги, депресії, іпохондрії. Середні значення, абсолютні цифри АТ, одиничні підвищення істотно не впливають на розвиток несприятливих психічних розладів. Така психологічна риса як алекситимія є чинником ризику порушень та пов'язана із підвищенням частоти проявів психічних розладів у пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Порівнюючи дані за шкалою TAS-26 із даними добового індексу, можна дійти висновку, що у більшості пацієнтів з профілем "nondipper" та "night-peaker" спостерігався проміжний або алекситимічний тип. Кореляційні зв'язки між профілем та психологічним типом є середніми ($r = 0,62$).

Отже, скрінінгові методи діагностики тривоги, депресії, алекситимії є необхідними для пацієнта, в якого наявні одиничні скарги, або для пацієнтів із несприятливими даними моніторингу АТ (високі показники варіабельності). Добовий моніторинг артеріального тиску дозволить клініцисту якнайшвидше виявити субклінічні психічні порушення, якісно контролювати ефективність гіпотензивної терапії.

УДК 616.85-06:616.89-07-08-084(477)

Коростій В. І., Платинюк О. Б.

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Принципи корекції та профілактики соціально-стресових розладів у категорії населення, постраждалих внаслідок АТО

Мета роботи — розробити патогенетично обґрунтовані системи корекції та психопрофілактики посттравматичних стресових розладів та реабілітації хворих на ґрунті вивчення особливостей клінічної картини та закономірностей формування в сучасних умовах.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, біохімічний, статистичний.

На ґрунті комплексного обстеження 300 осіб, обох статей, у віці 18—55 років, які належать до різних категорій:

100 демобілізованих учасників АТО; 50 звільнених з полону, 50 членів сімей постраждалих в АТО; 100 вимушених переселенців, встановлено розповсюдженість та чинники ризику посттравматичного стресового розладу (ПТСР), описана специфіка клінічної картини соціально-стресових розладів в сучасних українських умовах.

Серед демобілізованих учасників АТО переважними чинниками ризику ПТСР є надтяжки (48,0 %), повторні (32,5 %) та затяжні (8,5 %) стресові події; відсутність соціальної амортизації (52,0 %), серед звільнених з полону — термін перебування більше 12 місяців (74,0 %), серед членів сімей постраждалих в АТО (34 %); серед вимушених переселенців — термінове переселення (15 %), переселення «третьої хвили», наявність членів сім'ї, які залишилися в зоні бойових дій (37 %). Для всіх категорій досліджених чинником ризику є відсутність можливості реалізації активності на протидію або уникнення дії стресового чинника.

На ґрунті отриманих даних науково обґрунтовані засади системи раннього виявлення ПТСР:

1. Психосвітні заходи для категорій населення, залучених до подій, пов'язаних з АТО: демобілізованих учасників АТО; звільнених з полону, членів сімей учасників та постраждалих в АТО; вимушених переселенців.

2. Виявлення осіб з визначеними в результаті цього дослідження чинниками ризику ПТСР: надтяжки, повторні та затяжні стресові події; відсутність соціальної амортизації, термінове переселення, переселення «третьої хвили», наявність членів сім'ї, які залишилися в зоні бойових дій, відсутність можливості реалізації активності на протидію або уникнення дії стресового чинника.

3. Використання скринінгових методик виявлення ПТСР в первинній медичній допомозі лікарями загальної практики — сімейної медицини.

У звітному періоді було поставлено завдання науково обґрунтувати та розробити комплексну систему корекції, профілактики ПТСР та реабілітації хворих.

На ґрунті отриманих даних науково обґрунтовані засади корекції, профілактики ПТСР та реабілітації хворих:

1. Профілактика ПТСР: психофармакологічне та психотерапевтичне втручання в «золоті години» після експозиції стресової події.

2. Психологічна корекція неадаптивних копінг-стратегій в осіб зазначених категорій в період адаптації до нових умов проживання (після переселення, демобілізації, звільнення з полону).

3. Реабілітація пацієнтів з ПТСР: комплексна, мульти-модальна, безперервна.

Ефективність використання системи корекції, профілактики ПТСР та реабілітації хворих така: зниження частоти клінічної маніфестації ПТСР — на 5,6 %, коморбідних психічних розладів на — 8,5 %, тривалості непрацездатності — на 10,4 %, поліпшення якості життя — на 12,6 %.

захворювань, що є надзвичайно важливим для подальшого їх лікування та профілактики.

Провідне місце у виникненні психічних порушень, а саме непсихотичних психічних розладів, серед екзогенних факторів належить черепно-мозковій травмі (ЧМТ). Актуальною до теперішнього часу є проблема віддалених наслідків закритої ЧМТ, зокрема травми, до якої належать струс та забій головного мозку легкого ступеня. Незважаючи на відносно «легкість» перебігу в гострому періоді, легка ЧМТ небезпечна своїми віддаленими наслідками, які можуть порушувати життєдіяльність, працездатність і навіть призводити до інвалідизації. Тому, на сьогоднішній день є актуальним визначення патопсихологічних та патогенетичних механізмів формування непсихотичних психічних розладів у віддаленому періоді легкої ЧМТ та пошуку нових ефективних методів сполученої психофармакотерапевтичної корекції з можливістю більш істотного позитивного впливу на їхню якість життя, працездатність, рівень соціального функціонування.

Віддалений період травми характеризувався поліморфністю симптомів і церебрально-органічних скарг хворих, але спостерігалася і патогномонічна симптоматика. У процесі дослідження використовували методи клініко-анамнестичного, психодіагностичного та соціально-демографічного дослідження; були визначені основні напрямки, що потребували втручання та розроблена поетапна модель психо- та фармакотерапії непсихотичних психічних розладів у хворих з легкою черепно-мозковою травмою.

На ґрунті проведеного комплексного аналізу феноменології та патопсихологічних механізмів формування були визначені мішені подальшої терапії. Основною метою заходів сполученої психотерапії та фармакотерапії у комплексному лікуванні хворих виявилось порушення психоемоційного спектра, із подальшим порушенням соціального функціонування, зумовленого ураженням психологічного та біологічного компонентів психічного здоров'я й адаптації.

Аналіз ефективності проведеної програми сполученої психотерапії та фармакотерапії був оцінений за такими критеріями: рівень реактивної тривоги, наявність депресивної симптоматики за даними суб'єктивного аналізу, рівень якості життя, рівень гормону епіфізу (мелатоніну).

Під час порівняння показників пацієнтів групи втручання з показниками пацієнтів групи контролю були отримані статистично значущі різниці за такими критеріями: рівень реактивної тривоги; нормалізація депресивної симптоматики до легкого рівня за об'єктивним оцінюванням; поліпшення показників якості життя за шкалами фізичне здоров'я та рольове функціонування, опосередковане фізичним і емоційним станом; динаміка нормалізації рівня мелатоніну в крові.

В результаті комплексного (анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, лабораторний, психодіагностичний та математико-статистичний методи) дослідження був встановлений кореляційний взаємозв'язок біологічних, соціально-психологічних та клініко-психопатологічних факторів, які визначають формування непсихотичних психічних розладів у цього контингенту хворих, та прогнозування ризику непсихотичних форм порушень психічної сфери.

Отже, аналізуючи показники ефективності проведеної психо- і фармакотерапії в групі втручання хворих у віддаленому періоді закритої ЧМТ, отримали позитивні результати в динаміці непсихотичних психічних розладів у віддаленому періоді легкої закритої черепно-мозкової травми.

УДК 616.89-02:616.831-001.31-036

Коршніак О. В., Коршніак Т. В.

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Динаміка непсихотичних психічних розладів у осіб у віддаленому посткомісійному періоді на фоні сполученої психо- та фармакотерапії

Стан психічного здоров'я населення є важливою ланкою в якійній характеристиці суспільства, де особливу увагу звертає на себе співвідношення соматичних і психічних чинників у виникненні, перебігу і проявах пограничних

УДК 616.895.87-008.454-036.4:612.014.5(063)

Костюченко Н. В., Фільц О. О.
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького (м. Львів)

**Взаємозв'язок особливостей психоакустики
та негативної симптоматики у хворих
на шизофренію**

Негативна симптоматика при шизофренії є однією з найскладніших та суперечливих проблем цієї нозології.

В практичній психіатрії власне прояви дефіциту по своїй суті є найбільш прогностично несприятливими, тому що призводять до швидкої інвалідизації, ускладнюють чи навіть унеможливають проведення ефективних реабілітаційних заходів. На сьогоднішній день не встановлено чітких закономірностей формування того чи іншого варіанту дефіцитарних змін, немає достатньо даних, які б підтверджували залежність від застосування того чи іншого виду психофармакотерапії, та інших чинників.

Метою дослідження було встановити клінічну вірогідність взаємозв'язку між наявністю музичного слуху і психопатологічними проявами дефіциту у хворих на шизофренію.

У досліджувану групу було включено 20 пацієнтів чоловічої статі, віком від 18 до 35 років, яким проводили дослідження музичного слуху за кількісно-якісним розпізнаванням тембру, ритмічності звуку за допомогою стандартного набору аудіозавдань, та було виявлено розвинутий музичний слух. В усіх випадках було діагностовано відповідно до критеріїв МКХ 10-го перегляду параноїдну шизофренію (F20). Контрольну групу склали 20 пацієнтів цієї ж вікової категорії, статі з діагнозом параноїдної шизофренії та відсутнім музичним слухом. В обох випадках було проведено оцінювання негативної симптоматики з використанням шкали Оцінки негативних симптомів-16 (ОНС-16), 16-item Negative Symptom Assessment (NSA-16).

Згідно з результатами нашого дослідження можна стверджувати, що в пацієнтів з розвинутим музичним слухом рівень дефіцитарної симптоматики у формі зниження психічної активності (поєднання псевдобрадіфренії із збідненням афективних та вольових процесів) значно нижчий, ніж у пацієнтів без розвинутого музичного слуху. При порівнянні показників субшкал використаної шкали NSA-16 в групі пацієнтів з музичним слухом показники негативної симптоматики є значно нижчими, максимальний рівень яких не перевищує $3,65 \pm 0,26$ (відображає статевий потяг), решта рівнів показників не перевищують $2,55 \pm 0,18$, що клінічно відповідає легкому ступеню вираженості дефіцитарних проявів. Відповідні показники субшкал в групі пацієнтів без музичного слуху є значно вищими, мінімальні значення — від $3,5 \pm 0,15$ до максимальних $6,3 \pm 0,15$, що клінічно відповідає вираженим дефіцитарним проявам при шизофренії. Коефіцієнт Пірсона в усіх випадках свідчить про високий ступень кореляції, при встановленому $p < 0,05$.

Отримані нами результати узгоджуються з вже наявними даними дослідників щодо особливостей психоакустики у пацієнтів із шизофренією. Водночас було виявлено, що взаємозв'язок поміж клінічною картиною дефіцитарної симптоматики та музичним слухом має високий достовірний ступінь кореляції, доповнюючи та розширюючи тим самим вже проведені дослідження. Результати дозволяють підтвердити доцільність визначення музичних здібностей в пацієнтів при шизофренії з метою розширення прогностично-діагностичних можливостей в психіатричній практиці.

УДК 616.85-056.4 618.2-084

Криворотько Я. В., Криворотько К. І.
Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)

**Організація психотерапевтичної допомоги жінкам
у перинатальному центрі**

Дослідженнями останніх років показано збільшення психологічних та несприятливих психічних розладів у жінок під час перебування під наглядом акушерів-гінекологів. Особливо актуальною ця проблема стає під час хірургічного втручання у гінекологічних відділеннях та у разі ускладнень під час вагітності та пологів.

Саме психологічні проблеми та несприятливі психічні розлади у жінок можуть посилювати органічні порушення небажаних ускладнень під час хірургічних втручань у гінекологічному відділенні та в акушерському стаціонарі. Комплексний медико-психологічний супровід жінок дозволяє проводити психопрофілактичні, психогігієнічні та психокорекційні заходи у жінок протягом лікування хвороб та під час вагітності.

Для запобігання чинників розвитку різноманітних несприятливих розладів проводиться медико-психологічний супровід жінок у перинатальному центрі в декілька етапів. На першому етапі необхідно первинне психотерапевтичне інтерв'ю, яке проводиться у жіночій консультації при первинному прийомі лікаря акушера-гінеколога. Наявність гінекологічних або акушерських ускладнень потребує подальшої медико-психологічної корекції. Наступний етап відбувається в умовах стаціонару: в гінекологічному відділенні до або після хірургічного втручання, в акушерському стаціонарі — протягом перебування на лікуванні або до та після кесаревого розтину.

За наявності показань у жінок проводили короткострокову психотерапію. Було застосовано раціональну психотерапію, елементи когнітивно-біхевіоральної, гештальт-терапії, арт-терапії, аутогенного тренування та інші. Впровадження цього комплексу психотерапевтичних методик в практику роботи лікаря-психолога, практичного психолога, лікаря-психотерапевта дозволяють поліпшити психологічний стан жінок під час лікування у жіночих консультаціях, гінекологічному та акушерському стаціонарі і забезпечує можливість профілактики та лікування несприятливих психічних розладів у жінок, формування у них адекватного ставлення до хвороби та вагітності.

Результати досліджень показали високу ефективність застосованої психотерапевтичної корекції у жінок з гінекологічними проблемами та у вагітних, яка сприяла формуванню стабільного психоемоційного стану, зниженню соматичних ускладнень у жінок.

УДК 616.891-085:615.851

Кудінова О. І.¹, Чорна Т. С.¹, Злобін О. О.²

¹Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків);

²Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті
№ 1 Філії «Центр охорони здоров'я» ПАТ «Укрзалізниця»
(м. Харків)

**Психотерапія в системі лікування хворих
на тривожні розлади**

За даними ВООЗ, поширеність тривожних розладів протягом життя в Україні становить 6,1 %. За даними міжнародного огляду популяційних досліджень, поширеність тривожних розладів протягом 12 місяців становить 5,6—18,1 %, де панічні розлади і генералізований тривожний

розлад — більше половини цього показника (Baumeister & Hartner, 2007).

Традиційно для лікування тривожних розладів використовують різноманітні психофармакологічні препарати різної терапевтичної спрямованості. Серед сучасних комплексних досліджень не визначено місце та недостатньо вивчена терапевтична ефективність групової та індивідуальної психотерапії в комплексному лікуванні тривожних розладів.

Усе вищевикладене зумовило провести дослідження клінічної структури та патофизиологічних механізмів формування емоційних розладів у хворих на тривожні розлади, та на підставі результатів науково обґрунтувати комплексну систему психотерапії та психокорекції тривожних розладів невротичного регістру.

Було обстежено 136 хворих, обстежувані були поділені на 3 групи відповідно до рубрик МКХ-10: 35 пацієнтів з панічним розладом (епізодичною пароксизмальною тривогою (ЕПТ) — F41.0, 34 пацієнти з генералізованим тривожним розладом (ГТР) — F41.1 і 67 пацієнтів зі змішаним тривожно-депресивним розладом (ЗТДР) — F41.2.

У хворих I групи (з ЕПТ) перманентні прояви спостерігалися в структурі провідних психопатологічних синдромів: астенічного (у 20 % хворих), тривожно-депресивного (у 33 % хворих), іпохондричного (у 47 % хворих).

У II групі хворих (з ГТР) спостерігалися переважно перманентні прояви, які характеризувалися астенічними, тривожними і субдепресивними симптомами. Вони входили в структуру різних синдромів: тривожно-фобічного — у 31 %; астенічно-депресивного у 16 %; астенічно-іпохондричного — у 16 %; астенічно-тривожного — у 21 %, астенічного — у 14 % хворих.

Хворі III групи (з ЗТДР) займали проміжне місце за клінічними проявами. У них спостерігалися досить помірні пароксизмальні прояви з ідеаторно-емоційними і соматовегетативними складовими. Перманентні прояви спостерігалися в структурі тривожно-депресивного (у 68 % хворих), тривожно-фобічного (у 22 % хворих) і тривожно-іпохондричного (у 10 % хворих) синдромів.

Базовим методом реалізації медико-психологічної реабілітації хворих на ЕПТ, ГТР і ЗТДР була групова психотерапія з елементами раціональної, особистісно-спрямованої, сугестивної та сімейної психотерапії. При порушеннях емоційної сфери у вигляді фобічно-депресивних і тривожно-депресивних розладів застосовували когнітивно-біхевіоральну терапію (КБТ) за А. Беком і А. Елісом.

Загалом значне поліпшення було досягнуто у 72 % хворих I групи, у 68 % хворих II групи і у 78 % хворих III групи.

Отже, для хворих з ЕПТ, ГТР та ЗТДР найефективнішим є застосування системи психотерапевтичної корекції, побудованої за інтегративним принципом, що містить в собі комплекс раціональної, особистісно-орієнтованої, сугестивної психотерапії з елементами тілесно-орієнтованої психотерапії, аутогенного тренування, групової психотерапії та когнітивно-біхевіоральної терапії.

вплив низки пов'язаних з антропологічною політипністю характеристик не тільки на ці показники у певних популяціях, а також і на представленість у них окремих варіантів конкретних захворювань. Тому комплексне вивчення та урахування антропоморфологічного чинника є важливим для кращого розуміння механізмів розвитку і чинників ризику виникнення психоневрологічних захворювань, зокрема різних форм невротичної патології.

На базі відділу неврозів та пограничних станів ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» було виконане комплексне антропометрично-антропоскопічне обстеження 190 осіб з різними формами невротичних розладів, серед них 88 (46,32 %) пацієнтів з тривожно-фобічними розладами (F40, F41), 62 (32,63 %) — з соматоформними розладами (F45) та 40 (21,05 %) — з неврастенією (F48.0). За результатами обстеження пацієнти були об'єднані в групи за антропологічним типом (АТ), який домінував у них і був визначений для кожної з осіб на базі комплексу морфологічних ознак.

Дані дослідження продемонстрували наявність особливостей структури невротичної патології для окремих АТ. Зокрема, представники альпійського АТ характеризувалися значно нижчим порівняно з показником обстеженої групи загалом рівнем тривожних розладів (23,53 % та 46,32 %, відповідно; $p < 0,01$) й вищим, що є єдиним випадком серед усіх АТ, рівнем неврастенії (35,29 % та 21,05 % відповідно; $p < 0,05$).

Серед пацієнтів — носіїв арменоїдного АТ домінували особи з тривожним розладом (73,33 % порівняно з 46,32 % у групі загалом; $p < 0,01$), тоді як частка таких пацієнтів з неврастенією була надзвичайно малою (6,67 % порівняно з 21,05 % в групі пацієнтів у цілому; $p < 0,05$).

Така ж мала частка осіб з неврастенією порівняно із обстеженою групою загалом визначалася й у представників атлантико-балтійського АТ (9,09 % та 21,05 % відповідно; $p < 0,05$); водночас вірогідних різниць за кількістю осіб з тривожними та соматоформними розладами не виявлено.

Динарський АТ характеризувався вірогідним переважанням осіб з тривожними розладами (61,90 % при 46,32 % у групі загалом; $p < 0,05$) і невеликими частками пацієнтів з неврастенією та соматоформними розладами (14,29 % та 23,81 %, відповідно).

Уралодійний АТ виявився єдиним з усіх, у структурі невротичної патології якого домінував соматоформний розлад (63,64 % при 32,63 % у групі загалом; $p < 0,01$); водночас, частка осіб з тривожним розладом серед представників цього типу була дуже малою (18,18 % при 46,32 % у групі загалом; $p < 0,01$), що є найнижчим показником для цієї форми неврозу серед усіх АТ.

Серед представників палеоевропейського АТ соматоформний розлад, навпаки, реєструвався вкрай рідко (9,52 % при 32,63 % у групі загалом; $p < 0,01$); натомість, для цього АТ була притаманною значно більша, ніж у групі загалом, частка осіб з тривожними розладами (66,67 % та 46,32 % відповідно; $p < 0,01$).

Середземноморський, біломоро-балтійський та індоафганський АТ характеризувалися відсутністю вірогідних різниць з відповідними показниками дослідженої групи загалом за структурою невротичної патології, хоча відзначалися тенденції до дещо більшої представленості серед пацієнтів — носіїв середземноморського АТ неврастенії, а серед пацієнтів — носіїв біломоро-балтійського АТ — тривожних розладів.

Отже, було виявлено форми неврозів, притаманні різним АТ, що свідчить про значимість антропологічних характеристик у неврозогенезі та потрібність їх враховувати як чинник ризику розвитку окремих форм невротичної патології.

УДК 616.85-03:572.5

Кутіков О. Є.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

Форми невротичної патології у пацієнтів з різними антропологічними характеристиками

Морфофізіологічна гетерогенність людини як біологічного виду є важливим чинником відмінностей у структурі психоневрологічної патології, поширеності та захворюваності на неї у різних людських популяціях. Було показано

УДК 616.89-085.851.13-036.8.-039.78

Лизак О. Л.

*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького (м. Львів)*

Оцінка ефективності стаціонарної психотерапії за змінами паттернів міжособистісних стосунків

Мета: виявити можливі зміни паттернів міжособистісних стосунків у пацієнтів після короткофокусної стаціонарної психодинамічної психотерапії та їхні кореляції з клінічними та суб'єктивним покращанням стану пацієнтів.

У дослідження включали пацієнтів ($N = 51$) психотерапевтичного стаціонару — клінічної бази кафедри психіатрії та психотерапії Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, у яких було діагностовано неспсихотичні психіатричні розлади, відповідно до МКХ-10, та призначено 10 сеансів короткофокусної психодинамічної психотерапії. У дослідженні взяли участь 41 жінка та 10 чоловіків; середній вік становив 37 років. Кожен із пацієнтів перед початком терапії проходив напівструктуроване інтерв'ю за методом Центральної теми конфліктних стосунків (CCRT — Core Conflictual Relationship Theme Method (Barber J. P., Luborsky L., Crits-Christoph P., Diger L., 1995; Luborsky L., Crits-Christoph P., 1998), у якому розповідав про 10 конкретних епізодів стосунків з однією важливою особою. Психопатологічні симптоми пацієнтів на початку лікування оцінювали за допомогою опитувальника SCL-90-R (Derogatis L. R. and Unger R.). Пацієнти, які завершили курс психотерапії ($N = 30$), повторно проходили таке ж інтерв'ю, як і перед його початком, а також повторно заповнювали опитувальник SCL-90-R для виявлення змін у психопатологічній симптоматиці. Закінчивши курс психотерапії, пацієнти заповнювали Опитувальник змін у переживаннях та поведінці VEV-test — Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (Zielke M., 1980) для оцінення суб'єктивного покращання психологічного стану. Пацієнти, які з різних причин передчасно припинили психотерапевтичне лікування, повторного обстеження не проходили.

У кожному з 10 епізодів визначали три основні компоненти центральної теми конфліктних стосунків: (а) бажання, потреби чи наміри пацієнта щодо іншої особи — компонент *W*; (b) реакції іншої особи на ці бажання — компонент *RO*; та (c) власні реакції пацієнта у відповідь — компонент *RS*. Сформульовані компоненти епізодів стосунків були перекладені у стандартні категорії системи CCRT-LU Category System (Albani C., Pokorny D., Blaser G. et al., 2002) ($N = 120$) та включені у загальну базу дослідження для обчислень.

Статистичний аналіз результатів дослідження проводили за допомогою програми SPSS версії 23.0. У досліджуваних інтерв'ю було виокремлено 5365 елементів стосунків, для кожного з яких було підбрано по два найбільш відповідні формулювання із стандартної системи категорій. Отже, загальна кількість стандартних категорій у підрахунках становила 10 730. Щодо кожної з категорій — оцінювали її відносну частоту, середні величини та стандартні відхилення. За результатами дослідження, найчастішими бажаннями пацієнтів були бажання любити і бути коханим (58,18—76,17 %), а також бажання бути сильним (21,66—25,19 %). На початку терапії пацієнти повідомляли про 27,52 % гармонійних та 72,48 % дисгармонійних реакцій інших осіб щодо них (*RO*), а також 23,49 % гармонійних та 76,51 % дисгармонійних власних реакцій (*RS*). Коли завершився курс психотерапії, кількість гармонійних реакцій інших осіб (*RO*) в епізодах стосунків збільшилася з 27,52 % до 40,26 %, а кількість гармонійних власних реакцій (*RS*) — з 23,49 % до 43,38 % ($p \leq 0,001$). Порівняння змін

у паттернах стосунків пацієнтів до та після проходження психотерапії та змін у результатах опитувальника SCL-90-R, а також результатів за VEV-test виявило статистично значущі кореляції між цими змінами; найбільшу кількість кореляцій було виявлено за шкалами депресії та тривоги опитувальника SCL-90-R.

Стаціонарна короткофокусна психодинамічна психотерапія приводить до збільшення відносної частоти гармонійних реакцій інших осіб щодо пацієнтів та гармонійних власних реакцій пацієнтів у міжособистісних стосунках, що корелює з поліпшенням у психопатологічній симптоматиці пацієнтів та у суб'єктивній оцінці ними власного психологічного стану.

УДК 616.892+616.89-02:615.212-079.4-08

Лінський І. В.*, **Кузьмінов В. Н.***,
Юрченко М. П.**, **Шульга О. О.*****

**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

***КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня №3,
***ВМС УСБУ в Харківській області (м. Харків)*

Співвідношення больової чутливості та аутоагресивної поведінки у деяких категоріях хворих

Найбільш яскравим проявом аутодеструктивної поведінки є суїцид. Ще одним прикладом такої поведінки є залежність від психоактивних речовин (ПАР). Однак, ці подібні за своїми драматичними наслідками стани якісно відрізняються на рівні мотивів особистості. Якщо в першому разі йдеться про первинно саморуйнівну мотивацію, то в другому — про мотивацію гедоністичну, яка, водночас, часто призводить до критичного погіршення якості життя і врешті — до фатального кінця. Такі контрастні поєднання мотивів і наслідків роблять зазначені форми розладу інстинкту самозбереження перспективними об'єктами для порівняльних досліджень. З другого боку, відомо що «сторожовим псом» інстинкту самозбереження є відчуття болю. Незважаючи на очевидність цієї тези, досліджень, присвячених систематичному вивченню ролі больової чутливості в механізмах реалізації аутодеструктивної поведінки, практично не було. Сказане вище визначило напрямок дослідження.

Були вивчені порушення больової чутливості та особливості суїцидальних тенденцій у 70 хворих з аутоагресивною поведінкою, що були госпіталізовані до Центру невідкладної психіатрії Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3. У 40 хворих був діагностований стан відміни алкоголю, у 30 хворих — депресивні розлади різної нозологічної приналежності, без ознак залежності від ПАР. Сприйняття болю, наявність та характеристики больового синдрому в обстежуваних хворих вивчали за допомогою опитувальних діагностичних шкал та об'єктивного тестування за допомогою методу тензометричної алгометрії. В першій групі хворих несуїцидальна самоушкоджувальна поведінка частіше спостерігалася в станах сп'яніння або неповного протверезіння. Вона часто поєднувалася з гетероагресивною поведінкою. Предикторами несуїцидальної самоушкоджувальної поведінки були компульсивний потяг до алкоголю, імпульсивність, дисфорічний фон настрою, когнітивний чинник у вигляді очікування полегшення психотравмуючої ситуації внаслідок вчинення самоушкодження. Перехід від суїцидальних думок до суїцидальної поведінки був коротший в стані сп'яніння або на початку стану відміни алкоголю. Ризик суїциду теж імовірно був в стані алкогольного сп'яніння. Чинниками, що сприяли суїцидальній поведінці, були імпульсивність,

дереалізація. На цей час можна зробити припущення, що біль — є стримуючим чинником для всіх варіантів аутоагресивної і гетероагресивної поведінки. Механізмами стримування аутоагресивної поведінки боєм є не тільки страх перед больовими почуттями, але і вплив болю на дереалізацію та схильність до експлозивних реакцій. Несуїцидальна самоушкоджувальна поведінка частіше спостерігалася на тлі збільшення порогів сприйняття болю. Виявлено достовірні ($p < 0,05$) кореляційні зв'язки виразності суїцидальної ідеї та показників больового сприйняття. Зворотні — з порогом відчуття болю ($r = -0,27$), прямі — з різницею між порогом переносимості болю і порогом відчуття болю ($r = +0,27$). Виявлено достовірні ($p < 0,05$) кореляційні зв'язки рівня депресії (за Гамільтон) з різницею між порогом переносимості болю і порогом відчуття болю ($r = +0,21$). Підвищення порогу непереносимості болю було загальною ознакою підвищеного ризику суїциду, незалежно від нозологічної належності хворого. Попередні результати дослідження дозволяють зробити припущення, що існують певні загальні механізми формування аутоагресивної поведінки. Порівняльне вивчення особливостей больової чутливості у психічно хворих, залежних і не залежних від ПАР, в комплексі з психопатологічним дослідженням надалі дозволить розробити методи прогнозування та попередження аутоагресивної поведінки.

УДК 616.895.4-009

Лінський І. В., Ткаченко Т. В., Кузьмів В. Н., Малихіна Н. А.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Особливості больової чутливості у хворих з тяжким депресивним епізодом

Було обстежено 54 особи жіночої статі з тяжким депресивним епізодом (діагнози: F32.2, F33.2 відповідно до МКХ-10). З них група «А» (27 осіб) — хворі, що скоїли незавершені суїцидальні спроби за 2—10 діб до моменту обстеження, група «Б» (27 осіб) — хворі без ознак суїцидальної активності.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний (тяжкість депресії оцінювали з використанням шкали Гамільтона), тензоалгометрія (Спосіб кількісної оцінки індивідуальних больових порогів (Невидимова Т. І, Бохан Н. А., Коконова Д. Н., патент RU 2342063).

Було встановлено, що середні значення рівня депресії за шкалою Гамільтона в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби, були вищими (в 1,18 рази, при $p < 0,05$), ніж в групі хворих без ознак суїцидальної активності. При цьому порогові больової чутливості — мінімальне больове відчуття, яке суб'єкт в змозі розпізнати (нижній больовий поріг) і поріг переносимості болю (верхній больовий поріг) в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби, також були вищими (в 1,40 рази та 1,19 рази відповідно, при $p < 0,0001$), ніж в групі хворих без ознак суїцидальної активності.

Було встановлено, що в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби, рівень депресії прямо корелює з величиною больового порогу ($r_{xy} = +0,60$), при цьому підвищення рівня депресії за шкалою Гамільтон на 1 бал супроводжується збільшенням нижнього больового порогу на 0,301 ум. од. На відміну від цього, в групі хворих без ознак суїцидальної активності кореляція рівня депресії з величиною больового порогу була зворотною ($r_{xy} = -0,62$), при цьому підвищення рівня депресії за шкалою Гамільтон на 1 бал супроводжувалось зменшенням нижнього больового порогу на 0,103 ум. од.

В результаті аналізу діапазонів розподілів пацієнтів різних груп порівняння за рівнями депресії за шкалою

Гамільтон та поріг больової чутливості було встановлено, що в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби, немає осіб з рівнем депресії менше ніж 23 бали або більше ніж 31, в той час як в групі хворих без ознак суїцидальної активності спектр рівнів виразності депресії значно ширший — від 19 балів до 40 балів. Аналогічним чином, межею максимальних відмінностей груп «А» й «Б» за показниками нижнього больового порогу є величина 10 ум. од., за показниками верхнього больового порогу — величина 15 ум. од. і, нарешті, за показниками різниці між верхнім та нижнім больовими порогоми — величина 5 ум. од.

Ідентифікація межових значень параметрів — ознак, про які йдеться, дозволили визначити кількість осіб — носіїв цих ознак, співвідношення частот наявності цих ознак в групах порівняння і, як наслідок — відповідні діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності Кульбака (MI).

Найбільш інформативним маркером наявності суїцидальної активності у хворих з тяжким депресивним епізодом (F32.2, F33.2) є нижній поріг больової чутливості понад 10 ум. од. (ДК = -9,21; MI = 3,75); за яким в порядку зменшення інформативності слідує: рівень депресії: 25—33 бали (ДК = -7,96; MI = 3,10); верхній поріг больової чутливості понад 15 ум. од. (ДК = -6,43; MI = 2,03); а також різниця між верхнім та нижнім больовими порогоми 5 ум. од. і менше (ДК = -3,98; MI = 1,11).

Отже, отримані дані свідчать про те, що неускладнена суїцидальною активністю депресія супроводжується зменшенням больових порогів, а ускладнена — їхнім підвищенням. Вивчення співвідношення тяжкості депресивних розладів та особливостей порогів больової чутливості у хворих з суїцидальними тенденціями дозволить розробити методи прогнозування суїцидів у психічно хворих.

УДК 616.89-008.441.1-07-08:615.214

*Мамчур А. І. *, Гуца С. І. ***

*ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины»;

**КУ «Днепропетровская областная клиническая
психиатрическая больница Днепропетровского
областного совета» (г. Днепр)

Комплексный подход в лечении соматоформных расстройств

Распространенность соматоформных нарушений у больных с психическими и поведенческими расстройствами диктует необходимость разработки адекватных и внятных алгоритмов терапии и комплексного подхода. Главная особенность в реализации тактики лечения заключается в использовании методов психофармакологии и психотерапии, исключении (при отсутствии показаний) нейротропных, соматотропных и метаболических лекарственных средств.

С целью разработки комплексного подхода к диагностике соматоформных нарушений у больных, изучения патогенетических механизмов соматизации и комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий для психически больных с соматоформными нарушениями нами было обследовано и пролечено 57 больных, мужчин и женщин, в возрасте от 23 до 59 лет с диагнозом соматоформное расстройство (F45) согласно критериям МКБ-10, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в нашей больнице. Клиническое наблюдение и анализ анамнестических данных проводили не менее 2 лет от начала манифестного этапа соматизации.

Клинические проявления при соматоформных расстройствах условно были распределены на три уровня: чувственный (эмоциональный); когнитивный и поведенческий.

Тактика лікування залежить, в значительній мірі, від рівня порушень. При вираженості емоціонального рівня порушень (признаки депресії, фобії або тривоги, в тому числі алекситимії або «немой тривоги», соматовегетативної симптоматики) цілесобразніше використовувати основний курс фармакотерапії з використанням антидепресантів. В деяких випадках для забезпечення швидкого симптоматичного ефекту цілесобразно застосовувати транквилізатори або інших препаратів з анксиолітичним ефектом (наприклад, деяких антипсихотиків) короткотривалими курсами. В випадках переважання когнітивного компонента порушень найбільш цілесобразним є використання методів когнітивної або когнітивно-біхевіоральної терапії з метою розширення пізнавальних функцій. Супутня фармакотерапія повинна або мінімально впливати на когнітивні функції (не слід застосовувати препарати з вираженим седативним ефектом), або розширяти когнітивні можливості (наприклад — сучасні антидепресанти). В випадках переважання поведінкових порушень найбільш цілесобразним є використання методів біхевіоральної або когнітивно-біхевіоральної терапії, застосування фармакологічного контролю поведінки (наприклад — коректори поведінки). Лікування соматоформних розладів — тривале. Можливо змінити тактику лікування в зв'язі з переходом від одного рівня до іншого. Слід пам'ятати, що хворі з соматизованим розладом з готовністю сприймають всі лікувальні призначення, в тому числі і заміну препарату, іноді роблять акцент на постійні зміни лікувальної тактики, що не дозволяє досягти необхідного результату.

і «реактивного утворення» (дезадаптивний МПЗ, 30,6 % ОГ і 25,0 % ГП); копінг-стратегії: «дистанціювання» (неконструктивна копінг-стратегія, 83,3 % ОГ і 71,9 % ГП), «прийняття відповідальності» (відносно конструктивна, 62,5 % ОГ і 65 % ГП), рідше — «самоконтроль» (конструктивна, 45,8 % ОГ і 50 % ГП) і «тікання — уникнення» (неконструктивна, 13,9 % ОГ і 25 % ГП); типи реагування на захворювання (ТРНЗ): еропатичний — 25,0 % ОГ і 28,1 % ГП, сенситивний — 23,6 % ОГ і 15,6 % ГП, і тривожний ТРНЗ — 13,9 % ОГ і 15,6 % ГП; рівень самоактуалізації — 55,6 % ОГ і 46,9 % ГП мали низький (менше ніж 45 Т-балів), 34,7 % ОГ і 37,5 % ГП мали середньостатистичний рівень самоактуалізації (45÷54 Т-бали).

Отже, було встановлено внутрішньоособистісні та психосоціальні фактори, які сприяють психологічній адаптації пацієнток (емотивний тип акцентуації характеру, конструктивна копінг-стратегія «самоконтроль», відносно конструктивна «прийняття відповідальності», адаптивний МЗП «заперечення», еропатичний ТРНЗ, високий рівень самоактуалізації, достатній рівень соціальної підтримки) або погіршують адаптаційний потенціал та прогноз (збудливий, тривожний та демонстративний типи акцентуацій характеру, підвищений загальний рівень напруження МПЗ, переважання в структурі дезадаптивних МПЗ і неконструктивних копінг-стратегій, неконструктивна копінг-стратегія «дистанціювання», «тікання — уникнення», дезадаптивні МПЗ «проекція» і «реактивне утворення», дисгармонічне поєднання копінг-стратегій: дистанціювання — пошук соціальної підтримки, дисгармонічні поєднання копінг-стратегій та психологічних захистів: пошук соціальної підтримки — заперечення; планування вирішення проблеми — заперечення, тікання-уникнення — інтелектуалізація, сенситивний, тривожний ТРНЗ, низький рівень самоактуалізації, дефіцит соціальної підтримки) і призводять до дезадаптації.

Результати дослідження дозволили прийняти клінічно обґрунтовані рішення щодо вибору психотерапевтичних мішеней та методів психокорекції в кожному індивідуальному випадку, прогнозувати ризик розвитку дезадаптивних станів, проводити психопрофілактику, планувати та організувати заходи медико-психологічної допомоги та психореабілітації.

УДК 616.89:159.942.25+618.19-089.87+616-006.04:159.972

Мартинова Ю. Ю., Мацько Н. Г.

*Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)*

Внутрішньоособистісні та психосоціальні складові адаптаційного потенціалу жінок, які перенесли мастектомію

Мета дослідження — вивчення індивідуально-психологічних та психосоціальних особливостей жінок, які перенесли мастектомію.

Було досліджено 104 пацієнтки, хворих на рак молочної залози, які перенесли мастектомію. Основну групу (ОГ) склали 72 пацієнтки після радикальної мастектомії (РМ), групу порівняння (ГП) — 32 жінки після секторальної мастектомії (СМ). Було використано методику визначення акцентуацій характеру за Г. Шмішеком; методику Лазаруса «Способи копінга»; методику діагностики індексу життєвого стилю (ІЖС) опитувальником Плутчика — Келлермана — Конте; опитувальник ТООБЛ; самоактуалізаційний тест (САТ); багатовимірну шкалу сприйняття соціальної підтримки — MSPSS; Д. Зімет (адаптація В. М. Ялтонський, Н. А. Сирота).

Структура компенсаторно-адаптивного потенціалу досліджуваних: акцентуації характеру притаманні 81,9 % пацієнток ОГ і 78,1 % пацієнток ГП (дистимічність — 33,3 % ОГ та 34,4 % ГП; тривожна боязливості — 16,7 % ОГ та 18,8 % ГП; емотивність — у 15,3 % ОГ та 15,6 % ГП; демонстративність — 9,7 % ОГ та 9,4 % ГП); було виявлено схильність до використання МЗП, а не копінг-стратегій, переважання в їх структурі «заперечення» (адаптивний МЗП — у 62,5 % ОГ і у 59,4 % ГП, «інтелектуалізація» — 22,2 % ОГ і 21,9 % ГП), «проекції» (дезадаптивний МПЗ, 40,3 % ОГ і 34,4 % ГП)

УДК 616.85-008.447-08

*Марута Н. О., Колядко С. П., Явдак І. О.,
Каленська Г. Ю., Денисенко М. М.*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Особливості терапевтичних заходів у хворих на невротичні розлади з аддиктивними формами поведінки

В Україні спостерігається зростання захворюваності населення психічними розладами, серед яких «погранична» патологія займає одне з провідних місць. Відомо, що основою формування невротичного розладу є наявність психогенного конфлікту, прояви якого залежать від адаптивних можливостей особистості, особливостей її емоційно-мотиваційної, ціннісної та поведінкової складових. У ситуації фрустрації їх порушення є сприятливим ґрунтом для формування широкого спектра психопатологічних реакцій не тільки невротичного кола, а й особистісного, спрямованих на досягнення емоційного задоволення («розрядки») за допомогою замісних форм реагування (аддиктивної поведінки (АП)) (Воробйова Т. М., 2004; Марута Н. О., 2009; Лінський І. В., 2009). З огляду на вищевикладене, важливою для науки та практики є проблема надання допомоги

пацієнтам з невротичними розладами, які поєднуються з АП, що і стало метою нашого дослідження.

Обстежено 148 хворих з невротичними розладами: 46 осіб з неврастенією (F48.0), 53 пацієнти із дисоціативним розладом (F44.7) і 49 осіб з тривожно-фобічним розладом (F40.8), відповідно до критеріїв МКХ-10.

В результаті використання AUDIT-подібних тестів виявлено, що у 59,73 % хворих на невротичні розлади спостерігався високий ризик формування АП, переважно соціально-прийняттого характеру: Інтернет (39,45 %), перегляд телепередач (37,61 %), комп'ютерні ігри (11,93 %), шопінг (26,61 %), трудоголізм (26,61 %). На ґрунті проведеного клініко-психопатологічного та психодіагностичного (опитувальник «Стратегії подолання стресових ситуацій» — SACS, шкала сприйняття соціальної підтримки — MSPSS) дослідження виокремлені чинники ризику формування невротичних розладів, що поєднуються з АП: вік до 30 років; вираженість тривожної і обсесивної симптоматики; особливості копінг-стратегій: виражена актуалізація копінгів «уникнення» й «агресивні дії»; зниження конструктивності копінг-стратегій; особливості ціннісно-мотиваційної сфери: актуальність потреби в самовираженні, свободі й активності; дезактуалізація потреби в емоційному насиченні.

З урахуванням виокремлених факторів ризику запропонована комплексна терапевтична програма, основу якої складають психотерапевтичні методи впливу. Програма складається з трьох етапів: I-й — *загальностабілізуючий*, спрямований на зняття емоційної напруженості, опрацювання особистісних і емоційних реакцій на хворобливі симптоми із застосуванням індивідуальної психотерапії (методи раціональної та сугестивної психотерапії, 2—3 сесії); II-й — *патогенетичний*, спрямований на опрацювання психологічних механізмів формування невротичної симптоматики та АП, тренінг конструктивних копінг-стратегій і зміну ціннісно-мотиваційних настанов за допомогою роботи в групі із застосуванням когнітивно-поведінкових тренінгів, технік психодрами (10—15 сесій); III-й — *завершальний*, метою якого є закріплення нових форм поведінкових реакцій, конструктивних форм міжособистісної взаємодії (групова психотерапія) і розвитку самоактуалізації особистості (гуманістична психотерапія AUDIT, 3—5 сесій).

За принципами розробленої комплексної терапії отримали лікування 63 хворих на невротичні розлади з АП. Оцінювання ефективності лікування проводили за даними AUDIT-подібних тестів (враховували середній бал, який відображає виразність проявів залежної поведінки). Зокрема, визначено, що у 61,90 % хворих до лікування середній бал становив — 24,3 (високий рівень формування АП), після лікування — 12,4 бали (низький рівень формування АП).

Отже, запропонована терапія спрямована на формування нових ціннісно-сміслових, поведінкових стереотипів і поліпшення ставлення до себе як особистості, здатної до адаптивних реакцій на фруструючі ситуації.

неврозів та пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України» було обстежено 110 хворих на депресивні розлади різного ступеня важкості (F32.0 — F32.2), що дозволило розробити алгоритм персоніфікованої психотерапії при депресивних розладах. Персоніфікована психотерапія мала індивідуалізований характер, починалася на перших етапах лікування і проводилася весь період терапії (Enns M. W., Cox B. J., 2005; Марута Н. О., 2013; Джудит С., 2006).

В основу персоніфікованої психотерапії було покладено встановлені під час обстеження типові психологічні особливості хворих на депресивні епізоди, які полягали в особливостях використання копінг-стратегій, специфіці сприйняття часу та характеристиках особистості.

На ґрунті виявлених клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей депресивних епізодів розроблено диференційований алгоритм психотерапевтичного впливу, в процесі якого було виокремлено три етапи: седативно-підтримувальний (3—4 заняття); лікувально-стабілізуючий (8—10 занять); адаптаційно-профілактичний (3—4 заняття).

Перший етап (седативно-підтримувальний) складається з 3—4 щоденних індивідуальних занять тривалістю по 40 хвилин та спрямований на усвідомлення наявності депресивної симптоматики та роз'яснення пацієнту необхідності її лікування. Хворий має усвідомити, чому йому необхідна та або інша форма терапії, які ефекти і результати від її застосування можна чекати. Слід вказати на відстрочений ефект фармакотерапії, інакше у хворого може настати розчарування в призначеному лікуванні.

Другий етап (лікувально-стабілізуючий) спрямований на виявлення ірраціональних уявлень та переконань та зміну їх на більш реалістичні та адаптивні. Індивідуальні та групові заняття проводили щодня тривалістю 40 хвилин і 1,5 години відповідно (по 8—10 занять). Для здійснення завдання другого етапу необхідно враховувати, що при ендогенних депресивних розладах домінують негативні уявлення хворого щодо самого себе, своїх вчинків. Найважливішим є те, що подібні уявлення виникають через необґрунтовані висновки, які базуються на фіксуванні уваги хворого на окремих деталях, без урахування загальної ситуації. Метою терапії при лікуванні цієї категорії хворих була зміна емоційного стану та настрою хворого завдяки раціонально-логічному переробленню пацієнтом суб'єктивного погляду на себе та світ, що досягається раціональним переконанням лікарем пацієнта щодо необґрунтованості негативною та зниженою оцінки себе та своїх досягнень як у минулому, так і в теперішній час та майбутньому.

Третій (адаптаційно-профілактичний) етап передбачав закріплення досягнутого терапевтичного результату, навичок психічної саморегуляції та нових когнітивних стратегій і включав 3—4 індивідуальних та групових занять. Об'єктом групової психотерапії при цьому, як і психотерапевтичних впливів загалом, були психологічні фактори патогенезу захворювання (інтрапсихічний конфлікт, механізми психологічного захисту, «внутрішня картина хвороби», зокрема патологічна реакція особистості на захворювання, система значимих стосунків хворого, включаючи порушені в результаті захворювання соціальні зв'язки пацієнта). Сучасна групова терапія розглядає пацієнта в контексті його стосунків та взаємодій з іншими, група при цьому виступає як модель реального життя. Група дає можливість побачити універсальність проблем, створює більш оптимістичну лікувальну перспективу. Вона дозволяє учасникам обмінюватися життєвим досвідом і способами розв'язання проблем, використовувати взаємну підтримку.

УДК 616.895.4:615.851

*Марута Н. О., Панько Т. В., Федченко В. Ю.,
Каленська Г. Ю., Мальюта Л. В.*

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Алгоритм персоніфікованої психотерапії при депресивних розладах

В межах НДР «Вивчити фактори прогнозу формування, перебігу та виходу депресивних розладів з метою розробки ефективних засобів терапії та реабілітації» на базі відділу

Система психотерапевтичної корекції депресивних епізодів включала когнітивно-біхевіоральну психотерапію за А. Беком (Бек, А., Раш А., 2003), сімейну психотерапію (Е. Г. Ейдемилер, В. В. Юстицький, 2007) та арт-терапію (Болл Б., 2001). Вказаний психотерапевтичний комплекс дозволяв максимально оптимізувати потенційні можливості хворого щодо подолання хвороби, сприяти складанню сприятливих мікросоціальних обставин та подолати емоційне перевантаження пацієнта завдяки використанню найбільш щадних заходів та надавав можливість працювати з думками і почуттями, які здаються непереборними.

Розроблена система персоніфікованої терапії свідчить про її високу ефективність: видужання та значне поліпшення спостерігалось у 73,64 % хворих, поліпшення — у 23,63 % і лише у 2,73 % хворих динаміка була незначною.

УДК 616.895.4-07:362.141

Марута Н. О., Панько Т. В., Федченко В. Ю., Семікіна О. Є., Каленська Г. Ю., Теренковський Д. І.
 ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
 НАМН України» (м. Харків)

Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги

В Україні, як і в багатьох країнах світу, відзначається зростання депресивних розладів. Спостерігається не тільки вагоме збільшення загальної кількості пацієнтів з депресією, але й значне «омолодження» цього захворювання. За результатами досліджень, розповсюдженість протягом життя депресивних розладів становить 20,8 %. Пік захворюваності припадає на найбільш працездатний вік між 20 і 40 роками, що призводить до серйозних негативних соціальних і економічних наслідків (W. Gaebel, T. Becker, V. Janssen, et al., 2012; Н. О. Марута, 2012). Оцінка ефективності терапії депресивних розладів свідчить, що одужання або настання стійкої ремісії відзначається лише у 33 % хворих, у той час як у 55 % спостерігаються рецидиви депресивних епізодів, а ще у 12 % — триває роками і навіть десятиріччями (Gorman J. M., Sloan R. P., 2000; F. Jacobi, S. Rosi, C. Faravelly et al., 2005; Підкоритов, В. С., 2010).

Встановлено, що причиною низької ефективності терапії та реабілітації депресивних розладів є клінічна гетерогенність психопатологічних феноменів, патоморфоз під впливом соціально-стресових факторів, недостатня обізнаність лікарів загальної практики в проблемі діагностики цієї патології, відсутність спостереження на різних етапах надання допомоги.

З метою поліпшення діагностики депресивних розладів обстежено 110 хворих на депресивні розлади (F32.0 — F32.2) різного ступеня важкості (в межах виконання НДР «Вивчити фактори прогнозу формування, перебігу та виходу депресивних розладів з метою розробки ефективних засобів терапії та реабілітації»). Дослідження мало комплексний характер та включало застосування клініко-психопатологічного методу; психометричних шкал (Шкала Гамільтона — HDRS, Шкала депресії центру епідеміологічних досліджень — CES-D, Шкала загального клінічного враження — Clinical Global Impression Scale, CGI), психодіагностичного методу (методика Е. Нейм для визначення провідних копінг-стратегій, методика «Семантичний диференціал часу», «Самоактуалізаційний тест»), а також методи математичної статистики. На ґрунті аналізу результатів комплексного дослідження були встановлені діагностичні критерії депресивних епізодів.

Діагностика депресивних розладів має починатися вже на етапі первинної медичної допомоги та спиратися на осо-

бливості клінічної картини депресивних епізодів, що мають специфічну синдромальну структуру та включають афективні, мотиваційно-вольові, когнітивні, психомоторні та соматичні прояви, як-от порушення базових функцій (розлади сну, порушення апетиту, втрата маси тіла, зниження статевого потягу), вітального тону функцій (фізична стомлюваність, млявість та зниження енергії), неприємні тілесні відчуття та вісцеральні симптоми.

На етапі вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги діагностику депресивних розладів треба проводити з урахуванням не лише особливостей клінічної картини, а й перебігу захворювання, важкості розладу та факторів, що впливають на важкість перебігу депресивного розладу. Зокрема, «тяжкий ступень» розладу характеризується переважанням в клінічній картині добових коливань стану, параноїдних симптомів, соматичних симптомів, психомоторних проявів та відсутністю критичності до свого стану. У разі «помірному ступеня» розладу в структурі клінічної картини переважають суїцидальні наміри, пізня інсомнія та збереження критичності до свого стану. «Легкий ступень» розладу не має в клінічній картині психічної та соматичної тривоги, втрати маси тіла за анамнезом, генітальних симптомів (втрата лібід, менструальні порушення) та психомоторних проявів.

На третинному етапі медичної допомоги, крім вищезазначених аспектів, треба враховувати психологічні фактори, як-от копінг-стратегії, особливості суб'єктивного сприйняття індивідуального часу та показники самоактуалізації, які мають велике значення у формуванні, перебігу та виходу депресивних епізодів. Зокрема, у цієї групи хворих переважають копінг-стратегії з використанням дезадаптивних копінгів, як-от «розгубленість», «пасивна кооперація» та «відступ». Структура суб'єктивного сприйняття індивідуального часу характеризується негативним сприйняттям теперішнього та майбутнього. Оцінка показників самоактуалізації свідчить про зниження власної відповідальності, негативне ставлення до себе та оточуючих, зниження потреби у спілкуванні та діяльності.

Діагностику депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги треба проводити з урахуванням вищезазначених критеріїв.

УДК 616.89-008.454-053.2/.5

Михайлова Е. А., Проскуріна Т. Ю., Матковська Т. М. Мітельов Д. А., Беляєва О. Е.
 ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
 НАМН України» (м. Харків)

До проблеми діагностики тривожних розладів у дітей

Робота присвячена принципово новій оригінальній технології діагностики та диференціації тривожних розладів у дітей. Більшість наукових оглядів визначають тривожні розлади як найбільш поширений клас психопатологічних розладів, що стаються в дитинстві. Відомо, що тривога досить інтенсивно й тривало впливає на дитину, перешкоджає формуванню адаптивної поведінки, призводить до порушення поведінкової інтеграції та загальної дезорганізації її психіки. На теперішній час існує чимало формалізованих методів діагностики тривоги у дітей та підлітків. Однак жоден з них не дозволяє розглядати ці феномени як багатовимірні психічні утворення, виявляючи не лише афективні, а й інші компоненти, які відіграють важливу роль в діагностиці психічної дезадаптації. Відсутність єдиного психодіагностичного підходу до оцінки дитячої тривожності, заснованого на принципах і специфіці періодизації

вікового розвитку, значною мірою ускладнює можливість об'єктивного динамічного спостереження досліджуваних феноменів і зумовлює диференціально-діагностичні труднощі тривожних розладів.

Мета дослідження: розробити інноваційну модель діагностики тривожних розладів у дітей.

Обстежено 84 дітей віком 6—14 років. Застосовували клініко-психопатологічний метод, психодіагностичні методики: опитувальник CDRS-R для оцінки депресії, методику багатовимірної оцінки дитячої тривожності (МОДТ), структуроване психологічне інтерв'ювання; опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90; шкалу особистісної (OT) та реактивної тривоги (PT) Спілбергера; проективні малюнкові тести («Тест на вміння адаптуватися до критичних ситуацій»). Дослідження церебральної нейродинаміки здійснювали на ґрунті багатовимірного лінійного та нелінійного аналізу ЕЕГ, обчислення індексу варіабельності серцевого ритму (BCP).

Діти з тривожними розладами характеризувалися наявністю високого рівня OT та PT. В структурі тривожності превалювали високі показники за шкалою загальної тривожності. За неусвідомлюваними складовими емоційного стану хворих виявлено різноманітний спектр фрустрованих потреб із переважанням фрустрації потреби в емоційному прийнятті у хлопців та схильності до психологічної відстороненості в дівчат. Типологія тривожного розладу хворих залежала від віку: у дітей 7—11 років визначався конституціонально-невропатичний варіант, у підлітків 12 років і старше — тимопатичний варіант.

Розроблено й апробовано альтернативний метод діагностики тривоги у дітей, що базується на визначенні інтенсивності симптомів тривоги і депресії, інтеграції інформації, отриманої в проективних малюнкових тестах, та показниках індексу тривоги за даними енцефалографії (BCP). Запропонований «Коефіцієнт вираженості показників тривоги та депресії», що розраховують як суму балів за тестом депресії CDRS-R, рівнем тривоги за даними проективних тестів, та індексу тривоги BCP. За наявності показника депресії 55—65 балів за тестом CDRS-R, показників тривоги (від 1 до 5 балів) за даними проективних тестів 0,2 бали та нижче за індексом тривоги BCP — рівень тривоги розцінюють як субклінічний. За наявності 65—74 балів та більше за тестом CDRS-R, показників тривоги — 6 балів та більше, індексу тривоги (ЕЕГ BCP) понад 0,3 бали (середнє значення — 0,45 бали) діагностують тривожний депресивний розлад.

Можливість визначення інформативних маркерів ризику формування тривожно-депресивного розладу у дітей дає змогу прогнозувати несприятливий тип перебігу хвороби, забезпечити своєчасне диференційоване лікування і вторинну профілактику тривожних розладів.

УДК 575.1:616.89-008.44-053.2/.5

Михайлова Е. А., Проскуріна Т. Ю., Багацька Н. В., Мітельов Д. А., Матковська Т. М., Глотка Л. І.

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України» (м. Харків)

Клініко-генетичний аспект тривожно-фобічних розладів у дітей у контексті первинної та вторинної профілактики

В літературі широко обговорюють питання про розповсюдженість тривожних розладів у дитячому та підлітковому віці, а також про роль різноманітних чин-

ників (спадкової схильності, стресових ситуацій, особливостей сімейного функціонування) у їх виникненні (Smoller J., 2015). Аналіз сучасної літератури свідчить про те, що на сьогодні висувається концепція про роль одного з механізмів соматичної мозаїчності — активації руху мобільних генетичних елементів в патогенезі психічних розладів і вважається, що однією з основних причин дестабілізації геному, змін в системі для підтримання стабільності геному є група РНК-редагуючих білків AID/APOBEC (С. В. Тошаков та ін., 2013). В контексті профілактики важливо виявлення сімейної концентрації психопатологічних симптомів тривоги і внеску середовищних чинників у формування тривожно-фобічних розладів в дитячому та підлітковому віці.

Мета — дослідити внесок спадкового і середовищного компонентів у формування тривожно-фобічних розладів у дітей.

Дослідження за допомогою психопатологічного, генеалогічного та цитогенетичного методів проведено у 50 дітей із тривожно-фобічними розладами, які були обстежені в ДУ «ІОЗДП НАМН». Групу порівняння склали 75 умовно здорових однолітків, що не мали тяжкої мультифакторної патології. Збирання родоводів проводили за П. Харпером.

Клінічні особливості емоційного стану дітей з тривожними розладами характеризуються психологічними феноменами — розгубленість, образа, розчарування, які стають фундаментом і підґрунтям невротичного реагування. Варіанти унікаючої поведінки у дітей в подальшому впливають з симптомів тривожно-фобічних розладів, типології емоційних переживань травматичної події і тривалого психотравмуючого невіршеного конфлікту. Наявність вегетативних порушень в структурі тривожного розладу у підлітків з включенням пароксизмальних станів (тахікардія, запаморочення, задишка, панічні атаки) сприяють імпринтингу невротичних проявів та ранньої соматизації. У хворих дітей з тривожно-фобічними розладами визначено сімейне накопичення мультифакторних захворювань. Внесок генетичного компонента в схильність щодо тривожно-фобічних розладів складає 23,2 %, а середовищного — 76,8 %. Спонтанний рівень хромосомних аберацій у лімфоцитах крові хворих обох статей із тривожно-фобічними розладами перевищує частоту хромосомних аберацій здорових дітей в 4,6 рази. Для забезпечення профілактики ризику розвитку тривожно-фобічних розладів у дитини на наступних етапах онтогенезу пропонується використання двох препаратів: цитофлавіну в поєднанні з фолієвої кислотою. Сполучення цих препаратів забезпечує поліпшення когнітивного функціонування, регрес симптомів тривожності та депресії, попереджує виникнення рецидивів в найближчому та віддаленому майбутньому. Ці комплекси можна використовувати з профілактичною та терапевтичною метою. Запропонований комплекс з найменшим фармакобіологічним навантаженням сприятиме покращенню ментальних функцій, ліквідації когнітивних викривлень, поліпшенню психосоціальної адаптивності та стабілізації геному хворої дитини.

Отже, проведені дослідження свідчать про значний внесок середовищних чинників у формування тривожних розладів у дітей. Визначення підвищеного рівня хромосомних порушень у хворих із тривожно-фобічними розладами диктує необхідність проведення специфічних профілактичних заходів.

УДК 616.8-085.851+376.2

*Михайлов Б. В.**, *Водка М. Е.***,
*Вашикте И. Д.**, *Алиева Т. А.**

**Харьковская медицинская академия последипломного образования;*

***Международный благотворительный фонд
«Фонд Александра Фельдмана» (г. Харьков)*

Организация психосоциальной реабилитации детей и подростков в Украине с использованием природных и преформированных факторов

Проблема детского психического здоровья в Украине — это одна из наиболее актуальных проблем в здравоохранении страны.

В последние десятилетия в Украине, как и в мире в целом, наблюдается увеличение числа детей и подростков с нарушениями психической сферы и девиантными формами поведения (гиперкинетические расстройства, детский аутизм, детский церебральный паралич, синдром Дауна, социализированное расстройство и другие нервно-психические расстройства).

Существенным недостатком уже существующих лечебно-реабилитационных программ является их сосредоточение на отдельных медицинских технологиях.

Единственно перспективным путем является интегративная система психосоциальной реабилитации детей и подростков с учетом биопсихосоциального единства человеческой личности.

С учетом современной эпохи постиндустриального развития общества нами сформирована концепция экотерапии.

Главный принцип экотерапии основан на контакте с живой природой.

Экотерапия включает в себя терапию дикой природой, анималотерапию, ландшафт-терапию, саден-терапию и прогулочную терапию, фитотерапию, ароматерапию, зоотерапию, флоротерапию.

Разработанная нами программа психосоциальной реабилитации детей и подростков включает индивидуальные и групповые формы работы, основанные на принципах экотерапии, в сочетании с тренингами с элементами психодрамы; социально-психологическими и психогимнастическими тренингами; игровой психотерапией; элементами рациональной, когнитивно-бихевиоральной и поведенческой психотерапии; арт-терапии; трудотерапии; библиотерапии; сказко-терапии; семейной психотерапии.

Программа реализуется мультидисциплинарной командой в составе: психотерапевты, врачи-психологи / практические психологи, логопед, дефектолог, невропатолог, социальный работник.

Цели программы включают психокоррекцию нарушений эмоциональной, личностной и поведенческой сферы детей с психологическими расстройствами; оптимизацию состояния психического здоровья и уровня качества жизни с целью повышения их социальной адаптации в семье, коллективе и обществе; профилактику ранних пограничных расстройств психического регистра у детей дошкольного и школьного возрастов.

В ходе реализации программы пациенты проходят 4 этапа медико-психологического сопровождения:

1 этап — триаж — первичное обследование детей и подростков с психологическими, эмоциональными и поведенческими расстройствами.

2 этап — профильное консультирование — формирование комплайенса между специалистами и пациентами, формируется добровольное следование пациентом пред-

писанному ему режиму лечения, заключается договор о предоставлении медико-психологической помощи.

3 этап — медико-психологическая коррекция — индивидуальная работа и групповая с детьми и их родителями.

4 этап — сопроводительный (суппортивный) — детям предоставляется возможность участвовать в конкурсных творческих соревнованиях, волонтерских акциях; для родителей организуются закрытые группы, направленные на поддержание результатов коррекции и вторичную профилактику.

Программа была реализована на базе Центра психосоциальной реабилитации для детей и подростков «Фельдман Экопарк» и показала свою высокую эффективность.

УДК 376.2+376.3

Михайлов Б. В., Колесник Н. М.

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Інклюзивна модель освіти дітей з обмеженими можливостями здоров'я

Метою інклюзивного процесу є соціалізація дитини з обмеженими можливостями здоров'я (ОМЗ) до суспільства. У рамках інклюзивної освіти у дітей з ОМЗ формуються навички соціальної поведінки, самообслуговування тощо. Це стає фундаментом для успішної життєдіяльності на наступних етапах розвитку.

Позитивний ефект змішаних груп проявляється у дітей, що нормально розвиваються, у формуванні толерантності і гуманності, а у дітей з ОМЗ відбувається компенсація недоліків, розвиваються адаптивні особові властивості (цілеспрямованість, позитивне ставлення до себе, оточуючих і життя), формуються соціальна і комунікативна компетентність.

Вибір інклюзивних технологій варто здійснювати за принципом універсальності дії на усіх учасників інклюзивної освіти. До них належать група поведінкових технологій (підхід АВА, підхід/програма ТЕАСН та ін.), метою яких є формування адаптивних форм поведінки, створення передбачуваності і послідовності життєдіяльності шляхом візуалізації. Важливою є робота в сенсорній кімнаті, яка спрямована на зниження занепокоєння, навчання саморегуляції, подолання відхилень в розвитку сенсомоторної і емоційно-вольової сфер тощо.

Впровадження інклюзивної моделі до освітніх установ вимагає кардинального перегляду архітектури приміщень. Під реалізацію інклюзивної освіти потрібні спеціально обладнані приміщення і це стосується не лише дітей з ОМЗ. Для усіх користувачів інклюзивного процесу також потрібне спеціальне приміщення, обладнане під реалізацію психологічного впливу.

Інклюзивна модель стосується інтересів усіх суб'єктів освітнього процесу. Важливим суб'єктом інклюзивної моделі є батьки дітей з ОМЗ, які потребують підтримки і супроводу не менш ніж їх діти. Для ефективного включення дитини з ОМЗ в інклюзивне середовище у батьків має бути сформована готовність до супроводу своєї дитини і компетенції у багатьох сферах. Тому роботи, спрямовані на формування і розвиток компетенції батьків дітей з ОМЗ, будуть актуальні на усьому маршруті інклюзивної освіти дитини.

Кадровий ресурс для здійснення інклюзивного процесу потребує постійного підвищення кваліфікацій і формування нових властивостей особистості. Абсолютно очевидною є потреба у підготовці кадрового ресурсу з новою культурою і менталітетом, спрямованого на ефективний командний

процес, супровід і підтримку користувачів інклюзивної моделі. Введення посади тьютора є чи не найголовнішою необхідністю якісного супроводу дитини в інклюзивному просторі.

Існує потреба в стандартизованій роботі усіх організацій, спеціалістів в рамках інклюзивної моделі. Медико-психолого-педагогічний супровід треба системно реалізувати за такими: напрямками: діагностико-консультативний, інформаційно-просвітницький та корекційно-розвиваючий. Наявність раннього супроводу дітей з групи ризику і їхніх сімей є запорукою успішного залучення дитини в загальне освітнє середовище та профілактикою вторинних відхилень у розвитку. Також потрібні зміни і в освітніх закладах, в системі загалом — поки будуть існувати конкурси на звання кращої школи за результатами робіт талановитих і обдарованих дітей, тим більш не бажаними будуть діти з ОМЗ.

Важливою ланкою інклюзивної моделі є профорієнтація підлітків з ОМЗ, формування їх конкурентної спроможності та адекватної професійної самооцінки, що потребує нового підходу до супроводу підлітка.

Інклюзивна модель вимагає кардинальних змін у системі та у суспільстві для введення особи з ОМЗ в соціальне і професійне життя.

УДК 613.865

Михайлов В. Б., Фельдман Д. А.

*Харьковский национальный медицинский университет
(г. Харьков)*

К вопросу о развитии соматогенных эмоциональных нарушений у лиц, перенесших инфаркт миокарда

Инфаркт миокарда (ИМ) — главная причина смертности и инвалидности не только в Украине, но и во всем мире. У большинства больных, перенесших ИМ, отмечаются различные нарушения депрессивного спектра, затрудняющие течение заболевания, восстановительно-реабилитационные процессы и являющиеся одной из главных причин временной нетрудоспособности и инвалидности пациентов.

Цель нашего исследования: на основании результатов комплексного клиничко-психопатологического, психодиагностического обследования лиц с ИМ определить особенности формирования клинических проявлений расстройств депрессивного спектра. В основу работы положены результаты комплексного клиничко-психопатологического обследования 60 пациентов, перенесших ИМ. Среди обследуемого контингента отмечалось преобладание мужчин. Средний возраст — 50,2 ± 6,6 года. Нами были использованы следующие методы исследования: клиничко-психопатологические; психодиагностические и статистические.

У обследуемых больных преобладал Q-позитивный (крупноочаговый) ИМ, отмечался в 71,7 % случаев (43 человека). Q-негативный (мелкоочаговый) ИМ встречался в 28,3 % случаев (17 человек). Наиболее часто диагностировался переднебоковой ИМ — в 40 % случаев.

Наиболее частыми жалобами у лиц, перенесших ИМ, были различные болевые проявления, чаще — кардиалгии (86,7 %), колебания артериального давления (86,7 %), чувство нехватки воздуха и одышка (76,7 %), нарушения сердечного ритма (73,3 %). Наиболее часто встречались: болевой (86,7 %), фобический (83,3 ± 1,3 %), астено-тревожный (43,3 ± 0,7 %) астено-депрессивный (23,3 ± 0,7 %) синдромы. Развитие и выраженность фобической, депрессивной и тревожной симптоматики зависели от выраженности болевого синдрома. Астеническая симптоматика у пациентов этой группы входила в структуру астено-тревожного, астено-депрессивного, астено-ипохондрического синдромов.

Истероформный синдром наблюдался в 6,7 % случаев. У 13,3 % лиц, перенесших ИМ, выявлялись анозогностические расстройства, проявляющиеся нарушениями адекватности реагирования, отказом от госпитализации и лечения, снижением критической оценки собственного состояния, полным игнорированием тяжести своего состояния.

Таким образом, у большинства пациентов перенесших ИМ, отмечаются различные расстройства депрессивного спектра, которые утяжеляют течение заболевания и являются главной причиной временной нетрудоспособности и инвалидности пациентов.

УДК 616.89-008

Мозгова Т. П., Лещина І. В.*, Федорченко С. В.***

**Харківський національний медичний університет;*

***Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Клініко-психопатологічний аспект електрофізіологічних порушень у підлітків з розладами поведінки

Медико-соціальна значимість розладів поведінки у підлітків та їх наслідків зумовлює актуальність дослідження клінічних проявів та нагальну потребу раннього профілактичного втручання з визначенням прогностичних факторів ризику.

Мета дослідження: вивчення ролі нейрофізіологічних порушень у формуванні розладів поведінки у підлітків.

Обстежено 202 підлітки віком 11—15 років з розладами поведінки. У комплекс діагностичних методів входило електрофізіологічне дослідження, клініко-психопатологічний та статистичний методи.

У структурі розладів поведінки у підлітків були виявлені психопатологічні синдроми: психопатоподібний ($n = 106$), астеноневротичний ($n = 50$), астеноабулічний ($n = 26$) і тривожно-депресивний ($n = 20$).

В результаті обстеження було виявлено, що висока судомна активність найчастіше спостерігалася у підлітків з тривожно-депресивним синдромом — 66,67 ± 10,33 %; рідше — у підлітків з астеноневротичним (40,00 ± 6,79 %), психопатоподібним (38,71 ± 4,64 %) та астеноабулічним синдромами (28,57 ± 8,68 %).

Водночас, дифузні зміни із дизрегуляцією діенцефально-стовбурових структур відзначалися у більшості підлітків з психопатоподібною — 61,29 ± 4,64 %, астеноневротичною (60,00 ± 6,79 %) і астеноабулічною (57,15 ± 9,51 %) симптоматикою; значно рідше — у підлітків з тривожно-депресивними проявами — 33,33 ± 10,33 %.

Дистонічний тип реоенцефалографії спостерігався у третини підлітків з психопатоподібним (35,48 ± 4,55 %), астеноневротичним (30,00 ± 6,35 %) і тривожно-депресивним (33,33 ± 10,33 %) синдромами і значно менше у підлітків з астеноабулічною симптоматикою — 14,29 ± 6,73 %, тоді як гіпертонічний тип реоенцефалографії переважав у останніх (14,29 ± 6,73 %).

Лікворна гіпертензія, виявлена методом ехоенцефалографії, частіше відзначалася у підлітків з астеноневротичним синдромом (15,00 ± 4,95 %), у незначній кількості підлітків з психопатоподібним (9,67 ± 2,81 %) і не спостерігалася у підлітків з астеноабулічним і тривожно-депресивним синдромами.

Проведений статистичний аналіз свідчить, що порушення біоелектричних властивостей головного мозку з високою судомною активністю і дисфункцією нижньостовбурових структур та порушення церебральної гемодинаміки

за дистонічним типом є чинниками ризику формування розладів поведінки у підлітків.

Отже, виявлення нейрофізіологічних порушень у підлітків є інформативним діагностичним методом розпізнавання ранніх ознак розладів поведінки.

УДК 616.314.18-002.4

Овчаренко М. О., Вербицький Є. Ю.

*ДЗ «Луганський державний медичний університет»
(м. Рубіжне)*

Стан вродженого імунітету при посттравматичних стресових розладах у мешканців Луганської області

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) належить до захворювань багатфакторної природи, проте, їх молекулярні патологічні механізми до теперішнього часу не з'ясовані. Низка досліджень свідчить, що ПТСР асоціюється з хронічною активацією імунної системи і розвитком млявого системного запалення. Однак, навіть при емоційному стресі виникають первинні розлади, що призводять до зміни нормально функціонуючих систем організму, зокрема спричиняють розлади імунної системи. Зміни в регуляції імунної системи можуть стати ключовим фактором у зменшенні ступеня тяжкості психологічного стану хворого і пов'язаних з ним більш важких стресових розладів.

У хворих на ПТСР до початку лікування нами встановлені порушення неспецифічної резистентності організму, що характеризувалося змінами показників функціональної активності моноцитів (ФАМ). Показник фагоцитарного індексу (ФІ) знижувався до $(19,5 \pm 1,4)\%$ (при нормі $(28,6 \pm 0,8)\%$; $P < 0,05$). Причому в 21 % випадках значення цього індексу зменшувалося суттєво (майже вдвічі), хоча у 18 % осіб його рівень помірно підвищувався до $(37,1 \pm 2,0)\%$; збереження в межах норми ФІ було лише в 10 % випадках. Показник, який вказує на активність фагоцитуючих клітин (фагоцитарне число — ФЧ) у хворих на ПТСР був менше норми в 1,15 рази (при нормі $4,0 \pm 0,2$; $P > 0,05$), однак в 18 % випадків спостерігалось збільшення цього показника. Значення індексу атракції (ІА) помірно знижувалося (в 1,29 рази, при нормі $(14,0 \pm 0,3)\%$; $P < 0,05$). Зниження ІА спостерігалось у більшості обстежених (69 % випадків), помірне підвищення — у 10 % випадків від загальної кількості обстежених, у решти обстежених — в межах норми.

У хворих на ПТСР пригнічення зазнавала фаза перетравлення ФАМ, яку характеризує індекс перетравлення (ІП). Показник ІП був знижений у 78 % обстежених, в межах норми — у 16 % та підвищений у 6 % хворих; середнє значення цього показника дорівнювало $(18,8 \pm 1,2)\%$, що менше норми в 1,43 рази ($P < 0,01$). Отже, у хворих з ПТСР страждають всі фази процесу фагоцитозу, особливо фаза перетравлення, що вказувало на незавершеність фагоцитозу, що в свою чергу дає змогу сформувати специфічну імунну відповідь та обтяжувати патологічний процес.

Дослідження активності вродженого імунітету (за результатами стану ФАМ) у хворих на ПТСР після патогенетичного лікування показало порушення показників неспецифічної резистентності. Значення ФІ в обстежених хворих було в межах від 21—24 % (у середньому $(22,8 \pm 1,3)\%$), тобто менше норми в 1,25 рази ($P < 0,05$). Фагоцитарний індекс майже у всіх обстежених вірогідно від норми не різнився (середнє значення $3,8 \pm 0,2$; $P > 0,05$), хоча у частини хворих цей показник залишався зниженим ($3,6 \pm 0,1$; $P < 0,05$). Значення ІА в обстежених хворих на ПТСР не виходив за межі норми і складав у середньому $(13,2 \pm 0,9)\%$ ($P > 0,05$). У всіх хворих,

які були під наглядом після завершення патогенетичного лікування ІП не досягав меж норми, у середньому складаючи $(21,3 \pm 1,3)\%$ ($P < 0,05$). Таким чином, в цей період обстеження, незважаючи на збереження першої фази фагоцитозу (наближення, атракція) не відбувалося перетравлення вже поглинутих мікробів, що можна вважати як декомпенсацію вродженої ланки імунітету при ПТСР. Закінченість фагоцитозу є важливою характеристикою, оскільки стійкість організму до антигенів і визначає здатність фагоцитів не стільки поглинати, скільки перетравлювати чужорідні агенти. Здатність моноцитів до поглинання і фіксування у частини хворих на ПТСР була фактично не порушеною, що було розцінено як компенсаторну реакцію організму.

УДК 616.45-001.1/3:371.711

Панченко О. А.

*Всеукраїнська професійна психіатрична ліга
(м. Київ)*

Постстресові розлади в умовах громадянського протистояння

Бойові дії на Донбасі змінюють ситуацію в суспільному і соціальному житті — відбувається зміна пріоритетів надання медико-психологічної допомоги населенню. Коли люди втрачають або змінюють місце проживання, крім стресу переїзду вони гостро переживають почуття невизначеності. В Україні на сьогоднішній день налічується понад 200 тисяч учасників антитерористичної операції (АТО) і понад 2 млн внутрішньо переміщених осіб. За даними UNICEF, кількість жертв серед мирного населення в різних військових конфліктах неухильно збільшується. Ситуація внутрішньополітичної напруженості в Україні набула на цю пору характер бойових дій і несе загрозу життю, здоров'ю та збереженню майна мирного населення.

У 2014—2016 рр. в ДУ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» м. Костянтинівка Донецької області проводили обстеження жителів регіону з метою діагностики постстресових і посттравматичних стресових розладів. У дослідженні брали участь доросле населення у кількості 2041 осіб, які проживають в зоні військового конфлікту. Дослідження проводили за допомогою діагностичних, антропометричних, нейрофізіологічних, психодіагностичних, клініко-лабораторних, біохімічних методів.

За результатами психодіагностичного дослідження, у жителів зони АТО переважали такі емоції: тривога, страх, роздратування, безпорадність, пов'язані з ситуацією, що склалася в регіоні. 46,9 % обстежуваних вважали себе безпосередніми свідками бойових дій. Внутрішньо переміщені особи склали 12,2 %.

До чинників, що сприяють розвитку постстресових розладів, належать несприятливі емоційні стани, загроза життю, загроза матеріальних втрат, незадоволеність матеріальним становищем.

Бойові дії на Сході України розгортаються в густонаселених регіонах країни, що сприяє продукуванню різних за силою і спрямованістю постстресових розладів як у безпосередніх учасників бойових дій, військових, так і у мирного населення.

Населення, що проживає в зоні бойових дій, далі відчуває виражені негативні емоції, інтенсивність яких зберігається. Стабільно високим залишається кількість осіб з невротичними, пов'язаними зі стресом розладами.

Дитячий контингент населення (у дослідженні взяла участь 962 дитини) переживає негативні емоції і почуття,

які сприяють розвитку невротичної особистості і ведуть до психологічного неблагополуччя — неадекватної самооцінки, конфліктності, психологічної та соціальної дезадаптації.

Розроблений психодіагностичний комплекс дозволить своєчасно виявити і діагностувати на ранніх стадіях психопатологічні реакції, психосоматичні і соматичні розлади здоров'я.

В сучасних умовах є нагальною потреба створити модель комплексного підходу до реабілітації постстресових розладів з регламентованою взаємодією між лікарською, психологічною та педагогічною спільнотами, за активною участю членів сім'ї та необхідних соціальних структур, що забезпечить суспільне благополуччя і безпеку в Україні.

УДК 616.831-036.66:578.089

Панченко О. А.*, **Сливински Збигнев****,
Кутько І. І.***, **Радченко С. М.*****

**Всеукраїнська професійна психіатрична ліга (г. Київ, Україна);*

***Інститут фізіотерапії імені Яна Кочановски (г. Згожеlec, Польща);*

****ГУ «Научно-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МЗ України» (г. Константиновка, Україна)*

Українсько-польське співробітництво в області нейрореабілітації і психоневрології

Государственное учреждение «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины» имеет давние традиции международного сотрудничества, широко развивает международные связи, в частности, посредством сотрудничества с медицинскими центрами зарубежных стран. Контакты осуществляются путем участия научных сотрудников, аспирантов в медицинских форумах, научных конференциях, научных исследованиях.

Одним из главных направлений международной деятельности является проведение сотрудниками Центра совместных исследований с учеными организаций-партнеров из Польши. Наиболее эффективное сотрудничество осуществляется с Институтом физиотерапии им. Яна Кочановски, которым руководит национальный консультант в области физиотерапии Республики Польши, советник министра здравоохранения Польши, профессор Збигнев Сливински.

В прикладном аспекте сотрудничество осуществляется в области криомедицины и нейрореабілітації.

Достижения науки последних лет в области исследований воздействия холодного фактора на организм человека обусловили интерес к возможности применения экстремальных низкотемпературных факторов с лечебной целью.

На современном этапе развитие криогенной техники позволило использовать действие экстремально низких температур (ниже -110°C) при лечении многих заболеваний, в том числе опорно-двигательной и мышечной систем.

Криоекстремальная терапия стала одним из элементов комплексного лечения воспалительных заболеваний суставов и коллагенозов, дегенеративных заболеваний суставов со вторичным воспалительным компонентом и аутоиммунных заболеваний, некоторых заболеваний позвоночника. Криоекстремальное воздействие одинаково эффективно как для превентивного купирования острых воспалительных состояний, так и для лечения на всех стадиях воспалительных и дегенеративных процессов, что с точки

зрения клиницистов позволяет значительно снизить риск ближайших и отдаленных осложнений заболевания.

Все вышесказанное является актуальным при изучении влияния экстремально низких температур на опорно-двигательную и мышечную системы.

Современная реабилитация отличается высоким уровнем информатизации диагностических и лечебных методов, внедрением новых средств диагностики и направленного внешнего воздействия на организм (реабилитационное оборудование, аппаратно-программные комплексы), которые базируются на передовых технологиях кибернетики, микропроцессорной техники, программирования и т. д. Во всех этих системах на первом месте стоят задачи точного дозирования параметров работы, стабильного удержания их заданных значений в условиях изменчивости физиологических характеристик организма пациента.

Особого внимания заслуживают комплексы с биологической обратной связью, работа которых направлена на развитие и совершенствование механизмов саморегуляции физиологических функций при различных патологических состояниях. Такие комплексы активно применяются в реабилитационных учреждениях Украины и Польши, поэтому опыт работы по данным направлениям сотрудничества очень полезен, информативен и, бесспорно, перспективен.

УДК 616.89:355.257.6-06

Панченко О. А.*, **Кутько І. І.****, **Стасюк А. В.****

**Всеукраїнська професійна психіатрична ліга (г. Київ);*

***ГУ «Научно-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МЗ України» (г. Константиновка)*

Особенности развития психических расстройств в условиях вооруженного конфликта, их коморбидность

Нарушения на поведенческом уровне в первую очередь обусловлены особенностями индивидуального реагирования личности на боевую ситуацию. Наиболее распространены в настоящее время терминами для обозначения данных состояний являются: «боевая психотравма», «стресс боевой обстановки», «боевое истощение». В дальнейшем у лиц, подвергшихся воздействию стресса боевой обстановки, могут развиваться отставленные во времени дезадаптивные состояния, называемые посттравматическими стрессовыми расстройствами. Природно-климатические, психосоциальные, военно-политические и оперативные факторы также накладывают патопластический отпечаток на картину возникающих расстройств психической деятельности. В результате развиваются состояния от психологических реакций адаптации в рамках психической нормы до психической патологии с проявлениями, достигающими в отдельных случаях уровня психозов. В рамках данного типа дезадаптации были выделены различные варианты, в частности: а) тревожно-астенический; б) ригидно-агрессивный («успешный» и «неуспешный»); в) истероаффективный; г) псевдоинициативный; д) стенично-девиантный; е) депрессивно-тревожный.

В отличие от стихийных бедствий и природных катаклизмов, вооруженный конфликт — это «рукотворное событие», которое несет дополнительный своеобразный «отпечаток» ненависти к противнику.

Хотя, конечно, переживания о судьбе страны перед экраном телевизора и непосредственное участие в боевых

действиях в большинстве случаев несут разные травматические риски.

Прежде всего, следует назвать и выделить группы лиц, подвергающихся посттравматическим стрессовым расстройствам. Во-первых, это бойцы Вооруженных Сил. Во-вторых — жители региона, охваченного войной, и беженцы, вынужденные переселенцы. В-третьих — родственники военнослужащих, участвующих в боевых действиях, и родственники лиц, оказавшихся в зоне конфликта. И последняя группа — пленные. Эти контингенты получают совершенно разные психогенные воздействия, поэтому к ним следует применять различные алгоритмы медицинской и психологической помощи. Одинаковой может быть разве что фармакотерапия. Основные факторы психической травматизации для военнослужащих связаны с угрозой для жизни; для военнопленных — со страхом смерти и неопределенностью ситуации, в которой они находятся; для беженцев — с бытовой неустроенностью и отсутствием информации о том, что происходит на местах их проживания; и для родственников — со страхом потерять близких.

«Задействование» в реакции на стресс «систем» «гипоталамус — гипофиз — надпочечники» и «гипоталамус — гипофиз — щитовидная железа» обуславливают коморбидность ПТСР с эндокринными, сердечно-сосудистыми и неврологическими нарушениями.

На базе ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины» было обследовано и пролечено в период с января 2015 года по октябрь 2016 года 40 больных с ПТСР, женщин — 28 человек (возраст от 25 до 65 лет); мужчин — 12 человек (возраст от 40 до 75 лет). Пациенты были осмотрены эндокринологом, кардиологом и невропатологом.

В процессе обследования была выявлена следующая сопутствующая патология.

Эндокринные нарушения:

1) патология щитовидной железы — 33 человека (82,5 %);

2) сахарный диабет 2-го типа — 6 человек (15 %);

3) ожирение — 1 человек (2,5 %).

Сердечно-сосудистые нарушения:

1) гипертоническая болезнь — 19 человек (47,5 %);

2) ишемическая болезнь сердца — 12 человек (30 %);

3) нейроциркуляторная дистония по гипотоническому типу — 3 человека (7,5 %);

Неврологические нарушения:

1) дисциркуляторная энцефалопатия — 19 человек (47,5 %);

2) остеохондроз — 18 человек (45 %);

3) заболевания периферической нервной системы — 3 человека (7,5 %).

Коррекция перечисленных нарушений проводилась соответствующими специалистами.

ставляют предмет актуальных научных исследований медицинской психологии. Когнитивные расстройства, в силу их большой распространенности, негативно влияют на социальное функционирование и качество жизни пожилых и старых людей.

Когнитивные нарушения — собирательное обозначение различных нарушений высших мозговых функций вследствие расстройства процессов получения, переработки и анализа информации и соответствующей организации поведения. Могут выражаться в нарушении памяти, внимания, психомоторной координации, речи, гнозиса, праксиса, счета, мышления, ориентации, планирования и контроля психической деятельности. Стойкое выраженное расстройство когнитивных функций лежит в основе деменции.

Программа реабилитации когнитивных расстройств — ряд комплексных методов, применение которых показано геронтологическим пациентам с нарушениями познавательных (когнитивных) функций, при различных типах деменции, в том числе и при болезни Альцгеймера.

Принципы программы реабилитации:

1. Принцип дозированности — учитывается степень тяжести когнитивных расстройств и соматическое состояние пациента. От этого будет зависеть время и количество занятий, уровень доступности материала, тактика построения самого занятия.

2. Принцип регулярности — для пациентов с когнитивными расстройствами недопустимы большие промежутки между занятиями (должны быть регулярными и равномерно распределены во времени).

3. Принцип активности — активное включение самого пациента, формирование у него мотивации к восстановлению, побуждение к ответственности за достигнутые результаты.

4. Принцип индивидуальности — индивидуальный подход к каждому отдельному пациенту с учетом тяжести его состояния, уровня образования, возраста и т. д.

Структура программы реабилитации:

1. Спецификой групповой работы с психически больными в пожилом и старческом возрасте является небольшой количественный состав групп (не должен превышать 6—8 человек). Это обусловлено тем, что в процессе занятия необходимо индивидуальное включение специалистов (психолога, психотерапевта), входящих в процесс группового взаимодействия. Состав участников группы должен оставаться постоянным от начала до конца реабилитационного маршрута, так как задания усложняются от занятия к занятию. Набор упражнений подбирается на основании предварительного патопсихологического исследования. Время проведения занятий составляет около 60 минут с кратностью 3 раза в неделю. Рекомендуемое время для проведения занятий — первая половина дня.

2. Восстановление когнитивных функций, тренировка социальных навыков. Занятия имеют четкую структуру. Задания к упражнениям формулируются доступно и просто, с соблюдением принципа «от простого — к сложному», на каждом занятии происходит повторение ранее изученного материала с целью проверки степени его усвоения. Постепенно задания усложняются, и по мере восстановления утраченных способностей их объем увеличивается. Пациенту обязательно дается положительная обратная связь и оценка, которая служит также и восстановлению самооценки больного.

УДК 616.89-008

Пенова И. К.

ПВНЗ «Международный классический университет имени Филиппа Орлика» (г. Николаев);

КУ «Одесский областной центр психического здоровья» (г. Одесса)

Общие принципы программы реабилитации пациентов пожилого возраста с когнитивными расстройствами

В настоящее время когнитивные расстройства являются одним из наиболее распространенных видов психических нарушений у лиц позднего возраста и пред-

УДК 616.895.8-07-08

Підкоритов В. С., Байбарак Н. А.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)**Оптимальні стратегії терапії у хворих на параноїдну шизофренію з серцево-судинною патологією**

Згідно з даними ВООЗ, на шизофренію страждають від 1 до 1,5 % населення земної кулі, що становить проблему надання своєчасної та комплексної терапії її проявів. За результатами статистичних досліджень, смертність хворих на шизофренію від соматичних захворювань можна порівняти зі смертністю хворих на цукровий діабет. Відомо, що у 90 % хворих на шизофренію стається порушення різних соматичних функцій, а у 34—74 % вони не діагностуються своєчасно, що впливає на динаміку самого процесу та ускладнює підбір адекватної терапії. Певної уваги заслуговує перебіг цієї психічної патології у сполученні з розладами серцево-судинної системи. Це зумовлює необхідність розроблення оптимальних заходів лікування параноїдної шизофренії з супутньою серцево-судинною патологією, які враховують специфіку клініко-психопатологічних, патопсихологічних проявів та корекції соматичного стану. Згідно з сучасним ставленням до лікування шизофренії, препаратами першого вибору є використання антипсихотиків. Але при наявності супутньої соматичної патології їх лікування має бути більш диференційованим. Оскільки успішність терапії відображається на якості життя хворої людини, її сімейної, соціальної, особистісної адаптації та веде до формування у неї більш адекватного способу життя з урахуванням наявності психічної патології.

Мета роботи — розробити комплексний підхід до лікування та реабілітації хворих на параноїдну шизофренію, обтяжену серцево-судинною патологією. В нашому дослідженні пацієнти отримували комплексну фармакотерапію, яка була спрямована на корекцію проявів психотичного та соматичного кола, та включала такі етапи: активної терапії, стабілізуючої та профілактичної (підтримувальної) терапії та реабілітації.

На етапі активної терапії ми здебільшого цілеспрямовано призначали атипичні антипсихотики (кветіапін, оланзапін, рисперидон), у зв'язку з їх меншим кардіотоксичним ефектом. У деяких випадках, при наявності гострої психотичної симптоматики, були призначені парентерально традиційні нейролептики. На етапі стабілізуючої та профілактичної терапії важливим фактором також була профілактика загострень серцево-судинних захворювань або їх негативного впливу на перебіг параноїдної шизофренії. Як показало дослідження, основу успіху цього етапу становить наявність комплаєнтних відносин між пацієнтом та лікарем, що базуються на принципах довіри, відкритості, та позитивний емоційний супровід. На етапі реабілітації на перший план виходила психоосвітня діяльність, яка включала роботу як з самим хворим, так і членами його родини. Успішність результату цього етапу була пов'язана з раннім початком реабілітаційних заходів, зокрема з урахуванням тяжкості проявів серцево-судинного захворювання.

Такий комплексний підхід до терапії хворих на параноїдну шизофренію з серцево-судинною патологією дозволив досягти більш ефективної редукції патопсихологічної симптоматики (особливо маячно-галюцинаторного характеру), запобігти загостренню серцево-судинної патології та скоротити перебування хворих на стаціонарному лікуванні (на 4—5 днів).

УДК 616.895.8-07-08

Підкоритов В. С., Серікова О. С.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)**Предиктори та особливості клінічної картини повторних нападів шизоафективного розладу**

Нами було амбулаторно та стаціонарно обстежено 16 хворих на різні типи шизоафективного розладу (ШАР) — F25.0, F25.1, F25.2, також був проведений ретроспективний аналіз хвороб цих пацієнтів.

Серед пацієнтів було 10 жінок та 6 чоловіків, віком від 20 до 51 років. Вік маніфестації захворювання був $21,5 \pm 1,5$ роки, а тривалість хвороби — $7,9 \pm 3,1$ роки. Середня тривалість міжфазного періоду — 1,8 роки, тобто, в середньому, розгорнута афективна фаза у них виникала один раз на два роки.

У 79 % випадків повторний приступ ШАР починався з маячення, у 21 % — з вербального галюцинозу.

Спостерігалися різні варіанти повторних приступів ШАР — від «клішованих» за структурою нападів (67 %), до поліморфної симптоматики як протягом нападу, так і відмінною від одного нападу до іншого (33 %).

У 87 % випадків повторний приступ ШАР випереджався порушенням нічного сну: при депресивному приступі — скороченням на декілька годин внаслідок ранніх пробуджень, тривогою, відчуттям «внутрішнього неспокою», зниженням швидкості перемикання уваги; труднощами з засинанням — при маніакальному та змішаному типах ШАР, змішаному типу приступу також нерідко передувала дратівливість, підвищена чутливість до критики у свою адресу, маніакальному та змішаному — пошук «гострих» відчуттів, потяг до екстремальних розваг, наприклад, *core jumping*, з ризиком для здоров'я і навіть і з недооцінкою ступеню небезпеки для життя, частішала частота відвідувань пацієнтами нічних клубів, культурно-масових заходів (поп-, рок-концерти, футбол), що часто супроводжувалося вживанням великої кількості алкогольних, енергетичних напоїв, курільних сумішей, кофеїну у надвеликій кількості з ціллю посилення та підтримання «приємної» для пацієнта маніакальної симптоматики, деякі пацієнти проводили більше, ніж звичайно, часу в соціальних мережах, де активно знайомились з представниками протилежної статі.

У 25 % випадків загостренню ШАР передував епізод (або декілька) неспотвореної психопатологічної симптоматики — невротичної або неврозоподібної. Особливо підступною та загрозливою помилками під час діагностики була істероформна маска, маски афективної неспотвореної депресії, манії або змішаного афекту. Також певні діагностичні труднощі виникали при наявності раніше перенесеного психотичного епізоду, який не був діагностований як ШАР (об'єктивно або помилково), або абортівному епізоді психозу вже розпізаному як ШАР.

Менші утруднення при діагностиці становили випадки повторних «чистих» афективно-параноїдних психотичних нападів. В 10 % випадків спостерігалась низька комплаєнтність до лікування, особливо після виписки, та якщо члени сімей пацієнтів відмовлялися брати участь у їх лікуванні, при відсутності відвідувань пацієнта сім'єю протягом перебування в стаціонарі. У 94 % пацієнтів, які не приймали призначені антипсихотичні препарати протягом першого тижня після виписки, розвивалось загострення. В 11 % випадків початку приступу передувало вживання канабіноїдів. У 32 % випадків загостренню передувала актуальна для хворого психотравмуюча ситуація.

Члени сім'ї пацієнта повинні звертати увагу на особливості поведінки пацієнта поза загостренням з метою виявлення

предикативної субклінічної симптоматики, для попередження розвитку активних клінічних проявів захворювання.

УДК 616.895.8:616.1/4-08-036.66

Підкоритов В. С., Скринник О. В.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Особливості лікування та реабілітації хворих на шизофренію, що мають супутню гастроентерологічну патологію

Супутні соматичні захворювання є одним з чинників, що зумовлюють клінічну і соціальну дезадаптацію при шизофренії та значно знижують якість життя. За даними епідеміологічних досліджень тривалість життя при шизофренії на 20—25 років менша за середню у популяції. Багато дослідників вказують на високий ризик розвитку різної патології, зокрема і захворювань шлунково-кишкового тракту (ШКТ) (Семке А. В., 2009). Великий вплив на формування гастроентерологічної патології у хворих на шизофренію мають паління та зловживання алкоголем, незбалансоване харчування, недотримання норм гігієни (Kurzban S., 2010).

Незважаючи на велику кількість досліджень гастроентерологічної патології у пацієнтів з шизофренією, мало уваги приділялося особливостям взаємозв'язку психофармакотерапії й патології ШКТ та розробці реабілітаційних програм для таких хворих. Для вирішення завдання проекту був використаний клініко-анамнестичний метод дослідження з аналітичним вивченням медичної документації.

Було проаналізовано 30 історій хвороби пацієнтів, які знаходилися на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» в 2015—16 рр. з діагнозом шизофренія, параноїдна форма, безперервний перебіг (F20.00 за МКХ-10), що була ускладнена захворюваннями ШКТ. Серед них — 53,3 % жінок ($n = 16$), 46,7 % — чоловіків ($n = 14$); середній вік $38,00 \pm 13,00$ роки. Серед обстежених хворих найчастіше зустрічалася медикаментозна гепатопатія (11 спостережень — 36,7 %). На 2-му місці була гастроєзофагальна рефлюксна хвороба (7 пацієнтів — 23,3 %). Декілька гастроентерологічних захворювань одночасно спостерігалось у 5 пацієнтів (16,7 %). Функціональні розлади травлення (гастроєзофагальна рефлюксна хвороба, синдром подразненого шлунку, дискінезія товстої кишки) та хронічний гастрит починалися у молодому віці, до того моменту, як пацієнт захворів на шизофренію. Медикаментозна гепатопатія, хронічний панкреатит та холецистит виявлені у випадках, коли тривалість шизофренії була більшою за 10—15 років, та могли стати результатом тривалої антипсихотичної терапії.

Супутня гастроентерологічна патологія має значний вплив на якість життя та соціальну адаптацію пацієнтів з шизофренією. Вона може бути однією з причин відмови від прийому психотропних засобів (Халикова А. Р., 2014). Тому адекватна модель терапії та реабілітації таких хворих створювалася на основі принципів спадкоємності, комплексності, індивідуальності і стадійності, складалася з декількох послідовних етапів та торкалася всіх сторін життєдіяльності пацієнтів. Вона включала в себе: 1) біологічне лікування психічного розладу; 2) лікування та профілактику супутньої гастроентерологічної патології; 3) корекцію особистісних девіацій та формування здорового мікросоціального оточення. Під час призначення психотропних засобів враховували їх профіль безпеки, призначали ліки тільки після прийому їжі, намагалися скоротити кількість пігулок завдяки застосуванню пролонгованих та ін'єкційних форм.

Своєчасний огляд терапевта, контроль печінкових проб один раз на 3 місяці допомагали запобігти загостренню гастроентерологічної патології. Обов'язково призначалися відповідна дієта та специфічне лікування захворювань ШКТ. За допомогою психотренінгів формувалися правильні та ефективні копінг-стратегії, які допомагали пацієнтам адаптуватися у складних соціальних умовах.

Отже, інтегроване ведення хворих на шизофренію з супутньою гастроентерологічною патологією із залученням психіатрів, лікарів-інтерністів, психологів дозволяє попередити загострення психічного захворювання, поліпшити якість життя пацієнта, підвищити його соціальне функціонування.

УДК 616.895.8:616.8-06-036.66

Підкоритов В. С., Український С. О.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Сучасні підходи до лікування та реабілітації хворих на шизофренію, що мають супутню неврологічну патологію

Численні дослідження вказують на високий ризик розвитку у хворих на шизофренію серцево-судинних захворювань (Сиркін А. А., Смулевіч В., 2007), цукрового діабету (Бурлаков А. В., 2007), захворювань шлунково-кишкового тракту (Семке О. В., 2009) і багатьох неврологічних хвороб (Meyer J., Nasrallah H. A., 2003).

У багатьох роботах дослідники вказують на атипівність ендогенних психозів, що перебігають на «органічному підґрунті», їх несприятливий перебіг та низьку ефективність нейролептичної терапії (Нисс А. І., 1990; Корнілов А. А., 2000).

Незважаючи на значну кількість досліджень, залишається актуальною проблема надання допомоги пацієнтам з шизофренією і супутньою неврологічною патологією, потребують уточнення та систематизації підходи до лікування та реабілітації таких пацієнтів. Для розв'язання завдання проекту був використаний клініко-анамнестичний метод дослідження з аналітичним вивченням медичної документації.

Було проаналізовано 28 історій хвороби пацієнтів, що знаходилися на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» в 2014—2016 роках з діагнозом параноїдна шизофренія (за МКХ-10 — F20.0), що мали супутню неврологічну патологію. Серед них було 8 жінок та 20 чоловіків (співвідношення жінки : чоловіки — 1 : 2,5), середній вік досліджених — $35,2 \pm 6,35$ роки. Вік маніфестації захворювання був $23,9 \pm 5,24$ роки, а тривалість хвороби — $11,9 \pm 5,10$ роки. В середньому ці хворі перенесли по $3,7 \pm 2,14$ загострення.

Неврологічна патологія, що спостерігалася у пацієнтів була представлена вегето-судинною дистонією (17 випадків — 60,7 %) та різними варіантами дисциркуляторної енцефалопатії (11 випадків — 39,3 %). Середній вік пацієнтів з шизофренією і супутньою ВСД склав $28,5 \pm 8,16$ роки, що було вірогідно нижче ніж середній вік пацієнтів з шизофренією із ДЕП ($40,4 \pm 7,84$ роки).

Наявність неврологічної патології з одного боку сприяє формуванню фармакорезистентності (Петрова Н. Н., Горбачов С. Є., 2007), з іншого — нерідко супроводжується ранньою появою виражених побічних проявів (Малин Д. І., 2000). Тому в основі терапевтичної стратегії та реабілітації таких пацієнтів повинні лежати інтегративний підхід, що використовує біологічні та психосоціальні втручання і базується на принципах комплексності, персоналізованості, наступництва та етапності. Насамперед вона включає

психофармакотерапію за загальноприйнятою схемою з використанням переважно атипичних антипсихотиків, а також медикаментозний та немедикаментозний вплив, спрямований на корекцію неврологічних порушень. Визначення індивідуальної у для кожного пацієнта мінливості у відповідь на терапію, індивідуальних схильності / уразливості до побічних ефектів та протипоказань до препаратів дозволяє підвищити прихильність до лікування, чим запобігає рецидиву захворювання. Паралельна курація таких пацієнтів неврологом допомагає досягненню кращих результатів лікування. Застосування когнітивно-поведінкової терапії, тренінгу соціальних навичок, сімейної психоосвіти сприяє розвитку втрачених навичок та активації компенсаторних механізмів.

Отже, при лікуванні хворих на шизофренію із супутньою неврологічною патологією важливим є співробітництво психіатра з лікарями інших спеціальностей, психологами, що дозволить підвищити ефективність лікування загострення основного захворювання, запобігти розвитку неврологічних побічних ефектів та поліпшити соціальне функціонування таких пацієнтів.

УДК 614.253.112

Підлубний В. Л.

*Запорізький державний медичний університет
(м. Запоріжжя)*

Біопсихосоціальна концепція в оціненні психічного здоров'я працівників промисловості

Серед актуальних проблем розвитку сучасної медичної науки однією з найважливіших є розроблення науково-методичних, організаційних і клінічних підходів до ранньої діагностики неспсихотичних психічних розладів, дослідження закономірностей їх розвитку та особливостей клінічних проявів, дооцінення впливу різних чинників на психічне здоров'я людини. На формування психічного здоров'я сукупно впливає складний синергетичний комплекс екопатогенних, макро- і мікросоціальних чинників, факторів біологічного і психологічного характеру. Умови сучасного суспільства загалом і інтенсифікація процесу зокрема висувають високі вимоги до компенсаторно-адаптаційних можливостей індивіда.

З огляду на безумовну актуальність питання, нами проведено клініко-епідеміологічне дослідження працівників промислових підприємств м. Запоріжжя, у віці від 18 до 60 років (656 чоловіків і 326 жінки, середній — $34,30 \pm 4,81$ роки). Метою дослідження було встановити частоту, структуру й основні етапи формування неспсихотичних психічних розладів, зокрема і донозологічного рівня.

Результати проведеного дослідження показали, що психічні стани, детерміновані різними несприятливими об'єктивними макро- і мікросоціальними умовами середовища, призводять до суб'єктивного дистресу. Глибина і тяжкість психічних порушень залежить від якості, тривалості та інтенсивності впливу несприятливих факторів. Дослідження підтвердило сучасне положення про те, що відмінності психічних станів спираються на основоположні загальні показники: тимчасові, просторові, структурні і функціональні. У такій системі параметрів дискретно перебігають психічні стани, можуть проявлятися короткочасно, довготривало або включатися в процес розвитку. Доказом правомірності цього судження є результати багатфакторного клініко-динамічного аналізу, який дозволив нам, за допомогою статистичного методу, поділити психічні стани, щодо тимчасового показника, на етап реакції, етап

стану і власне етап розвитку неспсихотичних психічних розладів, що вписується в сучасну синергетичну методологію.

Дані інтегративної оцінки психосоціальної адаптації працівників промислових підприємств (ППП) і соціально-гігієнічні характеристики виробничого та сімейного середовища були піддані багатовимірному статистичному аналізу, в результаті якого виокремлені несприятливі ознаки формування психічних порушень, що стали основою для створення полівекторної моделі формування психічних розладів.

У розвиток психопатології вносять вклад онтогенетичні і соціально-психологічні сукупності ознак, які визначають клініко-психопатологічні особливості. Компонентами, що вносять вклад в генез психічних розладів у ППП, є біологічний, виробничий, соціально-психологічний.

Розроблена нами модель інтегративної оцінки психосоціальної адаптації ППП дозволяє враховувати ступінь інтеграції їх з соціальним середовищем в функціональних і соціально-психологічних контекстах, розширити концепцію функціонального діагнозу та оптимізувати алгоритми її застосування під час проведенні психокорекційної допомоги.

УДК 616.89-008.454-036-085.331:579.8:616.12-008.331.1-02

Поліщук О. Ю., Пастернак Н. І., Юрченко О. С.

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці)

Використання біофідбек-терапії у корекції тривожних та депресивних розладів у пацієнтів з артеріальною гіпертензією

Нині досить часто спостерігається коморбідність неспсихотичних психічних розладів та найпоширеніших соматичних захворювань або перебіг неспсихотичних психічних розладів реалізується «під маскою» соматичних захворювань. Епідеміологічні дані останніх десятиліть свідчать про високу поширеність депресивних та тривожних розладів серед населення, за даними різних авторів, поширеність тривожно-депресивних розладів у хворих на серцево-судинні захворювання варіює від 18 до 60 %.

Депресивні розлади при артеріальній гіпертензії (АГ) мають такі особливості: депресивна симптоматика характеризується поліморфізмом, відсутня чітка кореляція між важкістю органічного ураження мозку та ступенем клінічних проявів депресії, часто спостерігається поєднання депресивної та тривожної симптоматики, порушення сну, велика кількість соматовегетативних скарг, наявні виражені когнітивні порушення.

Метою дослідження було визначення можливості та ефективності застосування біофідбек-терапії у корекції тривожних та депресивних розладів у пацієнтів із артеріальною гіпертензією. Обстежено 65 хворих з тривожними та депресивними розладами та артеріальною гіпертензією, які перебували на лікуванні в Чернівецькому обласному клінічному кардіологічному диспансері.

Дослідження фізіологічних параметрів організму, вивчення біологічного зворотного зв'язку та сеанси біофідбек-терапії (5—8 сеансів) проводили за допомогою мультимедійної системи Biofeedback 2000x-pert з вивченням показників депресії, тривожності та якості життя з використанням опитувальників: шкала РНҚ-9, шкала особистісної та реактивної тривожності Спілбергера — Ханіна, опитувальник якості життя SF-36 на початку та наприкінці терапії. Статистичне оброблення отриманих даних проводили з використанням критерію Уїлкоксона — Манна — Уїтні.

Результатами дослідження рівня тривоги за шкалою РНҚ-9 встановлено, що спостерігалось достовірне зни-

ження рівня депресії після проведеної біофідбек-терапії, абсолютне значення зменшилось з $9,13 \pm 0,91$ до $2,88 \pm 0,40$, ($p < 0,05$). Рівень ситуативної тривожності після проведення біофідбек-терапії становив $36,13 \pm 2,09$ порівняно з значенням на початку терапії $46,13 \pm 2,22$. Показники особистісної тривоги також дещо знизились: $49,13 \pm 1,76$ та $42,5 \pm 2,02$ відповідно. За результатами опитувальника SF-36 спостерігалось підвищення рівня всіх показників якості життя після проведення біофідбек-терапії порівняно із вихідними показниками перед початком терапії. Зокрема, рівень фізичного функціонування на початку біофідбек-терапії становив $67,62 \pm 8,73$, а після сеансів релаксації підвищився до $79,13 \pm 7,53$. Показник рольового функціонування також після терапії суттєво збільшився — із $25,63 \pm 14,19$ до $56,25 \pm 13,98$. Біофідбек-терапія також мала суттєвий вплив на суб'єктивне сприйняття болю — так, показник інтенсивності болю до релаксаційного тренування та після сеансів був $46,88 \pm 6,16$ та $61,88 \pm 7,23$ відповідно, що ймовірно свідчило про зменшення інтенсивності больового синдрому. Абсолютні значення соціального функціонування на початку біофідбек-терапії та після сеансів релаксації становили $64,38 \pm 5,99$ та $83,81 \pm 6,56$ відповідно. Значення показника емоційного функціонування було достатньо низьким на початку біофідбек-терапії ($23,96 \pm 5,32$), але після терапії спостерігалось його збільшення майже вдвічі ($45,21 \pm 12,08$). Достовірним було підвищення показника психічного здоров'я після сеансів біофідбек-терапії порівняно із початковим $49,5 \pm 4,07$ та $69,5 \pm 5,65$ відповідно ($p < 0,05$).

Отже, проведення сеансів біофідбек-терапії приводить до зниження показників тривоги та депресії та поліпшення усіх складових якості життя пацієнта, як фізичної так і психічної.

УДК 616.45-001.1/.3-07«364»

Пономарёва А. В.*, **Панченко О. А.****
 *ГУ «Научно-практический медицинский
 реабилитационно-диагностический центр
 МЗ Украины» (г. Константиновка);
 **Всеукраинская профессиональная
 психиатрическая лига (г. Киев)

Психодиагностика постстрессовых расстройств

Эффективным способом изучения личности является суммирование независимых результатов, которые можно получить, изучая индивида при использовании разнообразных конструированных методов. Очень важно подобрать необходимый психодиагностический материал для полного раскрытия и выявления всех показателей. Одним из этапов выявления постстрессовых расстройств личности будет применение специфических психологических средств, которые разработаны для измерения и оценки индивидуально-психологических особенностей личности. Это необходимо для точной диагностики постстрессового расстройства, предоставления необходимой комплексной помощи и дальнейшей реабилитации человека.

Вначале информацию необходимо собрать с помощью биографического метода, тем самым настроить испытуемого на сотрудничество. В ходе изучения истории развития личности, ее характерологических особенностей можно определить интеллектуальные, моральные, эмоционально-волевые особенности.

Важное значение психодиагностика приобретает при исследовании смежных постстрессовых расстройств личности.

Личностные опросники основываются на самоанализе испытуемым каких-либо собственных значимых качеств.

Различают одномерные и многомерные личностные опросники. Одномерные опросники применяют для изучения одной какой-либо грани личности. Например:

— методики изучения реактивной и личностной тревожности;

— изучение разнообразных аспектов уровня субъективного контроля;

— изучение тревожности и т. п.

Многомерные опросники разработаны для исследования и выявления обширного спектра личностных особенностей человека, например:

— изучение характерологических форм акцентуаций и психопатий;

— изучение личностных свойств и степени адаптированности обследуемого;

— выявление невротических состояний и т. п.

Для полного объективного изучения личности также используют проективные методики, с помощью которых проводят раскрытие неосознанных конфликтов личности и ее скрытых мотивов переживаний. Допускают, что в ответ на поданные проективные стимулы испытуемые реагируют проявлением неосознанных эмоций.

Разработанный психодиагностический комплекс позволяет своевременно диагностировать свойства личности, а также отслеживать их динамику в процессе проведения лечебных и реабилитационных мероприятий.

УДК 616.8-085.851:176

Пономарёва В. В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины (г. Харьков)

Мишени когнитивной терапии компульсивного расстройства сексуального поведения

Рабочая группа ВОЗ по МКБ-11, ответственная за классификацию обсессивно-компульсивных расстройств и родственных состояний, объявила о своих планах включить «компульсивное расстройство сексуального поведения» в раздел F63 новой редакции МКБ (J. E. Grant, M. Atmaca, N. A. Fineberg, 2014). Планируется, что такой шаг будет способствовать преодолению терминологической неопределенности в (настоящее время как субститутивные используют термины «сексоголизм», «сексуальная аддикция», «усиленное половое влечение», «чрезмерное» сексуальное поведение и пр. (цит. по: М. В. Маркова, 2013) и улучшит понимание патологического феномена нарушения контроля над побуждениями в сексуальной сфере человека.

В настоящее время исследовании предпринята попытка выделить терапевтические мишени при компульсивном расстройстве сексуального поведения (а также предложить возможные способы воздействия на них), на основании методов поведенческой диагностики, а именно — функционального анализа поведения по Ф. Н. Канфер, Г. Саслоу. Указанный вид поведенческой диагностики основан на понимании основной мишени терапии — реактивного поведения *R* (зависимой переменной) как функции независимых переменных (*S*, *O*, *K*, *C*), и личностных установок *E*, изучаемых в процессе диагностического этапа терапии. В случае компульсивного расстройства сексуального поведения в качестве *R* выступает феномен «сексуального транса» и его эмоциональные, когнитивные и моторные составляющие. Соответственно, индивидуальные условия возникновения сексуального транса (подразумевающего переживание гратуальных — особо приятных сладострастных переживаний) — подлежат внимательному изучению и являются вторичными,

но не менее важными факторами, эффективное воздействие на которые определяет, в конечном счете, успех терапии. Предложенные ниже возможные методы коррекции в основном принадлежат когнитивно-поведенческому направлению психотерапии как признанному подходу, широко применяемому при лечении зависимостей (Р. МакМаллин, 2001). Однако несомненно, что воздействие на те или иные факторы, особенно принадлежащие регистру *E*, может успешно осуществляться и в рамках других методологических моделей — психодинамической терапии, трансактного анализа, гештальт-терапии и т. д. В целом, как нам кажется, спектр представленных методов хорошо иллюстрирует современную тенденцию к мультимодальности и творческому соединению различных терапевтических школ (см. таблицу).

Функциональный анализ поведения при компульсивном расстройстве сексуального поведения и возможные методы терапии

Символ	Описание	Симптомы компульсивного расстройства сексуального поведения	Возможные методы коррекции
S	Стимулы (физические, социальные и поведенческие), запускающие нежелательное поведение человека	- Навязчивое фантазирование на тему секса с реальными или воображаемыми людьми; - просмотр порнографии; - вид мужчины/ женщины, которые воспринимаются исключительно как объекты сексуальной реализации; - скука; - состояние алкоголизации или опьянения иным ПАВ; - конфликт в семье / с постоянным сексуальным партнером; - лично значимые негативные жизненные события	- Десенситизация, - образная сенсбилизация, - контроль стимулов, - планирование поведения, - тренинг уверенности в себе, - семейная/партнерская терапия, - семейный договор
O	Биологические особенности организма	Врожденные или приобретенные особенности регуляторных систем организма (нарушение обмена дофамина, серотонина), особенности половой конституции	Отказ от употребления ПАВ, сексуальных стимуляторов; Методы саморегуляции (медитация, самогипноз, релаксация), психофармакотерапия
R	Моторная, эмоциональная и когнитивная реакция	Сексуальный транс; переживание особо приятных (гратуальных) сладострастных ощущений, эйфория; ложное чувство самоконтроля; постоянный или перманентный поиск новых сексуальных партнеров или виртуальных объектов для сексуальной реализации	Техники отвлечения внимания, контроль эмоций и автоматических мыслей рационально-эмоциональной поведенческой терапии (РЭПТ), «серфинг влечения», условно-рефлекторная терапия, техники визуализации
K	Типичные последствия поведения	Рискованное сексуальное поведение	Минимизация ущерба путем планирования поведения, соблюдения границ безопасности
C	Последствия поведения (кратковременные и долгосрочные)	Идеи самообвинения, замкнутость, депрессия, прием ПАВ, суицидальные попытки	Коррекция патологических мыслей методом РЭПТ, выполнение семейного договора
E	Личностные установки и ожидания (внутренние когнитивные процессы)	Отношение к сексу как к серии разовых эпизодов (анозогнозия, непонимание континуальности заболевания); «мифологическая» внутренняя картина заболевания (фантазирование про собственную сексуальную успешность и исключительность; персонафикация сексуальных атрибутов, неадекватная самооценка); иллюзия контроля за собственным поведением, снижение критичности к собственному поведению; дисфункциональные семейные/ партнерские отношения	Континуальная психотерапия, мотивационное консультирование, клиент-центрированная терапия, коррекция патологических мыслей методом РЭПТ, работа в сообществах самопомощи (12-шаговая программа), системная семейная терапия, экзистенциальная терапия, лечение зависимости

Рубрика *E*, описывающая внутренние когнитивные процессы — внутренняя картина заболевания, локус контроля, ценностные ориентации индивида — может рассматриваться как точка приложения патогенетической терапии, в то время как остальные предложенные мишени терапии в большей степени симптомоцентрированы. Такая позиция согласуется с общим подходом к оценке рубрик, предложенным М. В. Бурдиным (URL: http://www.burdin.perm.ru/view_science.php?id=6).

Проведение поведенческого анализа согласно приведенной схеме позволяет одновременно решать диагностические и терапевтические задачи.

УДК 616-052:616.839-008

*Пономарёв В. И.**, *Вовк В. И.**, *Матвиенко Ж. И.***

* *Харьковский национальный университет*

имени В. Н. Каразина (г. Харьков);

** *Консультативно-диагностический центр, Броварская ЦРБ (г. Бровары, Киевская область)*

Личностные особенности при соматоформной вегетативной дисфункции

Соматоформная вегетативная дисфункция (шифр F45.3 по МКБ-10) представляет собой группу расстройств, проявляющихся симптомами поражения одного либо нескольких органов, при отсутствии объективно регистрируемой основы для появления таких симптомов. Распространенность данной патологии среди населения достаточно высока — более 50 % пациентов обращаются к врачам общей практики с жалобами, не имеющими достаточной органической основы. Лечение данного контингента больных составляет значительную трудность, поскольку в первую очередь они попадают к специалистам общей практики и терапевтам, и в самую последнюю очередь — к психиатрам и психотерапевтам. Кроме медикаментозной коррекции, должна проводиться психокоррекция. Известно, что особенности личностной сферы могут оказывать влияние на исход терапии, и в том числе психотерапии. В связи с этим, цель данного исследования — изучить личностные особенности у пациентов с соматоформной вегетативной дисфункцией.

Было обследовано 30 пациентов, у которых была диагностирована соматоформная вегетативная дисфункция. Средний возраст пациентов составлял 33 года. Жалобы больных относились в основном к сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной и дыхательной системе. Отягощающих психологических факторов во всех случаях выявлено не было. Были зарегистрированы жалобы на чувство напряженности и озабоченности, убежденности в своей социальной непривлекательности или малоценности по сравнению с другими, повышенную озабоченность неприятием себя в социальных ситуациях и нарастание напряженности из-за критики в свой адрес, и т. д.

Все пациенты прошли обследование личностных особенностей с помощью теста СМИЛ — модифицированного Л. Собчик варианта опросника ММРП (Миннесотский многоаспектный личностный опросник, Minnesota Multiphasic Personality Inventory — методика, созданная в 1940 г. С. Хатуэем и Дж. Маккинли в университете Миннесоты). При проведении исследования обращало на себя внимание повышение (а в большинстве случаев пики) по 2-й и 7-й шкалам (шкала тревожности/депрессии и психастении соответственно) с одновременным снижением по 9-й шкале (гипомании).

Таким образом, можно утверждать, что все обследованные пациенты с диагнозом соматоформная вегетативная дисфункция имеют личностные особенности, способствующие ее возникновению и поддержанию.

тативная дисфункция выявляла на личностном уровне патохарактерологические признаки личностного нарушения (тревожного, сенситивного). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке психокоррекционных мероприятий у данного контингента больных.

УДК 616.8-022.7:576.825.11

Пономарьов В. І., Савицька І. Б.

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
(м. Харків)*

Сучасні підходи до ранньої діагностики гострих нейроінфекцій на первинній ланці допомоги

Загострення уваги лікарів первинної ланки допомоги на особливостях нейроінфекцій зумовлена тим, що діагностика пов'язана з певними труднощами. Клінічна маніфестація багатьох нейроінфекцій може проходити з проявами набряку мозку у клінічному вигляді менінгеального симптомокомплексу та нагадувати гостре порушення мозкового кровообігу, епілепсію, пухлину, психічне захворювання, гідроцефалію та інші захворювання та стани. Все це створює перед лікарем первинної ланки надання медичної допомоги складну проблему як діагностичну, так і тактичну (Кононенко В. В., 2004).

До нейроінфекцій відносять менінгіти, енцефаліти, менінгоенцефаліти, епідуральний абсцес, абсцес головного мозку, що гостро маніфестує, мієліт, а також септичний тромбоз мозкових вен і синусів твердої мозкової оболонки. Найбільш часто виявляються менінгіти та менінгоенцефаліти. Розрізняють первинні (менінгококовий менінгіт, первинний вірусний менінгіт, кліщовий енцефаліт, епідемічний енцефаліт) та вторинні ураження нервової системи (як прояв загального інфекційного захворювання або хвороби — туберкульозний менінгіт, вірусний гриппозний менінгоенцефаліт та ін.).

Невідкладність терапії нейроінфекцій зумовлена такими чинниками:

— частим важким та ускладненим перебігом захворювання. Зокрема, при бактеріальних менінгітах у разі своєчасної діагностики та пізнього початку невідкладної терапії часто спостерігається важкий перебіг набряку мозку та летальність досягає 60 %, нерідко перебіг ускладнюється формуванням абсцесів головного мозку;

— висока летальність при деяких нейроінфекціях (при пневмококовому менінгіті — до 25 %, при герпетичному менінгоенцефаліті — до 40 %, залежно від термінів початку специфічної терапії;

— підвищенням резистентності збудників бактеріальних менінгітів до антибактеріальних засобів;

— розширенням спектра збудників менінгітів, менінгоенцефалітів та енцефалітів.

Лікарю первинної ланки допомоги треба за мінімально короткий термін зорієнтуватися в обставинах захворювання — зібрати анамнез у хворого чи близьких або свідків, з'ясувати обставини захворювання і провести обстеження. У таких умовах надзвичайно важливо чітко спланувати процес експрес-діагностики та транспортувати хворого в стаціонар.

Отже, на первинній ланці допомоги хворим з нейроінфекціями треба негайно виконати такі завдання:

— виявити порушення дихання, кровообігу і вжити заходів до їх екстреної корекції, провести протинабрякову терапію, при епілептичному статусі або часто повторюваних судомних припадках — ввести протисудомні засоби;

— на підставі встановленого діагнозу або виявлення провідного синдрому в першу чергу виокремити категорію

хворих, які потребують невідкладної нейрохірургічної допомоги (хворі з абсцесом головного мозку, субдуральною емпіємою та ін.);

— у випадках, коли в цьому місті спеціалізовані відділення розташовані в різних лікувальних установах, треба визначити профіль госпіталізації відповідно до діагнозу або синдрому, що превалює у клініці.

Отже, дотримання принципів лікування (раннє призначення ацикловіру) при своєчасній діагностиці герпетичного енцефаліту дозволяє знизити летальність до 7 %, при бактеріальних менінгітах — з 60 % до 15 %. Отже, діагностична настороженість щодо гострих нейроінфекцій і вміння вчасно їх розпізнати залишаються важливими чинниками в запобіганні високій смертності та резидуальній інвалідизації.

УДК 616.214-085: 616.895.8

**Пономарьов В. І. *, Суворова-Григорович А. А. *,
Мінюкова С. Л. ****

**Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна;*

***Навчально-виховний комплекс № 7 (м. Харків)*

Про патоморфоз ендогенного-процесуальних психічних розладів

Безсумнівно, що трансформація клінічної картини будь-яких психічних захворювань відбувається постійно і безперервно під впливом різноманітних зовнішніх чинників. Основною причиною патоморфозу ендогенно-процесуальних розладів, починаючи з 50—60 рр. минулого століття, вважався вплив психотропних препаратів, дослідженню якого було присвячено багато робіт вітчизняних і зарубіжних авторів. Але великий внесок в патоморфоз психічних розладів вносять також соціально обумовлені чинники.

Безліч епідеміологічних, соціологічних і транскультуральних досліджень вказують на існування особливостей клінічної картини і форм перебігу психічних захворювань (зокрема ендогенних) в різних популяціях хворих. Наприклад, встановлено різницю перебігу і наслідків параноїдної шизофренії у міського та сільського населення, в популяціях з різним етнічним укладом, а також вплив інших макросоціальних чинників.

Культуральні, етнічні, демографічні особливості, характеристики рівня і способу життя населення впливають на клінічне оформлення, структуру і перебіг психічних захворювань. Сутність і розуміння психічних розладів, в першу чергу ендогенних, неможливо досягти без урахування традиційного укладу життя досліджуваної популяції хворих, світогляду та особливостей адаптації до середовищних умов і психофізіологічної реадaptaції до нових соціально-економічних умов. Недостатня увага до ролі таких важливих соціально-економічних чинників часто призводить до грубих помилок діагностики, зокрема і при розмежуванні рівня психічних розладів, помилкової лікувальної тактики та неправильного планування профілактичних заходів. Існує думка, що вплив певних стресових чинників зумовлює клінічний патоморфоз шизофренії. Це проявляється поступовим збільшенням представленості ідеаторної симптоматики при галюцинаторно-параноїдному синдромі, появою нових, пов'язаних з психогенним впливом, маячних фобул. З цієї точки зору значний інтерес становить ситуація, що склалася в Україні (політична і соціально-економічна обстановка), яка призвела до міграції величезної частини населення, поміж них і тих, що страждають на психічні розлади. Необхідність соціалізації цієї групи осіб в нових умовах, вирішення безлічі наявних соціальних питань

в умовах соціальної і економічної нестабільності в країні потребує додаткових психолого-психіатричних лікувально-діагностичних втручань.

Є підстави вважати, що сукупність стресогенних зовнішніх впливів, а також особливості психофізіологічних механізмів адаптації психічно хворих осіб безпосередньо впливають на рівень клініко-психопатологічного патоморфозу ендogenous процесу, а також безпосередньо на клінічні прояви, динаміку і результат психічного розладу. Отже, під час дослідження психічного стану у тимчасових переселенців із зони АТО особливо важливе значення має своєчасність діагностики коморбідних невротичних розладів, використання адекватної тактики лікування та реабілітації для попередження обважнення фонового психічного розладу.

УДК 616.89-008.454-053.2/5

*Проскуріна Т. Ю., Михайлова Е. А., Беляєва О. Е.,
Матковська Т. М., Мітельов Д. А.*

*ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
НАМН України» (м. Харків)*

Особливості реабілітації дітей з тривожно-фобічними розладами

Дослідження останнього часу демонструють підвищену увагу фахівців до вивчення проблематики психогенезу та ролі тривожних розладів у дітей та підлітків в різних аспектах психічного розвитку та формування особистості (Малкова О. Е. 2014, Чутко Л. С. 2016). Тривожні розлади розглядають як найбільш поширений клас психічних розладів дитячого віку (Р. С. Kendall, 2010; Essau С. А., 2013). Усталеність тривожних станів за умов відсутності адекватної терапії та корекції у дітей та підлітків ускладнюється порушеннями психічної адаптації в зрілому віці (Ollendick Т. Н., 2010; Yuqing Zhang et al., 2015). Тривога в нормі відбиває переживання загрози й стимулює поведінку, спрямовану на її усунення. В цьому аспекті тривога постає важливою ланкою психологічних механізмів регуляції поведінки, зокрема й соціальної. Тривожність постає індикатором напруження адаптаційних механізмів (Малкова О. Е., 2014).

Мета дослідження: розробити ефективний метод реабілітації дітей із тривожно-фобічними розладами (ТФР).

Обстежено 84 дітей віком 6—14 років. Стандартні клініко-психопатологічні обстеження, анкетування дітей і батьків щодо наявності страхів — опитувальник А. І. Захарова; структуроване психологічне інтерв'ювання, проєктивні малюнкові тести «Я в минулому», «Я у теперішньому», «Я в майбутньому»; «Людина під дощем»; психотерапевтичні методики.

Реабілітація дітей з ТФР базувалася на реалізації 2-х модулів. Перший — **діагностичний**: з'ясування послідовності виникнення скарг тривожного спектра, враховуючи фобії й симптоми депресії, визначення графічних ознак тривоги (щільна штриховка, коливання сили натиску, багато стирання, профільні зображення, зображення зі спини, початок малювання з ніг), фобій (пусті зіниці, зачорнені зіниці, інтенсивна штриховка волосся) та депресії (дрібний розмір малюнка, розміщення малюнків в нижній частині листа, слабкий натиск, похилі плечі, людина, що промокла під дощем); аналіз та інтеграція інформації, отриманої в проєктивних малюнкових тестах. Другий модуль — **психотерапевтичний**: контроль соматичних проявів, навчання хворої дитини зняття емоційного й моторного напруження, усунення фобічної унікаючої поведінки,

усунення психосоціальних проблем, моніторинг психоемоційного стану для вторинної психопрофілактики прогресування невротичного розладу, залучення до навчання в контексті психоосвітньої програми як дитини, так і її родини, консультування для підтримки. Поведінкова психотерапія (експозиція й профілактика реакцій: подолання фобій та зниження тривоги, спираючись на визначення індивідуальної ієрархії страхів хворої дитини, опанування прийомів м'язової релаксації й подальшої систематичної десенсибілізації, тренування соціальних навичок шляхом моделювання бажаної поведінки, програвання ролей, надавання зворотного зв'язку, самозаохочення й перенесення навичок у повсякденне функціонування. Розроблений підхід до реабілітації дітей із ТФР впливає на модифікацію ставлення до психогенної ситуації, запобігає фіксації тривоги, фобій; сприяє пошуку психологічно адекватних шляхів зміни патологічних ригідних установок і відновленню адаптації дитини.

Можливість залучення інформативних ардіагностичних маркерів (графічні ознаки тривожного розладу у вигляді специфічних елементів малюнку) тривожно-фобічних та тривожно-депресивних розладів у дітей на догоспітальному етапі дозволяє забезпечити своєчасне диференційоване терапевтичне втручання й попередити розвиток тяжких, резистентних до терапії варіантів невротичного порушення, а також в цілому поліпшити якість життя й психічне здоров'я молодого покоління.

УДК 616.89-07

Прохорова О. В.

*Український науково-дослідний інститут соціальної
і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)*

Спільні механізми депресії пізнього віку та стійкого когнітивного зниження

Депресія в цей час є третім провідним фактором глобального тягаря хвороб, поширена серед усіх вікових категорій і впливає на щоденне функціонування і якість життя пацієнтів (М. К. Wium-Andersen, 2017).

Депресія у людей похилого віку, як відомо, пов'язана зі специфічними формами когнітивної дисфункції (Butters М. А., 2008). Вона, зазвичай, має складний перебіг і припускається, що є фактором ризику розвитку деменції (Левада О. А., 2013). Провідним етіологічним механізмом у виникненні депресії пізнього віку є судинний компонент (Li Su, 2016). В результаті мікро- або макроангіопатії розвиваються вогнища ішемії в сірій і білій речовині головного мозку (ГМ), що призводить до роз'єднання нейронних мереж. Залежно від структурного ураження ГМ відрізняються і патопсихологічні феномени органічного депресивного розладу. Існує гіпотеза, що депресія пізнього віку пов'язана зі збільшенням циркулюючих цитокінів у периферійній крові, що є додатковим підтвердженням ризику розвитку деменції (Thomas А. J., 2005).

Метою дослідження є виявлення патопсихологічних особливостей депресивного розладу та якості життя пацієнтів залежно від етіопатогенезу.

Усі учасники після підписання інформованої згоди пройшли клінічні (включаючи лабораторні) і нейропсихологічні обстеження (PHQ-9, MoCA, HADS, TMT-A та TMT-B, тест на семантичну та фонетичну пам'ять, тест Струпа, SF-36) та мали МРТ-дослідження ГМ щонайбільше протягом року. За критеріями включення/виключення було відібрано 138 осіб віком від 50 до 78 років (середній вік — 63,6 роки), репрезентативні за статтю, які були поділені на основну

(ОГ) та контрольну групу (КГ). За результатами обстеження пацієнтів було умовно поділено на дві групи: ОГ1 — (ЦВХ з наявністю субкортикальних гіперінтенсивних вогнищ в ГМ за даними МРТ-дослідження + F06.3) кількістю 38 осіб; ОГ2 — (ЦВХ з гострим порушенням мозкового кровообігу) у відновному періоді + F06.3) кількістю 32 особи. В КГ увійшли особи з клінічно вираженою депресією без суттєвих змін на МРТ ГМ, її кількість становила 68 осіб.

В процесі дослідження було встановлено, що пацієнти ОГ мали значно більший рівень факторів запалення в периферійній крові, ніж пацієнти КГ. Суттєвої різниці в лабораторних даних серед осіб ОГ1 та ОГ2 не відзначалось. У пацієнтів ОГ депресивний і тривожний компоненти були вираженішими, ніж у пацієнтів КГ. Але важчий ступінь депресивного розладу був в ОГ1, через наявність астеничного компонента, на відміну від ОГ2, де на перший план виступав іпохондричний та тривожний синдроми. За даними МоСА серед досліджуваних зниження когнітивної функції не виявлено. Але у пацієнтів ОГ1 спостерігалось порушення виконавських функцій у вигляді вираженої брадифренії та розподілення уваги, тоді як у пацієнтів ОГ2 більше страждали зорово-просторовий праксис та моторна координація. За шкалою якості життя в осіб ОГ низькі показники були за шкалами фізичного, рольового функціонування, що обмежувалось станом або боєм, а в осіб КГ ці обмеження були пов'язані з емоційним станом. Життєва активність, загальний стан здоров'я та показники психічного стану суттєво не відрізнялись в обох групах обстежуваних.

Проведене дослідження допоможе виявити цільову групу пацієнтів для розроблення стратегії більш раннього та ефективного виявлення афективних розладів з метою профілактики розвитку можливих подальших ускладнень та поліпшення якості життя пацієнтів.

На основаних отриманих результатах лабораторного аналізу у даних осіб встановлено двукратне збільшення концентрації кортизола ($820 \pm 26,6$ нмоль/л) в сыворотке крові, підвищення рівня альдостерона ($293 \pm 19,2$ пг/мл). Також відзначалось збільшення кількості імунних кліток: збільшення числа НК-кліток ($21,14 \pm 0,82$ %) і їх нормалізація після лікування, збільшення абсолютного числа Т-хелперів ($49,96 \pm 0,64$ %) і зменшення абсолютного числа Т-супрессорів ($20,14 \pm 0,78$ %), збільшення числа В-лімфоцитів ($16,98 \pm 0,70$ %), зниження рівня лімфоцитів.

Острый стресс оказывает серьезное влияние на надпочечники, они начинают работать с напряжением в ответ на возникшую стрессовую ситуацию, фактически это состояние гипердрении, при этом происходит усиленный выброс глюкокортикоидов в коре надпочечников. Значительное увеличение кортикостероидов в крови ведёт к гибели лимфоцитов, отвечающих за ответ организма на внедрение инородного фактора, снижается возможность образования антител и процессов фагоцитоза. Если стресс продолжается достаточно долго, надпочечники в конце концов будут истощены и возможно полное нарушение множества функций организма. Повышение уровней Т- и В-лимфоцитов свидетельствует о реакции иммунной системы на острый стресс.

УДК 616.895.1-616.895.6

Пшук Н. Г., Белов О. О.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)

Особливості ініціального етапу ендогенних депресивних розладів у осіб молодого віку

Депресивні розлади є однією з центральних проблем сучасної психіатрії. Дослідження клініко-психопатологічної феноменології різних форм депресій є важливою складовою

Були досліджені клініко-психопатологічні особливості ініціального періоду 150 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. акад. О. І. Ющенка протягом 2015—2016 років у зв'язку з депресивними розладами ендогенного характеру, зокрема з діагнозом «Біполярний розлад, поточний епізод депресії» (F31.3, F31.4) — 35 осіб, «Депресивний епізод» (F32.1, F32.2) — 33 осіб, «Рекурентний депресивний розлад» (F33.1, F33.2) — 82 осіб. Серед обстежених 58 чоловіків (38,7 %) та 92 жінок (61,3 %). Середній вік обстежених хворих склав $34,2 \pm 4,2$ роки (віковий діапазон — від 20 до 42 років), чоловіків — $33,4 \pm 3,9$ роки (віковий діапазон — від 22 до 41 роки), жінок — $34,7 \pm 4,4$ роки (віковий діапазон від 20 до 42 роки). 68,0 % обстежених проживають у міській місцевості, 32,0 % — у сільській.

Обстежені здебільшого (94,6 %) вказували на безпосередній зв'язок початку захворювання з психотравмуючою ситуацією: 88,6 % хворих на біполярний афективний розлад (БАР), 93,9 % хворих з депресивним епізодом (ДЕ) та 97,6 % хворих на рекурентний депресивний розлад (РДР). При цьому у 80,6 % хворих психоемоційний стрес, що ініціював розвиток захворювання, мав хронічний характер.

Середня тривалість захворювання від появи перших проявів до звернення за медичною допомогою склала $1,9 \pm 4,0$ роки, з суттєвими відмінностями за нозологіями: $1,9 \pm 4,3$ роки для БАР, $0,4 \pm 0,6$ роки для ДЕ та $2,6 \pm 4,5$ роки для РДР.

УДК 616.45-001.1/3-071:355/359

*Пугач Е. А. *, Панченко О. А. ***

** ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины» (г. Константиновка);*

***Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика (г. Киев)*

Иновационные подходы к лабораторной диагностике острого стресса в условиях антитеррористической операции

В настоящее время внутривойсковая напряженность в Украине достигла состояния военного конфликта. В этих условиях индивидуум становится не только свидетелем вооруженного противостояния, но и его активным участником. Ситуация боевых действий провоцирует значительное увеличение патологических психических реакций, так называемых социально-стрессовых расстройств, требующих своевременной диагностики и внедрения эффективных реабилитационных мероприятий.

Целью данного исследования является изучение инновационных подходов к лабораторной диагностике острого стресса в условиях антитеррористической операции (АТО).

Исследование проведено на базе ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины», с использованием лабораторного оборудования иммунологического анализатора EL-800 (США). В исследовании принимали участие 75 человек: внутренне перемещенные лица — 61 человек (81 %) и участники АТО — 14 человек (19 %), у которых проводили лабораторную оценку концентрации кортизола, альдостерона, Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов, НК-клеток.

Майже всі обстежені хворі (97,1 % хворих на БАР, 96,9 % хворих на ДЕ та 98,8 % хворих на РДР) не зверталися за медичною допомогою одразу після появи ініціальних симптомів депресивного розладу; звернення за психіатричною допомогою у цих хворих відбувалося на маніфестній стадії захворювання і було пов'язане з усвідомленням неможливості самостійного усунення депресивної симптоматики.

У структурі основної клініко-психопатологічної симптоматики на ініціальному етапі, за анамнестичними даними, переважали знижені настрої (виявлені у всіх обстежених), ангедонія (виявлена у 97,1 % хворих на БАР, у 75,8 % хворих на ДЕ, і у 86,6 % хворих на РДР) та підвищена втомлюваність, занепад сил (97,1 % хворих на БАР, 93,9 % хворих на ДЕ, 97,6 % хворих на РДР). Додаткова клінічна симптоматика ініціального етапу депресивних розладів була представлена порушеннями сну (94,3 % хворих на БАР, 93,9 % хворих на ДЕ, 100,0 % хворих на РДР), почуттям провини, марності, тривоги або страху (91,4 % хворих на БАР, 93,9 % хворих на ДЕ, 95,1 % хворих на РДР), думками про смерть або самогубство (94,3 % хворих на БАР, 87,9 % хворих на ДЕ, 97,6 % хворих на РДР), заниженою самооцінкою (94,3 % хворих на БАР, 84,8 % хворих на ДЕ, 93,9 % хворих на РДР), порушеннями здатності до концентрації уваги і зниженням працездатності (88,6 % хворих на БАР, 69,7 % хворих на ДЕ, 85,4 % хворих на РДР), песимістичними думками (80,0 % хворих на БАР, 72,7 % хворих на ДЕ, 82,9 % хворих на РДР) та порушеннями апетиту і зміною маси тіла (80,0 % хворих на БАР, 81,8 % хворих на ДЕ, 90,2 % хворих на РДР).

Виявлені закономірності повинні враховуватися при діагностуванні депресивних розладів і плануванні лікувально-профілактичних заходів на догоспітальному та госпітальному етапах.

УДК 616.895.4-0.85:615.851

Пишук Н. Г., Камінська А. О.

*Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)*

**Деякі конструкти формування ресурсу
сімейної підтримки пацієнтів з шизофренією
та афективними розладами**

Ендогенні психічні розлади (шизофренія та біполярний афективний розлад) є важкою психічною патологією, при якій страждає не лише хворий, але й найближчі члени його родини. В добре інтегрованих сім'ях, за належної біологічної спрямованості терапії, значно знижується ризик екзацербачії психопатологічного процесу у пацієнтів та небажаних наслідків хвороби як для самого пацієнта, так і для його родичів. Реакції сім'ї на психічну хворобу, її перебіг та лікування порушують гомеостаз сімейної системи (ролі, межі, очікування, бажання, надії). Лише за наявності адекватних психологічних особистісних ресурсів родичів в сім'ях, де проживають пацієнти з ендогенними психічними розладами, вдається підвищити ефективність їх лікування.

Метою нашого дослідження було вивчення актуального психологічного стану референтних родичів пацієнтів з параноїдною шизофренією та афективними розладами в контексті формування ресурсу їх сімейної підтримки. Було обстежено 168 сімей, у яких проживають пацієнти з параноїдною шизофренією (ПШ), та 88 сімей, де проживають хворі з афективними розладами (АФР). Групи

референтних родичів (РР) склали дружини пацієнтів, чоловіки пацієнток та один з батьків обстежених хворих (ОГ1ПШ), (ОГ2АФР). Контрольну групу склали 55 сімей, де не проживають психічно хворі (КГ). Дослідження ресурсу сімейної підтримки проводили за В. А. Абрамовим, І. В. Жигуліною, Т. Л. Ряполовою. Рівень невротизації визначали за Вассерманом; для діагностики рівня депресивного реагування використовували опитувальник Зунга в модифікації Балашової.

Як показало проведене дослідження, загальний аналіз ресурсу сімейної підтримки в обстежених нами респондентів дав змогу виявити, що у РР ОГ1ПШ він був достатнім у 20,8 %, обмеженим — у 50,0 % та низьким — у 29,2 %; у РР пацієнтів з АФР (ОГ2) відповідно достатній ресурс сімейної підтримки реєструвався у 48,8 % респондентів, обмежений — у 32,9 % та низький — у 18,3 %. Тобто, виявляється достовірне переважання обмеженого ресурсу сімейної підтримки у пацієнтів з ПШ та достатнього ресурсу у пацієнтів з АФР ($P < 0,05$).

Дослідження рівня депресії показало, що у РР ОГ1ПШ та ОГ2АФР реєструються прояви депресивного реагування у різному ступені виразності. Зі всього загалу обстежених 87 осіб (51,8 %) ОГ1ПШ та 48 осіб (54,5 %) ОГ2АФР не виявляли ознак депресивного реагування. У 32,7 % РР (55 осіб) ОГ1ПШ та у 23 (26,1 %) ОГ2АФР реєструвалися легкі прояви депресивного стану. Такі особи вказували на підвищену безпричинну втомлюваність, стійке тривале зниження настрою, що супроводжується порушенням нічного сну, раннім пробудженням (3—4 години ночі), посилене серцебиття, відсутність почуття радості та задоволення від життя, постійні думки про безперспективність подальшого майбутнього, труднощі у спілкуванні, відчуття безпорадності та відчаю. У 12,0 % (26 осіб) ОГ1ПШ та у 17 (19,3 %) ОГ2АФР виявлялись прояви помірно вираженої маскованої депресії. У клінічній картині депресивного реагування на перший план виступали соматичні скарги, які не вкладалися в рамки певного терапевтичного захворювання. Зовнішні ознаки депресивного афекту обмежувались депресивними інтонаціями, скаргами на відсутність почуття задоволення (ангедонія), вміня радити (настрій типу «афективної притупленості, гіпотимії»). Загалом, скарги були недиференційованими, по типу «соматизованого дискомфорту», де переважали гетерономні мігруючі алгії, астенія, порушення сну, що супроводжувались тривогою. З'являлось нетипове для РР почуття безпричинної втоми, необхідність великого вольового зусилля для виконання звичних обов'язків, слабшали інтереси, захоплення, багато що робилось «механічно, за інерцією». Подекуди з'являлись прояви дисфорично-дистимічного змісту, іпохондричні скарги.

Дослідження рівня невротизації у референтних родичів пацієнтів з ПШ та АФР показало, що загалом переважали ознаки високого рівня ($26,6 \pm 0,4$ бали, 89 осіб, 52,9 % ОГ1ПШ та 55,6 %, 49 респондентів) невротизації в обох групах обстежених РР порівняно з КГ ($P < 0,001$). Між тим, визначалось переважання рівня невротизації РР пацієнтів з АФР. Спостерігалися емоційна напруженість, зокрема переживання тривоги, неспокою, роздратованості, безсилля, незадоволеність бажань, егоцентризм особистісної спрямованості, що призводило до іпохондричної фіксації на соматичних відчуттях і особистісних недоліках та супроводжувалось труднощами у спілкуванні, соціальною боязкістю і залежністю.

Отже, ресурс сімейної підтримки РР пацієнтів з ендогенними психічними розладами залежить від актуального психологічного стану осіб, які піклуються про пацієнта.

УДК 616,891.6:613.956

Пшук Н. Г.¹, Стукан Л. В.¹, Сігнаєвська О. В.²

¹ *Вінницький Національний медичний університет імені М. І. Пирогова (м. Вінниця),*

² *Вінницька обласна психоневрологічна лікарня імені акад. О. І. Ющенко (м. Вінниця).*

Використання майндфулнес-технік при тривожних розладах

На сьогоднішній день тривожні розлади є найпоширенішою групою поміж усіх психічних розладів. В загальній популяції частота поширеності даних розладів за даними NCS-R (National Comorbidity Survey Replication, USA) складає 18,1 % за рік, що значно перевищує поширеність інших психічних розладів, таких як афективні розлади (9,5 %) та розлади імпульс-контролю (8,9 %). За даними останніх Українських досліджень поширеність тривожних розладів за рік складає близько 4 %, хоча можна припустити, що ці цифри можуть бути значно вищими, оскільки в нашій країні хворі з тривожними розладами часто не звертаються по кваліфіковану допомогу взагалі, або ж лікуються в представників нетрадиційної медицини.

Що стосується сучасної терапії тривожних розладів, то поруч із фармакотерапією (антидепресанти, анксиолітики) науково доведено є висока ефективність психотерапевтичних методів лікування, зокрема когнітивно-поведінкової психотерапії. На сучасному етапі розвитку когнітивно-поведінкового напрямку психотерапії, високу ефективність у роботі з тривожними хворими показує введення модулю майндфулнес-орієнтованих технік до традиційних протоколів.

Майндфулнес — це здатність звернути увагу на думки, фізичні відчуття, образи, звуки, запахи — все, що з нами відбувається в даний момент життя. Здатність безоцінно, предметно і буквально усвідомлювати свій життєвий досвід (повноту і різноманітність змісту пережитих подій і явищ) і одночасного усвідомлення, що пережиті відчуття є внутрішньою репрезентацією досвіду, суб'єктивним зліпком з реальності, а не самою об'єктивною реальністю.

Враховуючи вищевикладене, метою дійсного дослідження було вивчення ефективності когнітивно-поведінкової психотерапії з використанням майндфулнес-технік у хворих на тривожні розлади.

Під нашим спостереженням перебувало 16 хворих із тривожними розладами. За нозологічною приналежністю пацієнти розподілились отак: панічний розлад (F41.0) — 5 хворих (31 %); генералізований тривожний розлад (F41.1) — 2 хворих (12 %), соціальна фобія (F40.1) — 6 хворих (38 %) та змішаний тривожно-депресивний розлад (F41.2) — 3 хворих (19 %). До групи порівняння увійшли хворі із тривожними розладами (12 осіб), у роботі з якими використовувалась традиційна когнітивно-поведінкова психотерапія без використання майндфулнес-технік.

Результати проведених досліджень показали, що у хворих основної групи значно швидше, ніж у представників групи порівняння, відбувалася позитивна динаміка у лікуванні, як за суб'єктивними показниками, так і за даними психодіагностичних методик. Окрім того, представники основної групи із видимим бажанням використовували майндфулнес-техніки і вказували на значне поліпшення настрою і загального самопочуття. Найкращий ефект був у тих хворих, у яких спостерігалися стійка румінація та тривожне напруження.

Отже, можна зробити висновок, що використання майндфулнес-технік в поєднанні з класичними підходами когнітивно-поведінкової психотерапії у роботі тривожними

пацієнтами, суттєво покращує ефективність лікування завдяки розвитку у пацієнтів здатності до відстороненого спостереження та усвідомлення внутрішнього суб'єктивного досвіду без спроб боротьби та свідомого змінення реальності.

УДК 316.334.

Романова І. В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования (г. Харьков)

Психокоррекция и психотерапия женщин, пострадавших от гендерно обусловленного насилия

В последние годы в Украине становится все более актуальной проблемой внедрение и усовершенствование модели оказания психосоциальной и психотерапевтической помощи женщинам, пострадавшим от гендерно обусловленного насилия (ГОН). По данным Министерства социальной политики Украины, в 2014 году по всей территории Украины зафиксировано около 103 тыс. случаев насилия в семье. Проблемы психокоррекции, психосоциальной реабилитации и психотерапии пострадавших от ГОН и домашнего насилия особенно обострились в условиях вооруженного конфликта на востоке Украины.

Нами были обследованы с 2011 по 2016 гг. 150 женщин, при этом 43 женщины были обследованы из группы внутренне перемещенных лиц — с 2014—2016 гг. В группе вмешательства проводилась психокоррекция, психотерапия и психосоциальная реабилитация 150 пострадавших от ГОН и домашнего насилия. 59 % пострадавших перенесли физическое насилие в виде побоев, ушибов, травм, порезов, 100 % — психологическое давление в виде угроз и оскорблений, 6 % — экономическое насилие, 2 % обследованных перенесли сексуальное насилие или подвергались сексуальным домогательствам.

Большинство пострадавших женщин проявляли пассивность, подчиняемость, не могли защитить свои интересы и интересы детей, у них формировалась психологическая зависимость от общения с агрессором в семье. Пострадавшие от ГОН обнаруживали виктимные черты характера. Анализ показателей эмоционального состояния у пациентов, характеризовавших взаимоотношения в своей семье как неудовлетворительные, показал, что у последних чаще диагностировались низкие показатели настроения (+30 %), высокий уровень нейротизма (+21 %), значительная реактивная (+31 %) и личностная (+26 %) тревожность.

Проявления невротических расстройств у пострадавших в 29 % случаев наблюдались в виде острой реакции на стресс, у 28 % наблюдались сочетанные расстройства сна, у 20 % пострадавших — в виде неврастенического синдрома, у 10 % — расстройств адаптации, у 9 % пациентов — в виде смешанного тревожного и депрессивного расстройства, у 4 % обследованных — в виде посттравматического стрессового расстройства, соматоформные расстройства — в 14 % случаев, преимущественно с нарушением сердечно-сосудистой системы и дыхательной системы.

Комплекс психокоррекции и психотерапии включал психологическое консультирование; суггестивную психотерапию; системную семейную психотерапию; рациональную и когнитивно-бихевиоральную психотерапию по Беку.

У 96 % пострадавших от ГОН редуцировались проявления невротических и соматоформных расстройств, было

достигнуто підвищення самооценки, впевненості в собі, удешевлення самопочуття, також удешевнився психологічний клімат во всіх семьях.

Комплексний інтегративний підхід к психокоррекції, психосоціальної реабілітації і психотерапії лиц, пострадавших от ГОН і домашнього насилья, представляється нам ефективним і требуючим внимания в системі медико-психологічної допомоги лицам, пострадавшим от насилья в семье. Необходимо во всех регионах Украины організувати структуру державних медико-соціальних центрів для оказания комплексної допомоги лицам, пострадавшим от гендерно обумовленого насилья, а також систему державних шелтерів (приютів круглодобового перебування для пострадавших от насилья).

УДК 159.922.76-056.34:616.89

Самойлова О.В.

*Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна (м. Харків)*

Розвиток дитячих посттравматичних стресових розладів під дією психотравмуючих чинників

Останнім часом в нашій державі поняття посттравматичного стресового розладу (ПТСР) постає досить актуальною проблемою. Все більше людей стикаються з особами, які вимушені були піддаватися дії будь-якої психотравмуючої ситуації, особливо значну їх частку складають так звані вимушені переселенці та учасники бойових дій. Ці особи мають усі ознаки симптомокомплексу ПТСР. За статистикою, поширеність ПТСР в світі становить від 1,00 % до 14,00 %, а в окремих групах ризику — до 60,00 %. Кожного року частка хворих осіб з ПТСР збільшується на 3,60 % і за прогнозами в недалекому майбутньому досягне 8,00—10,00 % населення світу. Є дані, що 30,00 % хворих з ПТСР одужують; 40,00 % — мають незначні порушення; 20,00 % — значні відхилення а у 10,00 % — стан не поліпшується або навіть погіршується.

Особливо велике занепокоєння серед спеціалістів становлять діти та підлітки, які зазнали впливу будь-якого психотравмуючого чинника, у зв'язку з їх несформованою психологічною та емоційною сферами, що спроможне спричинити досить значні психофізичні порушення, аж до розвитку ПТСР та інших розладів.

До найпоширеніших дитячих психологічних травм слід віднести смерть одного або обох батьків (особливо гостро переживають раптову або насильницьку смерть, суїцид); втрату домашнього улюбленця; аварії або катастрофи; розлучення батьків; втрату відносин (зокрема дружніх уподобань), сварку з близьким другом; крадіжку; зраду; втрату цнотливості (сексуальне насильство); стресові події в країні і за кордоном (створюють відчуття нестабільності, порушують стан базової безпеки) тощо.

Багато дітей не в змозі розповісти лікареві про факт психотравми через невміння говорити на момент травмизації або втрати мовних навичок в результаті події. Реакції страху і сорому, що виникають з причини спотвореного сприйняття і переосмислення травматичного досвіду, перешкоджають повідомленням про пережите насильство, а в деяких випадках діти настільки втрачають довіру до дорослих через події, що саме спілкування з ними стає пусковим чинником для тривоги і замкнутості у собі.

Досить часто діти і підлітки зі стресовим розладом переживають вторинну травмизацію, яка виникає при обговоренні травмуючої події з однолітками, батьками, медичним персоналом, працівниками соціальної сфери

та ін. Негативні реакції проявляються в запереченні самого факту травми, зв'язку між травмою і стражданнями людини і навіть обвинуваченні жертв, відмову у наданні допомоги.

При цьому індикаторами психологічного стану дітей під час впливу психотравмуючих подій є такі.

1. Почуття незахищеності і безпорадності. Діти сприймають світ як джерело непрогнозованих небезпечних подій.

2. Тривога про майбутнє, очікування «поганого», страх змін. Очікування «поганого» у дітей в основному проявляється в почутті остраху й настороженості.

3. Сором, низька самооцінка і почуття провини. Відчуття безпорадності і недовіри до світу у дітей часто розвиває їх низьку самооцінку, почуття ущемленої гідності. Низька самооцінка дітей проявляється у вигляді страху саморозкриття і блокування спонтанної активності. Їм важко висловити власну думку, виразити себе. Так само для дітей характерно почуття провини.

4. Напади люті, агресивність. У травмованих дітей фрустровані потреби безпеки, захищеності і самоповаги. Фрустрація цих потреб спричиняє гнів і підвищення рівня агресії. Зазвичай, не знаходячи джерела, що проковує агресію, діти починають підбирати найбільш зручну «мішень» для реалізації своїх агресивних почуттів.

5. Відчуження та ізолюваність від навколишньої фізичної та соціальної реальності.

6. Невиплакане горе і печаль — найважливіші характеристики психотравми, які завжди пов'язані з почуттям будь-якої втрати — втрата близької людини, уявлення про себе, надії тощо. Головною перешкодою стають почуття сорому і безпорадності, бажання стримати агресивний імпульс.

7. Травматичні ігри і повторювані дії. Травматичні ігри повторюють той чи інший епізод травми. У цих іграх дитина найчастіше уособлює самого себе.

8. Деформація картини світу. Дитина, у якої ще не сформована система переконань, постає перед небезпекою утворення у неї деформованої картини світу під впливом травми. Часто світ уявляється як джерело зловісних подій, ворожості, а сама дитина в ньому — незахищена, безпорадна жертва. Така картина світу позбавляє дитину свободи вибору, блокує її життєві сили.

9. Проблеми уваги, пам'яті, навчання. Невиплаканий травматичний досвід — психологічно незавершене явище, тому він несе у собі тенденцію постійної актуальності. Для людини, а особливо для дитини, ця актуалізація досить болісний процес, тому більша частина життєвої енергії дитини спрямована на опір цій тенденції, на приборкання хворобливих емоцій. Це накладає відбиток на пізнавальну активність — увага розсіюється, виникають труднощі зосередження, знижується обсяг пам'яті, може виникати «в'язкість» мислення.

10. Різного роду острахи. Страх виконує захисну функцію і має доцільний характер. На різних вікових етапах дитині властиві різні «нормальні страхи». На відміну від «нормальних страхів», невротичні страхи, мають дуже сильну (панічну) інтенсивність, вони тривалі у часі і тому деструктивні за своїм характером. У дітей відзначають страхи, «успадковані» від батьків.

11. Травматичні сновидіння і порушення сну. Травматичні повторювані сновидіння є однією з ознак «непережитого», все ще неподоланого травматичного досвіду. Сновидіння може відтворювати пережиту картину повністю або змінену. У кожному разі травматичний сон спричиняє бурхливі емоції (вигуки, бурмотіння, плач, раптовий підйом з ліжка, ходіння під час сну).

12. Психосоматичні порушення.

УДК 616.08-039

Сарвир И. Н.

*Харьковская медицинская академия
последипломного образования МОЗ Украины (г. Харьков)*

**Особенности эмоционально-аффективной сферы
у больных с острыми сердечно-сосудистыми
и сосудисто-мозговыми заболеваниями**

Проблема психосоматических заболеваний продолжает оставаться одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Прежде всего, это обусловлено их широкой распространенностью среди трудоспособного населения, сочетанностью соматической симптоматики с разнообразными пограничными психическими расстройствами.

Одним из ключевых звеньев патогенеза психосоматических заболеваний является наличие длительно существующего «застойного» отрицательного эмоционального состояния. С возникновением клинических проявлений психосоматических заболеваний действие эмоциогенных и личностных факторов не прекращается, напротив, создаются новые условия для взаимосвязи между сомой и психикой.

Всё это обуславливает необходимость проведения комплексного исследования больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями. Необходимо также внедрение новых организационных форм реализации медико-психологических и психотерапевтических мероприятий на всех уровнях оказания медицинской помощи.

Для выявления особенностей состояния эмоционально-аффективной сферы у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями на основе клинико-психопатологического и психодиагностического исследования было проведено обследование 309 больных, перенесших острые сердечно-сосудистые и сосудисто-мозговые состояния, в возрасте от 39 до 70 лет. Психодиагностическое исследование проводилось с использованием шкалы У. Цунга для самооценки депрессии, шкалы реактивной тревоги и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина, методики диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А. Дарки; выполнен статистический анализ полученных результатов.

Исследование эмоционально-аффективной сферы позволило выявить следующие особенности.

Для больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями характерно наличие общих особенностей эмоционально-аффективной сферы.

Большинство больных в остром периоде психосоматического заболевания характеризуется отсутствием депрессивной симптоматики.

При наличии высокого уровня личностной тревожности, как базовой характеристики личности, средний уровень реактивной тревоги находится в диапазоне умеренных значений, несмотря на имеющуюся объективную витальную угрозу существования индивида.

Сочетание среднего уровня враждебности и низких уровней как мотивационной агрессии, так и общей агрессивности, свидетельствует о наличии у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболеваниями пассивного отношения к своему состоянию, а также интериоризации агрессивных импульсов.

Основной для разработки патогенетически обоснованной системы медико-психологической коррекции состояний психической дезадаптации у больных с острыми сердечно-сосудистыми и сосудисто-мозговыми заболева-

ниями являются данные клинико-психопатологического и психодиагностического обследования.

Интегративная психотерапевтическая модель в комплексной терапии больных с острыми соматическими состояниями должна включать в себя сочетание мотивационных, когнитивно-поведенческих и рациональных методов.

УДК 616.89-008.454-036-08-053.9

Саржевський С. Н.

*Запорізький державний медичний університет
(м. Запоріжжя)*

**Особенности клиники та лікування депресій
в похилому віці**

Увага до діагностики та лікування афективної патології в похилому віці зумовлена загальносвітовою тенденцією до збільшення тривалості життя і зростанням емоційних розладів у популяції. Однак правильна кваліфікація цих порушень і їх адекватне лікування утруднені атипівістю та маскуванням симптоматики, поєднанням з соматоневрологічної патологією, наявністю органічних або когнітивних змін.

Мета — вивчення структури та різновидів депресій в похилому віці для визначення диференційованих терапевтичних підходів.

Обстежено 27 чоловіків (54—67 років), що лікувалися в гострому психіатричному відділенні КУ «Запорізька обласна клінічна психіатрична лікарня». Депресії дебютували в цьому віці, раніше в анамнезі не зазначалися. Критерії виключення — виражені когнітивні розлади і деменції. Клініку і лікування простежували в період активної терапії (до 12 тижнів).

В результаті оцінювання афективних розладів провідними виявлені депресії різного ступеня вираженості і тривалості. Відповідно до МКХ-10, найбільш доцільною є їх синдромальна кваліфікація. Виокремлювали такі різновиди депресій в похилому віці:

- з домінуванням тривоги;
 - з включенням іпохондричних висловлювань, аж до маячних;
 - помірно виражені, з переважанням соматовегетативних і конверсійних симптомів;
 - з включенням різної психоорганічної симптоматики.
- Кожен з варіантів вимагав особливостей в лікувальній тактиці.

Депресії при домінуванні тривоги, що найчастіше посилюється надвечір, найбільш небезпечні проявами суїцидальної активності. Це потрібно враховувати під час призначення антидепресантів, розуміючи, що їх клінічно значуща ефективність проявиться лише через 10—12 днів. Тому в комплексне лікування в перші дні треба включати транквілізатори в середніх рекомендованих дозах.

У черговій підгрупі депресій іпохондричні переживання вимагали точної кваліфікації, з виключенням можливих супутніх соматичних захворювань. Часто такі різновиди швидко трансформувалися в надцінні і маячні побудови, аж до нігілістичного марення. Характерною особливістю лікування був акцент на нейрорептику з активуючою і антипсихотичною дією, бажано з групи атипіків.

Депресії з вегетативними і конверсійними проявами були психогенними; характеризувалися хронічним перебігом, помірно вираженою симптоматикою, проте великою кількістю скарг, демонстрацією суїцидів. Часто вони маскувалися серцево-судинними захворюваннями, правильна діагностика проводилася після неодноразових

безуспішних курсів лікування у лікарів-інтерністів. У комплексному лікуванні обов'язковою й ефективною, поряд з антидепресантами (бажано селективної дії), була психотерапія. Не менш важливим було подальше проведення цих підходів амбулаторно.

Найбільш складними щодо ефективності лікування є депресії з поєднанням незначного когнітивного дефіциту. Вони схильні до рецидиву і прогресивності. На перший план виступають прояви астенії в поєднанні з сльозливістю, емоційною лабільністю, «мерехтінням» симптоматики, психічною виснаженістю. У лікуванні обов'язковим було поєднання антидепресантів з препаратами судинної дії і ноотропами. Пацієнти цієї підгрупи вимагали обережного підвищення дозувань, тому що проявлялися побічні дії, і в період курсового лікування доводилося змінювати базову терапію.

В результаті проведеного дослідження виявлено окремі клінічні особливості симптоматики депресій в інволюційному періоді, що дозволило знайти диференційований підхід в їх ефективному лікуванні.

УДК 616.89-008.431-079.94-085.214.2.036

Сафонов Д. Н.

Запорізький державний медичний університет

(м. Запоріжжя)

Типологія патоморфозу кататонічного синдрому

Процес патоморфозу (ПМ) психічної патології призводить до поліморфізму або дисоціації її клінічних проявів — і, як наслідок, до ускладнень в ідентифікації та диференціальній діагностиці окремих психопатологічних форм. Вирішення цієї проблеми полягає в адаптації діагностичної методології до клінічних реалій сьогодення, виявленні напрямків і чинників ПМ психопатологічних форм, аналізі поширеності останніх і створенні досконаліших діагностичних алгоритмів, диференціальних критеріїв і відповідних стандартів терапії.

У цьому ракурсі найбільш показовим прикладом — як з нозодескриптивних і епідеміологічних, так і з клініко-методологічних позицій — є ендогенна кататонія (ЕК).

З метою систематизації структурно-динамічних характеристик патоморфозу ендогенного кататонічного синдрому було обстежено 144 хворих на кататонічну форму шизофренії. Шляхом аналізу коморбідних станів та характеру чинників патопластичної модифікації кататонічного синдрому (КС) було виявлено 4 базових типи його патоморфозу.

1. **Фармакогенний** — при якому домінують патопластичні ефекти фармакотерапії.

Структурні девіації КС при фармакогенному типі ПМ:

- нівелювання психомоторних порушень (завдяки прямим ефектам терапії);
- включення в структуру синдрому дискінетичних феноменів та потенціювання кататонічних дискінезій;
- домінування поведінкових порушень (завдяки ефективній корекції психічних).

Динамічні девіації КС при фармакогенному типі ПМ:

- лімітування періоду психомоторних порушень із тенденцією до його скорочення;
- персистенція поведінкових феноменів в період фармакогенної ремісії.

2. **Токсичний** — при якому домінують інтоксикаційні та/або дисметаболическі чинники.

Структурні девіації КС при токсичному типі ПМ:

- включення галюциаторних і параноїдних феноменів;
- включення деліріоформних порушень свідомості, що заміщують типові форми;

— включення кататонімімічних поведінкових феноменів психопатологічної структури через ампліфікацію мікрокататонічної семіотики;

Динамічні девіації КС при токсичному типі ПМ:

- формування тригерного значення інтоксикації для екзацерації КС;
- стабілізація динаміки прогресування психопатологічного епізоду після виходу з періоду інтоксикації та абстиненції.

3. **Альтеративний** — домінують органічні ураження морфологічного субстрату ЦНС.

Структурні девіації КС при альтеративному типі ПМ:

- включення в структуру КС сутінкових порушень свідомості;
- потенціювання дискінетичних феноменів, включення тиків та тремору;
- включення в структуру КС афективних аранжувань кола ейфорія — дисфорія.

Динамічні девіації КС при альтеративному типі ПМ:

- поява персистуючих терапевтично-резистентних симптомів;
- зниження якості ремісій внаслідок кататоніформних розладів органічного кола.

4. **Інволюційний** — притаманні інволюційні або атрофічні феномени ЦНС.

Структурні девіації КС при інволюційному типі ПМ:

- включення сутінкових і деліріоформних порушень свідомості;
 - переважання психомоторних компонентів КС над поведінковими;
 - випадання окремих компонентів КС.
- Динамічні девіації при інволюційному типі ПМ КС:
- добова флуктуація глибини психопатологічних порушень;
 - поглиблення психомоторних порушень у тривалій хронологічній перспективі.

УДК 616.89:616.136-073.48

Свиридова З. В., Панченко О. А.***

**ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины» (г. Константиновка);*

***Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика (г. Киев)*

Ультразвуковая диагностика патологии органов брюшной полости у пациентов с хроническими психическими расстройствами

Состояние психического статуса больного влияет на клиническую картину острых и хронических заболеваний органов брюшной полости.

Многие соматические заболевания у больных с сопутствующей психической патологией имеют необычное течение. Страдая долгие годы от хронического заболевания, они зачастую умирают в результате несвоевременно выявленного осложненного течения заболевания.

На базе ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины» проводилось исследование, в котором приняли участие 49 человек с хроническими психическими расстройствами и контрольная группа, состоящая из 25 условно здоровых лиц. Всем пациентам было проведено ультразвуковое исследование органов брюшной полости. На момент обследования пациенты жалоб не предъявляли.

У пациентов с хроническими психическими расстройствами, процент выявленной патологии был выше чем в контрольной группе (таблица).

Выявленная патология	Пациенты с ХПР, %	Контрольная группа, %
Стеатоз печени	38	20
Хронический холецистит	79	40
Хронический панкреатит	64	32
Спленомегалия	26	8
Очаговые изменения печени	10	0
Очаговые изменения поджелудочной железы	5	0

Учитывая данные, полученные при исследовании, контингент больных, страдающих хроническими психическими расстройствами, имеет ряд специфических особенностей: неполноценность субъективной оценки ситуации пациентом на фоне психического заболевания, несвоевременное обращение за квалифицированной медицинской помощью, наслаивание воздействия психотропных препаратов, а иногда и их побочных эффектов.

Таким образом, при работе с больными с сопутствующей психической патологией необходимо учитывать такие специфические факторы, как тяжесть психического состояния, трудность установления вербального контакта, неадекватность полученных ответов, сложность выявления субъективной симптоматики, воздействие психотропных средств. Характерны для них отсутствие соматических жалоб, в том числе жалоб на боль, затруднения физикального обследования, отказ от лечения.

УДК 37.015.3: 159.923.2

Селюкова Т. В.

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Психологічні особливості діагностики алекситимії в осіб з різним рівнем відчуття самотності

Самотність — соціально психологічне явище, емоційний стан людини, який пов'язаний з відсутністю близьких, позитивних емоційних зв'язків з людьми, або зі страхом їх втрати. Почуття самотності виконує регулятивну функцію і включено в механізм зворотного зв'язку, що допомагає індивіду регулювати оптимальний рівень міжособистісних контактів. Самотність нерідко переживають люди з інертною нервовою системою, важко зав'язують нові контакти, повільно звикають до нових знайомих. Відомі випадки, коли самотність може призвести до депресії.

Не менш цікавим постає питання алекситимії. Алекситимія характеризується утрудненням або нездатністю людини точно описати власні емоційні переживання і зрозуміти почуття іншої людини, труднощами визначення різниці між почуттями і тілесними відчуттями. Нездатність до вираження почуттів, утруднений опис емоцій, слабке розрізнення тілесних відчуттів, схильність до утилітарного мислення і концентрації на зовнішніх подіях — усі ці особливості характерні для алекситимії. Це психологічний стан, при якому спостерігається бідність емоційного потенціалу особистості і є схильність до психосоматичних захворювань. Нездатність описати словами свої емоції веде до невміння їх розпізнавати. Алекситимічні прояви нерідко бувають спричинені підвищеною особистісною тривожністю. Знаходячись під сильним впливом емоцій, алекситиміки діють, особливо в критичних ситуаціях, імпульсивно, втрачаючи здатність

до аналізу та критики. Навпаки, бути в стані емпатії означає сприймати внутрішній світ іншого точно, із збереженням емоційних і смислових відтінків. Люди, які страждають на алекситимію, мають вкрай обмежені здібності до емпатії, тому що не можуть розрізнати навіть свої звичайні емоції.

В дослідженні брали участь 80 респондентів (юнаків та дівчат) у віці 18—26 років. Використані такі методики: опитувальник рівня суб'єктивного відчуття самотності Д. Рассела і М. Фергюсона; тест Торонтська алекситимічна шкала; тест Плутчика — Келлермана — Конте, шкали якого відображають напруженість основних психологічних захистів.

Результати дослідження показали, що у респондентів з високим рівнем відчуття самотності переважає високий рівень алекситимії, і навпаки. Це свідчить про те, що особи з високим рівнем самотності та алекситимії зазнають труднощів у визначенні та описі власних переживань, не можуть вербалізувати відмінності між почуттями і тілесними відчуттями. У них знижена здатність до символізації, вважається бідність фантазії та уяви. Їм притаманне сильне почуття незадоволеності своїми взаєминами з однолітками, спустошеність, покинутість. У разі підвищення рівня тривоги переважають незрілі механізми психологічного захисту, які призводять до витіснення і соматизації афекту. Емоційне забарвлення дійсності природно для людини і є одним з ознак здоров'я його психіки. Люди, які страждають на алекситимію, не здатні зрозуміти і розібратися у власних почуттях. Їм не вистачає інтуїції. Цим людям важко жити в світі.

Корекція можлива в умовах групових занять і має складатися з трьох послідовних етапів: релаксація і дидактична спрямованість; опора на невербальні засоби спілкування; актуалізація «внутрішнього діалогу». Релаксуючими прийомами можуть бути аутогенне тренування, музикотерапевтичні сеанси, допоміжні психогімнастичні прийоми. При цьому розвивається здатність відчувати і вміння вербалізувати почуття по типу «тут і тепер». Отже, актуалізація невербальних способів спілкування і опора на них сприяє розгальмовуванню і вивільненню почуттів.

УДК 616.895-001.8

Серікова О. І.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Прогностичне значення першого епізоду біполярного афективного розладу

Дослідження було проведено на ґрунті вивчення історій хвороб 300 пацієнтів з діагнозами маніакально-депресивного психозу 296.0, 296.1 за МКХ-9, або біполярного афективного розладу (F31 за МКХ-10) та циклотимії (296.81 за МКХ-9 та F34.0 за МКХ-10), що перебували на лікуванні в відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» за період з 1983 по 2016 роки. В дослідження не були включені ті історії хвороби, в яких бракувало необхідних даних про перебіг захворювання, або якщо строк спостереження за хворими був менший ніж 5 років. Остаточо до дослідження увійшли 126 пацієнтів (у співвідношенні чоловіки : жінки — 1 : 1,2). Середня тривалість міжфазного періоду — 2,89 роки, тобто в середньому розгорнута афективна фаза у них виникала один раз на три роки. В середньому ці хворі перенесли по $(5,50 \pm 0,84)$ афективні фази.

Були отримані такі результати.

З 126 хворих на біполярний афективний розлад (БАР) у 6 пацієнтів (4,76 %) захворювання дебютувало в дитинстві,

у 31 (24,6 %) — в підлітковому віці. Дебют у дитинстві порівняно з підлітковим віком характеризувався більшою кількістю епізодів на рік ($t = 5,46, p < 0,01$).

Вживання психоактивних речовин може передувати початку біполярного розладу. Найбільш поширеною психоактивною речовиною є канабіс. Серед групи пацієнтів, які вживали канабіноїди, середня кількість маніакальних, гіпоманіакальних та депресивних епізодів на рік була більшою, ніж в групі пацієнтів, які їх не вживали ($t = 5,65, p < 0,01$).

Ранній початок захворювання корелював із сімейною обтяженістю біполярним афективним розладом. Багатофакторне моделювання підтверджує гіпотезу, що погана функціональна, але не симптоматична, ремісія пов'язана не з важкістю симптомів захворювання, а з початком біполярного розладу у молодому, особливо в дитячому віці, та з обтяженим сімейним анамнезом. Сімейний анамнез найчастіше був обтяжений у пацієнтів з початком захворювання в дитинстві, також в групі пацієнтів з початком захворювання у віці 15—25 років ($t = 5,35, p < 0,01$).

При маніфесті захворювання у підлітковому віці перебіг хвороби не мав відмінностей від перебігу при маніфесті в дорослому віці — ані за кількістю епізодів на рік, кількістю спроб самогубства, ані за кількістю місяців загострення та частотою госпіталізації, ані за кількістю супутніх захворювань ($t = 1,26, p > 0,05$).

Неповні функціональні ремісії також частіше спостерігались у хворих, в яких захворювання дебютувало в молодому, особливо у дитячому віці ($t = 2,31, p < 0,01$).

Отже, вік початку захворювання і факт вживання канабіноїдів можуть бути використані як прогностичні маркери перебігу біполярного афективного розладу в клінічній практиці.

УДК 616.89-008.454-02:616.895.8-036.8]-092-07-08

Сінча К. А.

*Запорізький державний медичний університет
(м. Запоріжжя)*

Основні результати дослідження негативної постманіфестної симптоматики депресивного спектра при шизофренії

Проблеми шизофренії і шизоформних розладів є одними з найбільш актуальних в психіатричній практиці. У хворих на шизофренію часто відзначаються різні порушення афективної сфери, відмінні від діагностично облігатних нозоспецифічних ознак типу емоційного сплюснення, дефіцитарності, тимчасового компонента дефекту або тимопатичних ремісій. Найчастіше у хворих на шизофренію діагностуються явища депресивного спектра, що знижує якість їхнього життя, перешкоджає відновленню соціального функціонування, поглиблює стигматизацію і підвищує ризик суїцидогенезу.

На практиці весь спектр афективних порушень негативного знаку у хворих на шизофренію в постпсихотичному періоді нерідко відносять до рубрики постшизофренічної депресії, яка описується як депресивний епізод, що розвивається після і внаслідок шуба. Однак прояви депресивного спектра здебільшого виявляються не тільки в постпсихотичному періоді, а й протягом маніфесту, або навіть передують дебюту, і не вкладається в критерії діагностичної рубрики F20.4.

Зовнішня схожість депресивної семіотики з негативною патоафективною симптоматикою шизофренії зумовлює потребу проведення складної диференціальної діагностики для визначення стану емоційної складової або рівня

і характеру її ураження. Діагностика ускладнюється через велику поширеність серед хворих на шизофренію алекситимії, ангедонії, дисфорії і розладів тривожно-анксіозного, іпохондричного і психосенсорного кіл. В актуальному клінічному дискурсі все патоафективні прояви, які не є чисто депресивними, визначаються як «парадепресивні» (ПДС).

Мета дослідження: на підставі аналізу клініко-психопатологічної семіотики і структури депресивних проявів і парадепресивних станів (ПДС) у хворих на шизофренію визначити їх патогенетичні механізми та типологію і розробити неконгруентні підходи до їх корекції.

На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» м. Запоріжжя в умовах інформованої згоди і з дотриманням принципів біоетики було обстежено 137 хворих, серед яких основну групу (ОГ) склали 107 хворих на шизофренію. Групу порівняння (ГС) склали 30 хворих з шизоафективним порушенням змішаного типу з переважанням депресивних проявів в структурі поточного епізоду. На підставі проведеного комплексного клініко-психопатологічного дослідження та аналізу семіотики і структури депресивних проявів і ПДС у хворих на шизофренію встановлено їх клінічна та патогенетична різноманітність, що дозволило скласти цілісне уявлення про складну структуру патоафективних порушень негативного знаку при цій патології. Виявлені особистісні характеристики і варіанти профілю особистості хворих на шизофренію з депресивними проявами і ПДС дозволили розробити диференційовані підходи до терапевтичних і психокорекційних впливів та патоперсоналогічні і психогенні предиктори розладів патоафективного спектра у цій категорії хворих.

Розроблена система терапії включала два основні напрямки: фармакотерапію і психотерапію, які базувались на засадах комплексності, багатовекторності та персоналізованості. При наявності ПДС у хворих на шизофренію фармакотерапію переглядали у бік вибору нейролептичних препаратів із антидепресивним та активуючим ефектами. При наявності виразної депресії до терапії додавали антидепресанти, перевага віддавалася антидепресантам із збалансованою або седативною дією.

УДК 616.895.4:616-053.5:616.7

Стрельнікова І. М.

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Досвід надання антипсихотичної допомоги жінкам, хворим на епілепсію, що ускладнилась психотичними розладами

В останній час проблематиці епілептичних психозів приділяється все більше уваги, зважаючи на те, що хворі з цією патологією доволі часто перебувають на стаціонарному лікуванні в психіатричних закладах та отримують допомогу в амбулаторних психіатричних установах. Найчастіше спостерігаються епілептичні психози з транзиторним (гострим) типом перебігу (64 %) та нападаподібним типом перебігу (24—28 %), значно рідше спостерігаються хронічні епілептичні психози (8—12 %). На сучасному етапі вивчення цієї патології не існує надійної доказової бази ефективності призначення психотропних засобів хворим з епілептичними психозами. Впровадження в практику засобів та методів фармакотерапії епілептичних психозів є актуальним напрямком в нейрофармакології та психіатрії.

Хворим на епілептичні психози доцільним є призначення атипичних антипсихотичних препаратів, які здатні напряму впливати на більшість механізмів розвитку епілептичних психозів та припиняти їх подальший руйнівний ефект.

Для нашого дослідження було обрано кветіапін, перевагою якого є широкий клініко-фармакологічний спектр: наявність антипсихотичного, антиманіакального, антидепресивного, анксиолітичного та седативного ефектів. За даними наукових публікацій, препарат здатен формувати швидке настання клінічного ефекту, що супроводжується високим профілем безпеки, та низьким, порівняно з іншими антипсихотичними засобами, спектром побічних проявів.

Програма дослідження клінічного ефекту кветіапіну виконана на 19 хворих жіночої статі, віком від 26 до 59 років, з різними типами епілептичних психозів, за винятком іктального типу. За МКХ-10 всі хворі на епілептичні психози, що брали участь в дослідженні, підпадали під рубрику F06 та приймали кветіапін в поєднанні з антиепілептичним препаратом. На початку дослідження та протягом усього лікування хворим проводили клініко-психопатологічні, лабораторні, нейровізуалізаційні, електрокардіографічне дослідження, контролювали глікемічний та ліпідний профіль плазми крові. Титрування починали з 25 мг на добу, максимальна добова доза складала 600 мг, мінімально ефективна — 200 мг на добу в два прийоми. Клініко-психопатологічно підтверджена стабілізація психічного стану реєструвалась на шостому тижні терапії і була характерна для 73,6 % хворих в нашому дослідженні.

Проведене дослідження показало, що більшість хворих (84,2 %) дали позитивний відгук на лікування та добре переносили терапію. Не було зареєстровано клінічно значимих побічних ефектів щодо вищих психічних функцій. Найпоширенішими побічними ефектами були седація (42,1 % хворих), сонливість (47,3 %), ортостатична гіпотензія (26,4 %), диспепсія (15,7 %), головний біль (21,1 %). Здебільшого, ці побічні ефекти фіксувались у хворих на початку лікування, залежали від дози препарату, редукувались в процесі корекції доз та уповільнення швидкості титрації. Один хворий (5,2 %) на епілептичний психоз припинив прийом препарату через виражену сумачію побічних ефектів та відсутність суттєвих позитивних змін в психічному стані протягом чотирьох тижнів терапії при прийомі 600 мг кветіапіну.

За результатами дослідження було зроблено такі висновки: обираючи чи інші антипсихотичні препарати, треба призначати засоби з мінімальною кількістю потенційних побічних ефектів, враховувати побічні реакції та токсичні впливи, призначати мінімально ефективні дози, суворо дотримуючись їх титрування, не перевищувати малі та середні добові дози, термін прийому антипсихотичних засобів не повинен перевищувати термін психозу, але бути мінімально достатнім.

УДК 614.2:[616.89:616.45-001.1/.3]:[355.292.3+314.745.22]

*Табачников С. І., Харченко Є. М., Осуховська О. С.,
Синицька Т. В., Чепурна А. М., Болтоносів С. В.
Український НДІ соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України (м. Київ)*

Особливості феноменологічної характеристики осіб, тимчасово переміщених з зони АТО, які страждають на посттравматичні психічні порушення, коморбідні із вживанням психоактивних речовин

Потужні негативні наслідки в суспільстві, зумовлені політичною та соціально-економічною ситуацією в Україні, обтяженою довгостроковим воєнним конфліктом на Сході, значно погіршили психофізіологічні аспекти здоров'я населення, що перебувало на окупованих територіях і отримало різного роду посттравматичні психічні порушення (ПТПП). Зокрема, деяка частина переселенців намагається знай-

ти вихід зі стану психологічних навантажень, вживаючи різного роду психоактивні речовини (ПАР), в результаті формується патогенна коморбідність, яка може призводити до ще більш тяжких наслідків для здоров'я.

Відповідно до мети роботи, 2016 року нами проведено дослідження 97 осіб (62 жінки та 35 чоловіків) в центрах для переселенців міст Одеси та Києва. В віковому плані переважала літня категорія осіб (36 років та старше — 63 %). За сімейним станом 62 % досліджених були неодружені; значна частина (23 %) перебували в цивільному шлюбі; як одиноки визначалися 39 %. Більшість досліджених мали дітей (58 %). Щодо освіти — 53 % респондентів мали спеціальну середню, частіше техніко-побутових напрямків; вищу (або неповну вищу) — 18 % досліджених.

В клінічному плані (згідно з МКХ-10) основну категорію становила група з F43 (реакція на тяжкий стрес та порушення адаптації), відповідно F43.1 (посттравматичний стресовий розлад) — 16,2 % осіб; F43.2 (розлади адаптації) — 70,2 %; F62.0 (хронічні зміни особистості після переживання катастрофи) — 4,1 %; F40 (тривожно-фобічний розлад) — 10,2 %; F45 (соматоформні розлади) — 7,3 % осіб.

Під час дослідження вживання ПАР обстеженими виявлено, що чоловіки вживали алкоголь частіше за жінок, відповідно 90,5 % та 84,6 %; тютюн палили 71,8 % осіб чоловічої статі та 45,6 % жіночої; вживали канабіноїди 18,7 % та 3,0 %, відповідно; психостимулятори — 12,5 % та 10,7 %; поєднані форми (частіше алкоголь з тютюнопалінням) було виявлено у 87,4 % чоловіків та 84,3 % жінок. Результати щодо вживання опіоїдів не можна вважати достовірними у зв'язку тим, що більшість респондентів не надали правдивої інформації. Мотивування до вживання ПАР у чоловіків частіше пояснювалось деяким позитивним впливом на погані настрої, самопочуття, переживання щодо вирішення життєвих проблем та ін. У жінок превалювало бажання заспокоїтись, зняти стрес, тривожність, поліпшити настрої, сон.

Дослідження рівня тривоги (опитувальник HADS, Zigmond A. S. та Snaithe R. P., 1983) у загальній кількості респондентів продемонструвало наявність її «субклінічного» рівня — 30,9 %; відповідно «клінічного» рівня — 60,8 %. Результати дослідження депресії продемонстрували наявність «клінічно вираженого» рівня у 37,2 % опитаних. При цьому, маючи на увазі високі показники «субклінічного» рівня (48,4 %), що в подальшому прогностично може трансформуватись в нозологічний (клінічний) стан, треба оцінювати загальну характеристику депресивного стану респондентів як загрози, в плані негативної динаміки.

Отже, отримана характеристика соціодемографічних, клініко-психопатологічних, патопсихологічних особливостей переселенців з зони АТО, що страждають на ПТПП, коморбідні з вживанням ПАР, може стати основою формування фахового діагностичного, лікувального та профілактичного напрямків цих розладів, з відповідною корекцією респондентів за гендерними ознаками.

УДК 616.895

*Токарева І. Л.
Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Якість виконання наукових досліджень в сучасній психоневрології

В теперішній час визначальним для споживачів у світі стало поняття якості. А якістю вихідного продукту можна і потрібно управляти, тобто вміти кількісно оцінювати та аналізувати показники, що впливають на кінцевий

результат. Одним із процесів Системи управління якістю в галузі охорони здоров'я, зокрема, є процес моніторингу, оцінювання, аналізу вимірювань та поліпшення кожного виду діяльності під час їх проведення.

Значно підвищились вимоги до технічної компетентності та спроможності наукових лабораторій виконувати дослідження, вимірювання на високому професійному і технічному рівні.

Під час виконання науково-дослідних та дисертаційних робіт (далі — НДР) важливо дотримуватись вимог організаційних технологій, ґрунтуючись на вимогах міжнародних стандартів серії ISO 9000, у яких одним із аспектів є метрологічне забезпечення. Основною метою метрологічного забезпечення є покращення якості проведення наукових досліджень.

Одним з результатів НДР, що виконуються в сфері забезпечення захисту життя та охорони здоров'я громадян, є одержання числових даних про організм людей і тварин, органів і тканин, біологічних проб, речовин і матеріалів тощо. Поняття «подання числових даних» включає характеристику числових даних і супутню інформацію, необхідну для відтворюваності, критичної оцінки або уточнення результатів досліджень і розрахунків.

Забезпечення належної якості проведення вимірювань під час виконання НДР — це установлення та застосування метрологічних норм і правил, а також розроблення та застосування технічних засобів, необхідних для досягнення потрібної точності вимірювань.

Метрологічна експертиза є складовою частиною комплексу цих робіт при виконанні НДР.

Якісні результати НДР — пріоритет наукової діяльності навчальних та наукових закладів, установ, їх підрозділів МОЗ України!

або розладом; коморбідність є кожним додатковим розладом чи захворюванням. Додатковий розлад може бути поведінковим чи психічним.

У більшості клінічних випадків коморбідність розглядають як спряженість двох чи більше хвороб (розладів) з адитивно-кумулятивним ефектом. Сюди відносять випадки етіологічної, ускладненої, ятрогенної та «арбітражної» коморбідності, при яких додаткове захворювання і є «посилювальним» фактором для основного (див. Gjisenetal, 2011).

Особливо часто таке трактування застосовують у психіатрії, зокрема під час оцінювання ризику виникнення і посилення «основного» захворювання при наявності коморбідного — (Jensen, 1975; J. H. Boyd et al., 1984; W. C. Sanderson et al., 1990; D. L. Robins et al., 1994; A. B. Smulevich, 1997; C. R. Cloninger et al., 2002). Класичні приклади: тривожний розлад і депресія, обсессивно-компульсивний розлад і обсессивна особистість, конверсійний розлад і гістрійна особистість.

Із практичного досвіду лікування (або спонтанного самовиліковування) при залежності (алкогольна, опійна та ін.) нам добре відомо, що наявність панічної атаки (або виразного генералізованого тривожного розладу) може мати наслідком *тривалу ремісію залежності або і повну зупинку аддиктивної поведінки*. На цьому базується, де-факто, будь-яка аверсивна терапія аддикцій. Важливо, щоб панічна атака або виразна тривога виникли під час зловживання.

У таких випадках маємо конкуруючу коморбідність, причому таку, коли спряжений розлад очевидно послаблює або і припиняє перебіг основного. Такі випадки ми пропонуємо визначати як контрморбідні (О. Фільц).

Ми також вважаємо, що випадки очевидної контрморбідності можуть бути з користю використовувані у лікуванні не лише психічних розладів, але й у медицині в цілому.

УДК 616.89-039.53

*Фільц О. О., Фітькало О. С., Лизак О. Л.,
Забор В. С., Костюченко Н. В.*
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького (м. Львів)

Проблеми контрморбідності

Сучасна медицина, і психіатрія зокрема, стоять на порозі перегляду класичних теоретичних нозологічних та нозографічних уявлень, успадкованих ще з початку ХХ століття (Aragma M., 2009; Фільц О., 2016).

Однією з «перехідних» концепцій є концепція коморбідності, широко дискутована як у теоретичному, так і практично-прикладному плані. (Jakovljević M., 2012).

Поняття коморбідності впровадив в медицину Alvan Feinstein 1970 року (Feinstein A., 1970) для описової характеристики всіх випадків, у яких пацієнти, що страждають на головне (індексне) захворювання, мають ознаки додаткового клінічно значимого стану.

Концепцію коморбідності Feinstein пропонував розглядати як окрему наукову дисципліну в рамках медицини. Концептуально виокремлюють транснозологічну (діагностовану — О. Фільц) і транссиндромальну коморбідність. Численні дискусії навколо проблеми коморбідності, включаючи і гостро критичні (напр. Maj M., 2005), вимагали випрацювання консенсусного і якомога широкого її визначення.

Відповідно до цього визначення, коморбідність в медицині є наявністю одного і більше додаткових захворювань або розладів, що трапляються одночасно (тобто, сумісні, спряжені або конкуруючі) з первинним захворюванням

УДК 616.895

Хмаин С.

*Харьковский национальный медицинский университет
(г. Харьков)*

Арт-терапевтическая рисуночная техника «звезда чувств» в комплексном лечении больных с рекуррентным депрессивным расстройством

Актуальность темы обусловлена трудностями понимания истинных причин собственных переживаний больными с депрессивным расстройством, а также предоставления возможности непосредственно углубленно работать с этими причинами как больному, так и психотерапевту.

Целью нашего исследования являлось выяснить влияние арт-терапевтической рисуночной техники «Звезда чувств» в комплексном лечении больных с рекуррентным депрессивным расстройством.

В данном исследовании были применены методы исследования: 1 — клинико-диагностический; 2 — шкала определения уровня ангедонии SHARPS; 3 — шкала депрессии и тревоги Гамильтона; 4 — шкала оценки качества жизни (модификация Н. А. Маруты); 5 — шкала определения уровня социального функционирования.

В исследовании принимали участие 40 пациентов — мужчин в возрасте 18—30 лет. В качестве арт-терапии была использована рисуночная техника «Звезда чувств». Сеансы проводили 1 раз в неделю по 2 часа.

Результаты исследования следующие: у 90 % больных снизился уровень ангедонии; у 70 % больных снизился уровень тревожности; у 75 % больных отмечалось улучшение настроения между сеансами; у 77 % больных увеличилась

самооценка, у 80 % больных отмечалась уверенность в себе и у 68 % — появился позитивный взгляд на будущее.

Таким образом, данное исследование указывает на то, что рисуночная техника «Звезда чувств» является мощным помощником для подготовки пациентов с РДР к приближающейся выписке, так как она позволяет им лучше изучить свой внутренний мир, свои преморбидные особенности личности в эмоциональном плане, которые зачастую играют важную роль в построении как внутриличностных так и межличностных отношений, а также тип реагирования на те или иные проблемные жизненные ситуации, что улучшает качество реабилитации больных с депрессивным расстройством.

УДК 616.45-001.1/3«364»:355.257.6

Чабан О. С., Безшейко В. Г.

*Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця (м. Київ)*

Аналіз впливу бойових дій на військовослужбовців, залежно від статі, в умовах наближеного стресу

Як відомо, участь у бойових діях, як активна (у складі військових формувань), так і пасивна (цивільні особи, що перебувають у зоні конфлікту), є серйозним стресом. Згідно із результатами досліджень, ризик розвитку постстресових психічних порушень у таких осіб значно вищий, ніж у загальній популяції. Для визначення поняття стресу внаслідок бойових дій у закордонній літературі використовують термін "war-zone stress". Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) в цьому розумінні є довготривалою реакцією на експозицію до такого стресу. Нами було проведено дослідження для оцінення впливу стресу внаслідок бойових дій на стан військовослужбовців з метою виявлення можливих клінічно значимих постстресових реакцій.

Гіпотеза дослідження: стать військовослужбовця в умовах війни (хронічного стресового фону) ймовірно корелює з ступенем реакції на стрес та вектором прояву стресового ураження (тілесного, чи психічного). Стать військовослужбовця в умовах війни ймовірно корелює з різними варіантами амортизації психічного напруження та має різний психічний та психопатологічний вихід. А звідси — мішені соматичні та психологічні мають бути різними.

Для досягнення цієї мети, для оцінення впливу стресу на військовослужбовців ми провели польові дослідження в зоні, максимально наближеної до стресового чинника (зона АТО) та використали опитувальник щодо симптомів посттравматичного стресового розладу "PTSD Checklist", перекладений та адаптований співробітниками кафедри психосоматичної медицини і психотерапії Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця (Київ, Україна) з дозволу розробників цієї шкали — Національного центру з ПТСР США "National Center for PTSD". Також для оцінення емоційного стану використовували Госпітальну шкалу для оцінки тривоги та депресії. Обстежувані в сліпому варіанті вибору проходили клінічне інтерв'ю. Всі етичні вимоги були дотримані. Анкетування було анонімним. У дослідження були включені військовослужбовці, які проходять службу в зоні війни на Сході України (АТО), тобто беруть реальну участь у бойових діях — від кількох годин до кількох днів до обстеження.

Загалом за допомогою цих методик було обстежено біля 110 осіб. На цей момент нами були отримані та оброблені перші результати обстеження.

У процесі аналізу ми виявили високі показники за шкалою PTSD Checklist. Середня сума балів склала для жінок 35,29 (95 % ДІ 7,88—62,69) та 23,00 (95 % ДІ 8,88—37,12) —

для чоловіків, при відсутності статистично достовірної різниці між ними ($p = 0,324$). Мінімальна та максимальна можлива сума балів за цією шкалою складає 0 та 80 балів, а показники понад 20 балів свідчать про можливість наявності клінічно значимих симптомів ПТСР. Що стосується Госпітальної шкали тривоги та депресії, чоловіки та жінки набирали в середньому понад 8,86 (95 % ДІ 4,64—13,08) бали щодо тривоги та більше 10,14 (95 % ДІ 3,49—16,80) — щодо депресії. У жінок рівень тривоги був достовірно вищим. Для порівняння — 8 або більше балів за субшкалою тривоги або депресії вважають пограничним рівнем. Це теж доволі високі показники як для потенційно психічно здорової популяції. Окрім того була виявлена сильна пряма кореляція між симптомами тривоги та ПТСР (коефіцієнт кореляції Пірсона $r = 0,866$; $p < 0,001$). Протекторний вплив на симптоми тривоги чинив рівень освіти, в осіб із вищою освітою вираженість цих симптомів була меншою, ніж у осіб без вищої освіти (коефіцієнт кореляції Спірмана $r = -0,592$; $p = 0,020$).

Серед військових, які проходять службу в зоні АТО, спостерігається високий рівень симптомів відреагування на стрес у вигляді окремих симптомів посттравматичних стресових станів та субклінічної тривоги, що свідчить про необхідність проведення профілактичних психологічних консультацій під час військової служби та скринінгу на наявність ПТСР після демобілізації.

Водночас виражена гендерна різниця в реакції на стрес проявляється у вигляді частішої психічної симптоматики у чоловіків у варіанті відкритого та усвідомленого переживання на протигагу соматизованої симптоматики у жінок з неусвідомленими проєктивними тілесними реакціями, які не проявляються на рівні психічної симптоматики. По суті, ймовірно, у жінок-військовослужбовців, при їх зовнішньо відкритій емоційності та схильності до переживань, частіше формуються неусвідомлені психосоматичні проблеми, які в першу чергу належать до репродуктивної функції.

Враховуючи протекторний вплив освіченості на симптоми тривоги, ефективним як профілактика може бути психосвіта військових щодо посттравматичних стресових станів. При цьому жінки-військовослужбовці виявляють більшу чутливість до стресу і виявляють ознаки стресового напруження з більшою ймовірністю формування постстресової відповіді у вигляді феноменів тривоги, депресії та ПТСР у вигляді соматичних порушень та проявів окремими симптомами.

Робота не є завершеною, далі заплановано вивчення катамнезу обстежуваних та кінцеве оцінення ефективності опитувальника щодо симптомів посттравматичного стресового розладу "PTSD Checklist" в реаліях України, з можливою його рекомендацією до широкого застосування.

УДК 612.681«4»

Чабан О. С., Хаустова О. О.,

Безшейко В. Г., Москаленко О. В.

Національний медичний університет

імені О. О. Богомольця (м. Київ);

Дорожня клінічна лікарня № 1 (м. Київ)

Валідація «Шкали оцінки якості життя»*

Хронічний стрес змінює якість життя людини. Інколи — докорінно. І ці механізми змін стосуються як зменшення амортизаційних можливостей, так і більш глобально — змінюють особистість людини. Тема розуміння значення якості життя перекликається з іншим поняттям — невтрачені роки

* © Чабан О. С.

життя. В будь-якому разі значення якості і наповненості життя стає вирішальним в боротьбі за здоров'я людини, особливо в ситуації, коли розв'язати патогенетичні проблеми хворої людини неможливо. А от змінити якість життя на краще — можна. Ось такий парадокс. Для розуміння та вимірювання якості життя існує доволі багато шкал. Найбільш популярні — SF-36 та Q-LES-Q.

Нами була створена шкала оцінки якості життя «Оцінка якості життя» (©Чабан О. С.) — Chaban Quality of Life Scale — CQLS, яка врахувала вразливі частини вищезгаданих шкал, і протягом трьох років була проведена валідація (пілотні дослідження щодо надійності шкали в три етапи: n 31, n 62, n 149) [1, 2].

За попередніми даними осіб, наша шкала набагато внутрішньо більш узгоджена (один із параметрів надійності) в наших умовах, ніж коротка версія Q-LES-Q, незважаючи на те, що остання шкала має більше питань і нібито повинна бути більш надійною.

Найбільш неузгодженими, що слабо корелювали із загальною кількістю балів та іншими пунктами, були запитання: 4. Задоволеність любов'ю, сексуальною активністю; 8. Задоволеність умовами проживання (референтні показники для здорових молодих людей віком 20—27 років, отримані експериментальним шляхом).

Неузгодженість була пояснена не іншим конструктом як первинної гіпотези, а особливостями вибірки (молоді люди) і була гармонізована при більшій вибірці. В результаті валідації ми отримали статистично достовірне підтвердження валідності нашої шкали при перевазі її інформативності та простоті оброблення результатів.

Шкала оцінки якості життя (©Чабан О. С.)

Інструкція: Згадайте, будь-ласка, ті події, що відбувались із вами за останні 30 днів. Враховуючі їх, наскільки ви були задоволені таким із нижчепереліченого. Вкажіть ту кількість балів, яка підходить найбільше, від 0 до 10), де:

- 0 — зовсім не задоволений(а)
- 1—3 — більш незадоволений, ніж задоволений(а)
- 4—6 — посередньо
- 7—9 — більш задоволений(а), ніж незадоволений(а)
- 10 — надзвичайно задоволений(а).

1. Своїм фізичним станом?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Настроєм?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Проведенням вільного часу?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Любов'ю, сексуальною активністю?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Повсякденною активністю (хобі, робота по дому та ін.)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Соціальною активністю (спілкування з рідними, друзями)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Фінансовим благополуччям?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Умовами проживання?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Роботою, навчанням, іншою зайнятістю?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Загальний рівень задоволеності життям?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Шкалу заповнює особа, яка проходить обстеження, самостійно.

Мінімальна кількість балів — 0, максимальна — 100.

Рівень якості життя:

дуже низький — до 56 балів включно,

низький — від 57 до 66 включно,

середній — від 67 до 75 включно,

високий — від 76 до 82 включно,

дуже високий — від 83 балів.

Джерела:

1. Chaban O., Khaustova O., Bezsheiko V. New Quality of Life Scale in Ukraine: reliability and validity Indian Journal of Social psychiatry, Vol. 32, Issue 4, Oct-Dec 2016, p. 473.

2. Chaban O., Khaustova O., Bezsheiko V. Reliability and validity of Chaban Quality of Life Scale // 29 cong. ECNP, 18—22 sep., 2016, Vienna. Post. P2h301.

УДК 616.891

Черкасова А. О.

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Проблема психосоматичних розладів у дітей в сучасних умовах

Проблема психосоматичних розладів у дітей до теперішнього часу є актуальною в клінічній і соціальній психіатрії. Це пов'язано з високою поширеністю соматизованих розладів, що досягає 90 % серед дітей, які звернулися переважно до педіатрів, їх високим дезадаптующим впливом і недостатньою розробленістю патогенетичної терапії.

В психіатрії вирізняють численні психопатологічні розлади, що супроводжуються вираженими соматичними розладами. До психопатологічних розладів, що супроводжуються вираженими соматичними розладами, що формуються в дитячому віці, належать поведінкові та емоційні розлади, що зазвичай починаються в дитячому та підлітковому віці (рубрика F9).

До симптомів психосоматичної патології в дитячому віці належать примхливість; дратівливість; гіперзбудливість; напади неслухняності й агресивної поведінки; підвищена стомлюваність; сльозливість; температурні реакції; незрозуміла сонливість.

Поширеність психопатологічних розладів, що супроводжуються вираженими соматичними розладами у дітей, зумовлена частотою психічної травматизації.

Серед дорослого населення психосоматичні розлади виявляються від 15 % до 50 %. Найчастіше спостерігаються у жінок (1—2 %), ніж у чоловіків (Karlan H. I., 1998). Початок хвороби зазвичай припадає на дитячий і підлітковий вік. Від 9,3 % до 40 % дітей страждають на психосоматичні захворювання (Brautigam W., 1984; Kruse W., 1983, I. A. Марценковський, 2010). Дві п'ятих дітей, яких спостерігають педіатри, не маючи жодних органічних захворювань, страждають на соматичні розлади. Найчастіше це — головний біль, біль в животі, біль в кінцівках (Arley J., 1968). Дедалі — умови життя відбиваються на збільшенні кількості дітей і підлітків з психосоматичними розладами і насамперед — вегетативна дистонія.

Серед дітей з психосоматичними розладами на ґрунті анатомо-фізіологічного (локалізаційного) принципу нами були виокремлені хворі з переважними і провідними порушеннями в травній (30,1 %), руховій (20,9 %) системах, з алгічними проявами (15,2 %), патологією шкірних покривів (14 %), ендокринної (11,3 %), респіраторної (3,4 %), сечовидільної (2,2 %) систем, порушеннями терморегуляції (1,9 %) і в серцево-судинній системі (1 %).

Психосоматичні розлади за якісними і кількісними характеристиками поділялися на психосоматичні реакції (14,4 %), психосоматичні стани (70,1 %) і психосоматичні захворювання (15,5 %). Психосоматичні реакції частіше (більш ніж в половині випадків) спостерігалися у дітей до 10 років, психосоматичні стани — здебільшого в шкільному та підлітковому віках, психосоматичні захворювання — починаючи з 10 років, більше в середньому і старшому підліткових періодах.

Отже, аналізуючи вищевикладене, можна зробити висновки, що проблема психосоціальних розладів у дітей в цей час є дуже актуальною і потребує розроблення комплексного підходу до терапії і профілактики. Ми вважаємо, що для поліпшення діагностики та правильного підходу в терапії психосоматичних розладів у дітей треба проводити психоосвітні тренінги для педіатрів, лікарів загальної практики — сімейної медицини.

УДК 616.89-02-07

Чугунов В. В., Городокін А. Д.
Запорожский государственный
медицинский университет (г. Запорожье)

Феномен псевдопатоморфоза психической патологии

Исследования патоморфоза психической патологии требуют комплексного анализа факторов, имеющих влияние на трансформацию структурно-динамического стереотипа психической патологии. Помимо клинического измерения процесса патоморфоза, условно разделенного на истинный (являющийся следствием воздействия комплекса этнокультуральных и социально-демографических флюктуаций, эпидемиологического дрейфа, психозологической трансформации) и терапевтический (являющийся следствием фармакотерапии как таковой, а также эволюции её методологии, сопряженной с прогрессивным расширением терапевтического инструментария), все большую представленность в дискурсивном пространстве занимает *псевдопатоморфоз* — совокупность конвенционально-номинативных и конъюнктурно-диагностических абerraций, следствием которых предстаёт коллапс традиционного модуля нозодескрипции в сфере компетенции психиатрии, сопряженный с очевидной диспропорцией популяционной представленности нозологических форм психопатологии и их формальным номинативным распределением.

Анализ контемпорального психиатрического дискурса позволяет констатировать наличие следующих факторов псевдопатоморфоза:

— дискурсивной интерсекции с отчетливой экспансией ракурсных диагностических систем (отражением которой является переход от идеографической нозодескрипции к статистической рубрификации, сопряженной с де- и ре-номинацией традиционных нозологических форм в общем нозодиссолютивном векторе);

— тенденции к диагностической инертности коморбидных форм психопатологии (следствием которой является деноминация устойчивых популяционных стереотипов ко-

морбидности при фактическом игнорировании феномена патопластической модификации).

— тенденции фармакотерапевтически центрированной диагностики (следствием которой является прагматичное педалирование синдромографического подхода к диагностике, где диагностический поиск лимитируется высотой конвергирующего «древа» выбора фармакологических средств и даже их локальным арсеналом);

— тенденции к гуманистической номинации психопатологических форм (следствием которой является фактическое устранение стигматизирующих номинаций, подводящих метафорическую черту под архаической нозодескрипцией и психозэпидемиологией, с одной стороны, с другой же — переводя дефект в *sui generis* казуистический вариант нормы).

УДК 616.895.8:347.155:347.161]-029:34

Чулков О. М.
Запори́зький державний медичний університет
(м. Запори́жжя)

Юридичні і медичні аспекти кримінально-процесуальної дієздатності давати свідчення у свідків і потерпілих, хворих на шизофренію

Судово-психіатрична оцінка здатності давати свідчення у хворих на шизофренію — маловивчена область судової психіатрії, що може бути пояснено скромним місцем у загальному обсязі експертиз (за звітними даними до 2 %).

На сучасному етапі розвитку судової психіатрії проблема експертного оцінювання хворих на шизофренію набуває великого значення, що пов'язано з особливою увагою суспільства, психіатрів, правознавців до питань захисту і розширення юридичних прав душевнохворих. Різноманіття форм клінічних проявів шизофренії, різне розуміння її нозологічної сутності і меж, варіабельність результатів захворювання, успіхи в галузі психофармакотерапії в останні роки визначили патоморфоз клінічної картини захворювання, що характеризується появою форм процесу, що мають сприятливий перебіг, з досить доброю адаптацією пацієнтів до соціуму, а в багатьох випадках ці хворі можуть цілком розумно і розважливо виконувати свої процесуальні функції.

Свідчення свідків і потерпілих на досудовому слідстві — один з найважливіших видів доказів у кримінальному процесі. Про їхнє значення свідчить той факт, що нерідко потерпілий є і єдиним свідком злочину, в зв'язку з чим його свідчення про місце, час та інші обставини злочинного діяння, особу правопорушника, характер скоєних ним дій і т. п. відіграють часом роль основного доказу. Незважаючи на те, що оцінка достовірності показань належить до компетенції суду, свідчення не повинні виключатися з поля зору експерта, оскільки можуть стати цінним матеріалом для дослідження психопатологічних особливостей хворого, що їх дає, та його процесуальної дієздатності.

Практика проведення подібного виду експертиз вказує на необхідність співвіднесення психічного стану осіб з певними юридично значущими ситуаціями: передкримінальної, кримінальної, періодом попереднього слідства і судового розгляду, оскільки його динаміка, а значить — і процесуальна дієздатність при експертному доведенні можуть відрізнятися. Крім того, варто зазначити, що до моменту розвитку кримінальних ситуацій хворі перебували на різних етапах перебігу процесу (зокрема, що визначають ступінь їх віктимогенності): розгорнутому (психотичному), пізньому

(дефекту), стані ремісії різної якості, причому під впливом комплексу психотравмуючих чинників до моменту огляду можна було кваліфікувати розвинення загострення шизофренічного процесу. Слід також відзначити різні вимоги до ступеня збереження психічного потенціалу випробуваного, оскільки у потерпілого, порівняно зі свідком, зумовлюється більш широкий діапазон процесуальних функцій. що визначає можливість виникнення безлічі поєднань експертних висновків стосовно різному характеру юридично значимої діяльності у однієї особи.

Досвід показує, що виключення хворих на шизофренію з слідства не повинно бути облігатним і порушувати їх права на реалізацію своїх процесуальних функцій, бути строго аргументованим і мати точні границі, причому вирішальними під час експертного доведення є не стільки тривалість і синдромологічна притаманність, скільки вираженість наявних розладів психічної діяльності.

Назріла необхідність перегляду підходів до оцінки психічного потенціалу хворих на шизофренію, розширення кола хворих, що допускаються до участі в судовому процесі, а також розробки і запровадження чіткого переліку умов втрати і обмеження кримінально-процесуальної дієздатності в даному виді експертиз, що диктується не тільки методологічними і теоретичними міркуваннями, а й наявними практичними потребами.

УДК 159.96:616.45-001.1/3-003.96

Шестопалова Л. Ф., Кожевнікова В. А., Бородавко О. О.
 ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
 НАМН України» (м. Харків)

Дослідження трансформації індивідуально-психологічних особливостей комбатантів, які перебували у зоні АТО

Переживання людиною життєво небезпечних подій неминуче призводить до різноманітних негативних медико-психологічних та соціально-психологічних наслідків. Найбільш важкий психотравмуючий вплив на психічне здоров'я людини, якість життя та психологічне благополуччя здійснюють бойові дії, терористичні акти та насилля проти особистості. Значна кількість комбатантів не можуть повною мірою адаптуватись до мирного життя, зокрема з причини наявних у них психічних порушень, проявів гетеро- та аутоагресії тощо.

Метою дослідження було — визначити трансформацію індивідуально-психологічних особливостей військовослужбовців, які перебували в зоні АТО, залежно від наявності постстресових психічних розладів. Було обстежено 63 комбатанти у віці від 23 до 54 років (середній вік — 36,7 ± 7,8 роки), що перебували на лікуванні та реабілітації в різних лікувальних закладах міста Харкова.

У дослідженні застосовували методи спостереження, бесіди, психодіагностичний (використовували Міссісіпську шкалу (військовий варіант), методику SCL-90-R Derogatis (Derogatis L. R. et al., 1975); «Шкалу базисних переконань» (Р. Янов-Бульман, 1998), в адаптації М. А. Падун, А. В. Котельникової, 2008) та математико-статистичний.

Результати дослідження показали, що у військовослужбовців з постстресовими психічними розладами (посттравматичним стресовим розладом та розладами адаптації) переважають ознаки соматизації (1,67 ± 0,55), що відображають як суб'єктивні переживання щодо стану здоров'я, так і наявність об'єктивних соматичних проблем. Також їм притаманні міжособистісна чутливість (1,26 ± 0,75), прояви агресивності (1,25 ± 0,43)

та підозрливості (1,31 ± 0,55), риси ригідності (0,95 ± 0,70) та виражені тривожно-депресивні переживання (1,21 ± 0,64 та 1,20 ± 0,48 бали відповідно). Для цих комбатантів характерними є уявлення про власну невдачливість (4,3 ± 2,4), неспроможність контролювати події власного життя (4,2 ± 2,1), що значною мірою пов'язано зі ступенем депресивних переживань ($r_s = 0,53$; $p \leq 0,01$), перш за все, з ознаками можливої аутоагресії ($r_s = 0,55$; $p \leq 0,01$).

У комбатантів без ознак психопатологічних порушень мали місце прояви соматизації (0,64 ± 0,43), тривожно-депресивні переживання (0,50 ± 0,36; 0,70 ± 0,44), прояви ригідності (0,63 ± 0,79), агресивності (0,71 ± 0,37) та підозрливості (0,80 ± 0,35). У них, на відміну від військовослужбовців з ПТСР, в структурі базових переконань домінує висока оцінка цінності власного «Я» (7,3 ± 2,2 та 7,1 ± 2,1 стень відповідно). Вони дещо нижче оцінюють власну удачливість (6,3 ± 2,3 та 5,8 ± 2,5), спроможність контролювати події довколишнього світу (5,7 ± 2,1 та 5,2 ± 2,3), а також його доброзичливість (5,8 ± 1,3 та 5,4 ± 1,4) та справедливість (5,6 ± 2,6 та 5,3 ± 2,8). Отже, в структурі базисних переконань військовослужбовців, перш за все, трансформуються настанови щодо довколишнього світу та власної взаємодії з ним.

Отже, у комбатантів, що перебували у зоні АТО, виникають різні за структурою та ступенем вираженості емоційні розлади, загострення рис особистості, поведінкові порушення, трансформація системи базисних переконань. У комбатантів з постстресовими психічними розладами індивідуально-особистісні зміни корелюють з рівнем тяжкості психопатологічних порушень.

УДК 616.89-008.19/.441-054.72

*Шкробот С. І., Венгер О. П., Смашина О. Є.,
 Мисула Ю. І., Сас Л. М., Білоус В. С., Костіна О. О.*
 ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет
 ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України (м. Тернопіль)

Вплив фактору міграції на перебіг депресивних розладів у мігрантів та реемігрантів

Проблема еміграції та рееміграції в Україні є однією з найбільш актуальних державних та суспільних проблем. Багато сучасних дослідників повідомляють про більший ризик великого депресивного розладу протягом життя у трудових мігрантів. Також виявлені кореляції вираженості депресивних проявів з характеристиками соціального ресурсу, зокрема, соціальних контактів та емоційної підтримки; автори наголошують, що втручання, які сприяють адаптації мігрантів, є ефективним засобом зменшення депресивної симптоматики.

Мета дослідження: на ґрунті комплексного обстеження виокремити та специфікувати фактори міграції, що впливають на формування, розвиток та перебіг депресивних розладів у мігрантів та реемігрантів.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психометричний, психодіагностичний, статистичний.

Об'єкт дослідження: мігранти та реемігранти з встановленим депресивним розладом (коди за МКХ-10 — F43.21, F43.22, F31.3, F31.4, F32.1, F32.2, F33.1, F33.2, F06.3), відповідно до критеріїв МКХ-10.

Відповідно до мети і завдань дослідження з дотриманням принципів біомедичної етики нами було досліджено 185 хворих на різні форми депресивних розладів, які перебували на лікуванні у Тернопільській обласній психоневрологічній лікарні за період 2014—2017 років. Усіх пацієнтів було поділено на 3 групи: 1) емігранти — 66 осіб; 2) реемігранти — 61 осіб; 3) не емігранти (група порівняння) — 58 осіб.

На ґрунті аналізу клініко-психопатологічного та соціально-демографічного статусу було виокремлено шість основних клінічних груп: емігрантів, хворих на психогенні депресивні розлади (ПДР), реемігрантів, хворих на ПДР, емігрантів, хворих на ендогенні депресивні розлади (ЕПР), реемігрантів, хворих на ЕПР, емігрантів, хворих на депресивні розлади органічного генезу (ОДР), реемігрантів, хворих на ОДР; та три контрольні групи: не емігрантів, хворих на ПДР, не емігрантів, хворих на ЕПР та не емігрантів, хворих на ОДР.

В результаті комплексного обстеження пацієнтів нами були виявлені такі фактори міграції, які впливають на розвиток та перебіг афективних порушень у мігрантів та реемігрантів: 1) нелегальний характер міграції; що зумовлює ігнорування прав особи та значне обмеження можливостей для самореалізації, отримання медичної допомоги, освіти тощо; 2) умови праці, що в багатьох випадках супроводжуються тривалим фізичним та психічним навантаженням, виконання низько кваліфікованої роботи при наявності достатньої кваліфікації; 3) мовний бар'єр, що зумовлює порушення адаптивних можливостей особистості; 4) розрив та втрата контактів з значимими близькими людьми, що зумовлює відсутність соціальної підтримки; 5) низький соціально-економічний статус.

Депресивні розлади у мігрантів та реемігрантів мають складний, хронічний перебіг, їх важкість суттєво залежить від психосоціального стресу.

Міграцію і пов'язані з нею психоемоційні навантаження можна розглядати як самостійний етіологічний фактор депресивних розладів.

Трудова міграція громадян України негативно впливає на демографічну ситуацію, ринок праці, розвиток економіки та соціальної сфери, добробут громадян, сімейні відносини і виховання дітей, збільшує рівні бідності та соціального розшарування, має численні психологічні, світоглядні, культурні та інші наслідки.

УДК 616.899-053.2

Штриголь Д. В.

*Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна (м. Харків)*

Особливості психомоторики дітей з психічним недорозвиненням

Незважаючи на велику кількість вітчизняних і зарубіжних публікацій, що стосуються проблем інтелектуальної недостатності, досліджень психомоторних функцій у дітей з цією патологією мало.

У дослідженні взяли участь діти віком 8—9 років: 31 дитина з олігофренією в ступені легкої дебільності, 28 — із затримкою психічного розвитку (ЗПР) і 28 учнів, які не мають порушень інтелекту. Для оцінки психомоторного розвитку використано комплекс тестів на статичну координацію рухів, швидкість руху тіла, на ручну швидкість, на ритмічність рухів, на рухову пам'ять, мимічний тест і методика Рея. Трактуювання рухової недостатності проведено в світлі рівневої теорії організації руху Н. А. Бернштейна. Аналізували вплив психомоторики на шкільну адаптацію, в зв'язку з чим були виокремлені групи дітей з несприятливим перебігом адаптації (виразні тривалі невротичні реакції, почастішання гострих захворювань, поява декількох функціональних розладів або хронічних захворювань).

У тестах на статичну координацію рухів (характеризує руброспінальний рівень організації руху), ручної вмілості (пірамідно-стріарний і кортикальний рівні), на ритміч-

ність рухів і в тесті Рея (кортикальний рівень) виявлено достовірно гірші результати при ЗПР і олігофренії, ніж у контролі.

При олігофренії встановлено порушення динамічної координації, недостатня швидкість і спритність (слабкий розвиток таламо-палідарного і пірамідно-стріарного рівнів просторової організації рухів). Ці діти також значно гірше виконували тест на рухову пам'ять і мимічний тест, що характеризує кортикальний рівень.

Цікавим є зіставлення результатів з даними Н. П. Вайзмана (1976). Цей автор, використовуючи ті ж методи в аналогічній віковій групі, на відміну від нас виявив значущі відмінності між олігофренами та інтелектуально збереженими дітьми лише за показником ручної вмілості. Інші розбіжності починали маніфестувати в старшому віці (з 12—13 років). Очевидно, характерний для сучасних умов більш ранній і різкий прояв відмінностей психомоторного статусу між дітьми з розумовим недорозвиненням і їх здоровими однолітками віддзеркалює патоморфоз інтелектуальної недостатності. Він пов'язаний, імовірно, з почастішанням перинатальних уражень центральної нервової системи і, відповідно, неврологічних порушень.

Аналіз особливостей порушень психомоторики залежно від характеру шкільної адаптації за тестом на статичну координацію рухів у всіх групах дітей не виявив суттєвих відмінностей. Результати мимічного тесту, тестів Рея, швидкості руху тіла і рук, ритмічності рухів, рухової пам'яті у дітей з несприятливим перебігом адаптації виявилися достовірно гіршими.

Отримані результати свідчать про необхідність раннього виявлення та корекції порушень психомоторики. Оскільки для психічного недорозвинення характерна недостатність кортикальної організації моторної функції, мала довільність рухів, найбільш ефективним є навчання за показом, без використання докладної словесної інструкції. Корекція недостатності руброспінального рівня може полягати у формуванні навичок утримання пози в спокої і в русі, які можна ускладнювати одночасними рухами рук. Для корекції пірамідно-стріарного рівня використовують естафети, ігри з м'ячем, метання в ціль, які розвивають силу, швидкість та точність рухів. При недостатності таламо-палідарного рівня корисні музикально-ритмічні, гімнастичні та акробатичні вправи, які спрямовано на розвиток гнучкості, укріплення м'язів тулуба. Головне в проведенні ритмічних вправ — швидке виконання неочікуваних завдань, а не вдосконалення та автоматизація рухів. Корекція коркового рівня здійснюється за допомогою ігор з запам'ятовуванням, зі зміною темпу, промовлянням тексту або співом.

УДК 616.839:616.45-001.1/3

Щеголь М. В.*, **Панченко О. А.****

**ГУ «Научно-практический медицинский
реабилитационно-диагностический центр
МЗ Украины» (г. Константиновка);*

***Национальная медицинская академия
последипломного образования им. П. Л. Шупика (г. Киев)*

Оценка функционального состояния вегетативной нервной системы у лиц с постстрессовыми расстройствами

В настоящее время стресс является неизбежным в повседневной жизни и может иметь пагубное воздействие на психическое и физическое состояние. Оценка состояния здоровья и определение уровня стресса помогают определить индивидуальную реакцию человека на стресс.

Влияние психотравмирующей ситуации может проявляться с течением времени, иметь различные варианты проявления (на соматическом и психоэмоциональном уровне).

Вегетативная нервная система без задействования воли человека регулирует работу дыхательной, сердечно-сосудистой, пищеварительной и других систем. Поэтому даже во время отдыха изменения сердечного ритма являются показательным индикатором изменений внутри организма. Для оценки состояния вегетативной нервной системы может быть применен анализ variability сердечного ритма.

Целью данного исследования является оценка функционального состояния вегетативной нервной системы у лиц с постстрессовыми расстройствами в процессе реабилитации на основании показателей variability сердечного ритма.

Исследование проведено на базе ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины». В исследовании принимали участие 40 человек с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР). Для анализа variability сердечного ритма использовали диагностический автоматизированный комплекс «Кардио+». Длительность регистрации ЭКГ составляла 5 минут. При обработке данных учитывали временные и частотные показатели (ЧСС, SDNN, RMSSD, pNN50, LF, HF, LF/HF).

По результатам анализа variability сердечного ритма у обследуемых выявлено снижение общей variability в 64 % случаев, сдвиг вагосимпатического взаимодействия в сторону симпатического звена вегетативной нервной системы — в 58 % случаев. В процессе реабилитации произошло снижение общей variability у 52 % обследуемых, сдвиг вагосимпатического взаимодействия в сторону симпатического звена вегетативной нервной системы — в 44 % случаев.

Стресс, страх, гнев, беспокойство коррелируют с пониженной variability сердечного ритма, сопровождаются активацией симпатической нервной системы и нарушением симпато-вагусного баланса. Снижение параметров variability указывает на нарушение взаимодействия вегетативной нервной и сердечно-сосудистой систем. Такая тенденция объясняет высокую вероятность развития сердечно-сосудистых расстройств, которые отмечаются у людей, испытывающих вышеуказанные психологические проблемы.

ния соматической патологии. Возможный диагноз соматоформного расстройства должен быть подтвержден, как минимум, клинико-психопатологическим и психометрическими методами.

Целью нашего исследования явилась разработка комплексного подхода к диагностике соматоформных нарушений у больных с психотическими и непсихотическими психическими расстройствами с целью изучения патогенетических механизмов соматизации и разработки комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий для психически больных с соматоформными нарушениями.

Объектом нашего наблюдения явились 57 больных, мужчин и женщин, в возрасте от 23 до 59 лет, с диагнозом соматоформное расстройство (F45 согласно критериям МКБ-10), находившихся на стационарном лечении в нашей больнице. Клиническое наблюдение и анализ анамнестических данных (не менее 2 лет) позволил выявить и описать манифестный этап соматизации у всех без исключения больных, который клинически мог быть оценен как соматоформная вегетативная дисфункция (F45.3) продолжавшийся не менее 6 месяцев, сопровождавшийся обращением к нескольким врачам соматического профиля, множественными диагностическими мероприятиями, приемом, при отсутствии абсолютных показаний, соматотропных и нейротропных препаратов. Так как описанные выше больные ранее за помощью к психиатру не обращались, то у них отмечалось усложнение симптоматики, что расценено было нами как (F45.1). Следующий этап — этап развития соматизации продолжительностью от 6 месяцев до нескольких лет. Клиническое состояние этих больных, по данным анамнеза, можно было бы оценить как недифференцированное соматоформное расстройство (F45.1). Соматизированное расстройство (F45.0), как третий этап соматизации, развивалось не ранее чем после двух лет от появления манифестных соматоформных нарушений.

Следовательно, комплексное клинико-анамнестическое исследование больных с соматизированным расстройством позволило предположить, выделить и описать этапы его развития (этапы развития соматизации) для разработки в последующем лечебно-реабилитационных программ для больных с соматоформными нарушениями различной степени выраженности.

УДК 616.89-008.441.1-07-08:615.214

Юрєва Л. Н., Мамчур А. И.*, Гуца С. И.***

**ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»;*

***КУ «Днепропетровская областная клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета» (г. Днепр)*

Некоторые особенности диагностики и клинической динамики соматоформных расстройств

Проблема диагностики и лечения соматоформных нарушений у больных с психическими и поведенческими расстройствами остается актуальной для современной медицины. Главная, и наиболее важная, на наш взгляд, стратегическая особенность заключается в принятии того, что так называемые соматические жалобы пациентов не должны восприниматься как нераспознанное или коморбидное соматическое заболевание. Естественно, что возможно это только после соответствующего обследования специалистами-психиатрами, в том числе с использованием параклинических методов, и исключе-

UDK 616.891-036.4-06:616.89-008-084-055.5/.7

Yurieva L. M., Shusterman T. Y.*, Hoholev K. V.***

**SE "Dnipropetrovsk medical Academy of Ministry of Health of Ukraine";*

***CI "Dnipropetrovsk clinical psychiatric Hospital of Dnipropetrovsk regional council" (Dnipro)*

Primary prophylaxis of psychical maladjustment in relatives of patients with the first psychotic episode

A close-knit family, sense of security, the opportunity to participate in public life, access to favorite work and meaningful employment outside, comfortable living conditions and economic prosperity, support in crisis and a sense of belonging and usefulness of the family and society — this is not a complete list of factors that enhance human mental health. All of this not only reduces vulnerability regarding mental health problems, but also reduces the likelihood of manifestation of psychical maladjustment (PM). In this regard, carrying out preventive measures regarding families of patients with mental disorders are becoming clear, the presence of a mentally ill person in the family is burdensome psychogenic fac-

tor that affects, especially in the situation of first occurrence of psychotic episode.

The study aim was to develop the program of primary prophylaxis of PM in relatives of patients with first psychotic episode (FPE).

Clinical, clinical-psychopathologic, psychological and socio-psychological characteristics of PM in 88 relatives of 55 patients with FPE were investigated, quality of life (QOL) of this contingent was assessed. With account taken of received data about features of PM and QOL of relatives of patients with FPE the following directions of primary prophylactic activities were allocated.

First of all, strengthening of mental well-being due to having access to effective programs of parental support and education, starting with pregnancy period; to science-based programs, including contributing to the development of skills and obtaining information, which focuses on issues such as psychological stability, ability to manage emotions and psychosocial interaction. To this direction ensuring access to effective measures for strengthening of mental health for high-risk groups was also referred, including those who suffer from the problems of mental health and those who care for them.

The second direction was providing an understanding of the most important role of mental health. The issue of mental health should be an integral part of public health with an evaluation of the potential actions of any new strategy on mental well-being of the population before its implementation.

We considered fight against stigmatization and discrimination as a third priority direction in primary prophylaxis. To this direction the implementation of national strategies of fighting against stigmatization and discrimination at employment of people with mental health problems was included, promotion of public participation in local programs of mental health by supporting relevant initiatives of nongovernmental organizations.

Enhancing of mental health literacy was the fourth direction of primary prophylaxis of PM. Carrying out educational home work with increased risk families for targeted promotion of positive educational skills, healthy behaviors and interactions between parents and children was actual.

As a fifth direction of primary psychoprophylaxis we have identified the access of people with mental health problems to high quality primary health care. Providing unrestricted access to all public mental health services as part of primary health care that can detect and treat mental disorders, including depression, anxiety, stress disorders is the path to prevention of PM.

Thus, program of primary prophylaxis of PM in relatives of patients with FPE was systemic, comprehensive, differential, sequential. Approbation of developed program has pointed to its sufficient efficiency and the possibility of using for relatives not only in hospital phase, but also in outpatient treatment of patients with FPE.

УДК 616.8-009-057.87:159.9

Юрченко О. С.

ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці)

Депресивні та тривожні розлади у студентів

На сьогоднішній день здобування освіти у вищих навчальних закладах можна віднести до специфічного виду

діяльності, пов'язаного з високим рівнем психічних і фізичних навантажень, що загострюються у сесійний період, у зв'язку з дефіцитом часу, необхідністю засвоювати в стислий термін великий обсяг інформації, з підвищеними вимогами до розв'язання проблемних ситуацій, твердим контролем і регламентацією режиму. На думку багатьох авторів, у періоді навчання можна виокремити три основні критичні періоди, які припадають на перший, третій і п'ятий курси (у студентів-медиків, відповідно, перший, четвертий і шостий курси).

З метою виявлення депресивних та тривожних розладів було обстежено 150 студентів-медиків. Серед обстежених: студенти I курсу — 53 особи, IV — 55 і VI — 42 студенти Буковинського державного медичного університету.

У роботі використані такі методи: шкала реактивної й особистісної тривоги Спілбергера — Ханіна й шкала депресії Зунге.

Зі студентами, що виявили завищені показники за скринінговими шкалами, проводили цілеспрямовану співбесіду, вивчали анамнез з наступним клініко-психопатологічним оціненням кожного випадку.

В результаті дослідження встановлено, що лише 15,09 % (8 осіб) обстежених на першому, 12,72 % (7 осіб) на четвертому та 14,28 % на шостому курсі показали високу емоційну стійкість. Рівень тривоги та депресії мав показники психологічної норми у 18,86 % (10 осіб), 56,36 % (31 особа) та 54,76 % (23 особи) відповідно.

У 44 студентів першого курсу (83,01 % випадків) спостерігалася лише особистісна тривога, високий та помірний рівень особистісної тривоги був виявлений у 49 студентів четвертого та 35 студентів шостого курсів — 89,09 % та 83,33 % відповідно. В інших випадках спостерігалася поєднання виразної й реактивної тривожності.

Студенти, що за скринінговими шкалами мали підвищені результати, були поділені на три групи: 1-ша група — студенти зі станом підвищеного ризику розвитку тривожних і депресивних реакцій — 13,33 % (від загальної кількості обстежених) навчалися на першому курсі, 10,66 % — на четвертому й 14,66 % — на шостому. До цієї групи увійшли студенти із підвищеними результатами за шкалами тривоги та/або депресії, проте під час обстеження у них не було виявлено виразної афективної симптоматики.

До 2-ї групи увійшли студенти з афективними розладами субклінічного рівня: 13,33 %, 18,0 % та 8,0 % відповідно на першому, четвертому, шостому курсах. У них були окремі прояви тривоги та/або депресії, які за ступенем виразності не вкладалися в клінічно окреслені психопатологічні синдроми, проте у цих студентів спостерігалось різке зниження працездатності.

Третю групу склали студенти із клінічно оформленими проявами тривоги й депресії, що відповідають стандартам МКХ-10 (легкий, помірний депресивний епізод F32.0, F32.1, генералізований тривожний розлад F41.1, змішаний тривожний і депресивний розлад F41.2). До неї увійшли 8,66 % студентів першого курсу (13 осіб), 8,0 % — четвертого (12 осіб) та 5,33 % студентів шостого курсу (8 осіб).

Отже, у значній частині студентів виявлені тривожні та/або депресивні розлади різного ступеня виразності, що потребує їхнього своєчасного розпізнання й адекватної психокорекції, психопрофілактики та терапії.

УДК 616-056.76:614.88

Богацкая Е. Д.*КУ «Областная клиническая психиатрическая больница»
Запорожского областного совета (г. Запорожье)***Медико-психологические аспекты насилия в семье**

Изнасилованиям в семье подвергаются 68 % украинских женщин (около 18 миллионов). Они страдают от домашнего насилия чаще, чем от грабежей, изнасилований и автомобильных катастроф вместе взятых. 35—50 % женщин, которые попадают в больницы с телесными травмами, — жертвы домашней тираннии. Новая подпитка домашнего насилия — «гибридная война» в Украине, возвращение домой ветеранов с неизгладимыми для психики и жизни в целом, последствиями. Проблема домашнего насилия в нашем обществе считается неприличной, почти запретной, и поэтому окружена множеством домыслов и легенд. И сейчас все случаи проявления домашнего насилия в семьях, где мужья или отцы и сыновья участвовали в военных действиях, просто замалчиваются, как «неудобная» для обсуждения тема. Привычка «не выносить сор из избы» — одна из составляющих нашего менталитета.

Насилие в семье проходит определенные циклы своего развития. В первой фазе мы наблюдали постепенный рост напряжения в виде маленьких происшествий, например, обидных слов, ревности, взрывов злости, угроз, с постепенным усилением такого поведения. Для второй фазы характерны взрывы злости с неконтролируемым нападением на жертву. После акта насилия у насильника обычно наступало отрицание этого факта, и недоверие к оценке происшедшего жертвой. Для третьей фазы («медовый месяц») было характерно спокойное поведение мужчины, который демонстрировал как нежно и любяще он относится к своей партнерше. Мужчина понимал, что «переиграл», чувствовал себя виноватым, сожалел о случившемся и желал всеми способами загладить свою вину. Но после окончания третьей фазы вновь наступала первая фаза, и цикл повторялся.

Основные формы насилия в семье были следующие: принуждение и угрозы, запугивание, эмоциональное насилие, экономическое насилие, шовинизм, использование детей, отрицание или уменьшение обвинения, использование изоляции.

Почему же женщина не прибегала к расставанию с таким партнером? В числе основных причин: 1) вера в традиционные ценности, такие как постоянство, любовь и верность в супружестве; 2) вера в то, что именно ему, а не ей нужна помощь; 3) вера в обещания партнера, в то, что он действительно изменится к лучшему; 4) убежденность в том, что если она оставит партнера, то произойдет что-то ужасное; 5) отсутствие работы, финансовая зависимость; 6) «просто некуда уйти».

Результаты, полученные нашими коллегами, а также собственный опыт свидетельствуют о том, что использование в психокоррекционной работе среди жертв, а также виновников насилия психологических техник, таких как «Внутренний диалог», «Стоп-Перерыв», составление «Плана безопасности», работа по специальной Интервенционной программе для виновников домашнего насилия в групповых психотерапевтических сессиях позволяет добиться положительных результатов.

На государственном уровне очень важно, чтобы Верховная Рада проголосовала за присоединение Украины к Стамбульской конвенции «О предотвращении насилия относительно женщин и домашнего насилия и борьбе с этими явлениями». Тогда, возможно, ситуация с проблемой домашнего насилия будет более контролируемой.

УДК 616.89:37.013.77

Борщевська А. В., Кирилюк С. С.*Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького (м. Львів)***«Епідемія» шкільної неуспішності: системний погляд***Ne noceas, si juvare non potes*

Протягом останніх років актуальними стали дискусії щодо проблем/перемог нашої системи освіти, про те, що в ній треба міняти, а що, навпаки, зберегти. З другого боку, досі відсутня державна Концепція моніторингу якості освіти. На жаль, сучасна система освіти в нашій країні передбачає недиференційований підхід до дітей, що забезпечує їм перманентний стрес у процесі навчання, який треба вирішувати не тільки зміною шкільної програми, а і глобальною зміною педагогічних технік та підходів до подачі інформації (Гольдберг К., 2016). Сучасні діти добре знають, чого вони хочуть і ще краще знають, чого вони не хочуть. Довічне дитяче питання «чому?» замінено на «для чого?», оскільки «нові» діти мають виражену вольову настанову на усвідомлені дії. Окрім цього, дітей неможливо змусити робити щось, у чому, на їхню думку, нема для них сенсу...

Згідно з даними літератури, в Україні 25—30 % дітей у початковій школі не дають раду з освоєнням соціальної ролі учня; в підлітковому віці 21 % учнів мають низький, 61 % — середній і 18 % — високий рівень адаптивної поведінки (Марцинковська І. І., 2016). Рівень шкільної неуспішності в Європі і США суттєво нижчий, лише 5—10 % дітей мають труднощі у навчанні. Поза тим, близько 5 % всіх звернень до педіатра і, як мінімум, 50 % візитів до психіатра в США пов'язані зі скаргами на шкільну неуспішність, поведінкові та емоційні проблеми у стосунках із однокласниками та вчителями. У Великобританії близько 71 % дітей із діагнозами емоційних і поведінкових розладів відчують труднощі у навчанні, 57 % учнів із шкільною неуспішністю відповідають діагностичним критеріям тих чи інших психічних розладів. «Школотоксикоз», який можна спостерігати останнім часом у українських дітей та підлітків, — це гостре отруєння від шкільного навчання через його надлишковість, недозованість та недиференційованість (Горбунова В., 2015)

Отже, нашим завданням було намагання узагальнити систему чинників, що призводять до шкільної неуспішності. В здоровому середовищі дитина може відчути себе щасливою легко та невимушено. Інші стани у дітей виникають з не меншою легкістю. Оточені тиском та конфліктами, діти важко пристосовуються до цих обставин. Як наслідок — розвиток патологічних синдромів. Про шкільну неспроможність (*school failure, learning disabilities*) частіше говорять у тих випадках, коли академічні успіхи дитини не відповідають психофізіологічно мотивованим очікуванням вчителів/батьків.

Мотивацією до досягнень та відвідування школи у дітей/підлітків є спілкування з однолітками та друзями; цікавий та доступний для сприймання навчальний процес; можливість демонструвати розум та свої досягнення. Антимотивацією є розчарування у спілкуванні з ровесниками («офірний цап»); акцентування на критиці з дорослих, гострота критики (особливо у молодшій школі); неможливість мати і, відповідно, хизуватися «крутими» забавками та речами; дитячі дефіцити (надлишкова маса тіла, окуляри тощо), які прокують кепкування та цькування однолітками.

Консультативно треба розгорнути стратегію: «що можна зробити для дитини?» Кроками до цього є відчуття сім'ї,

що вони не є «самотнім островом»; навчання батьків щодо важливості постійного пошуку діалогу з дитиною, аналізу причин проблем та допомога у їх подоланні; дозування навчання, запобігаючи «школотоксикозу»; допомога дитині самостійно оцінювати свої успіхи та досягнення, без «прив'язування» до шкільної оцінки; підтримка конструктивного ставлення до школи та поваги до вчителів. Єдиним свідченням правильності процесу навчання є щастя дитини (Монтесорі М., 1913).

УДК 613.865/.8676616.003.96-057.875

В'юн В. В.

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

Медико-психологічна підтримка лікарів-інтернів в сучасних умовах

Надання якісної медичної допомоги населенню, серед іншого, забезпечує наявність достатньої кількості висококваліфікованих кадрів. Існує широкий спектр тверджень щодо взаємозв'язку професійного рівня медичного персоналу, стану його освіченості, виявлення мотиваційної ролі освітніх процесів як регулятора підвищення якості медичної допомоги.

Нами з метою розроблення системи медико-психологічної підтримки в період професійної підготовки фахівця було проведено комплексне обстеження 256 лікарів-інтернів Харківського національного медичного університету, обох статей, у віці 23—30 років

Аналіз феномена розладів адаптації лікарів-інтернів до професійної діяльності дозволив нам виокремити основні типи дезадаптивних реакцій: астеничний, дисфоричний, антоно-апатичний, тривожно-депресивний, аддиктивний та психосоматичний.

Нами розроблено систему медико-психологічної підтримки в період професійної підготовки фахівця, що передбачає поетапне введення психотерапевтичних методик залежно від індивідуальних особливостей інтернів і змістовної частини психотерапії. До складу вищевказаної програми входять такі психотерапевтичні методики: Рациональна психотерапія (класичний варіант Дюбуа), спрямована на мобілізацію захисних сил особистості, на розкриття патогенетичної суті конфлікту, що визначає запуск реакції дезадаптації, спрямована робота з ресурсами для підвищення рівня адаптації, на регенерацію особистісної активності, нормалізацію системи емоційно-вольового реагування, зміну системи відносин, аналіз і корекція копінг-стратегій.

Особистісно-орієнтована психотерапія (Карвасарський Б. Д., Інсурина Г. Л. і Тишлаков В. А., 1994), спрямована на розкриття і перероблення внутрішнього психологічного конфлікту і корекцію неадекватних особистісних відносин.

Когнітивно-біхевіоральна психотерапія (модифікація Бека — Еліса), спрямована на формування адекватної самосвідомості, навчання аналізувати типи, стресові ситуації; складати плани діяльності з використанням правил складання афірмацій і напрацювання навичок поведінки в них. Психосвітні тренінги (Марута Н. О., Кожина Г. М., Коростій В. І.), які включали в себе використання інформаційних модулів, тренінгів позитивного самосприйняття, формування комунікативних вмінь і навичок, розв'язання проблем міжособистісної взаємодії та проблемно-орієнтованих дискусій.

У процесі роботи було використано аутогенне тренування, яке застосовувалося нами в різних модифікаціях залежно від особливостей особистісного реагування лікаря-інтерна. Зокрема, у разі домінування тривожних радикалів

ми використовували модифікацію Клейнзорге і Клумбіеса, спрямовану на непоширення тривожної симптоматики, активацію захисних психологічних механізмів; у разі яскраво вираженої астенизації застосовували психотонічний варіант Шогам А. М. — Мировського К. І., спрямований на підвищення самооцінки й адекватного сприйняття оточуючих, купірування астеничної симптоматики.

Необхідно зауважити, що ефективність психотерапевтичного впливу можлива лише в поєднанні із заходами організаційного та педагогічного плану.

Результати трьохрічного катamnестичного спостереження свідчать про високу ефективність запропонованої системи медико-психологічної підтримки. Під час її проведення реакції дезадаптації в лікарів-інтернів у період адаптації до професійної діяльності спостерігалися вірогідно рідше.

УДК 616.89 + 615.851.6 + 159.9

Вязьмітінова С. О.

Харківська медична академія післядипломної освіти

(м. Харків)

Принципи організації медико-психологічної допомоги учасникам бойових дій в санаторно-курортних умовах

Медико-психологічна реабілітація — це комплекс лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів, спрямованих на відновлення психофізіологічних функцій, оптимальної працездатності, соціальної активності осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО. Психогенні розлади у військовослужбовців займають особливе місце у зв'язку з тим, що можуть мати віддалені наслідки. Цим визначається необхідність проведення всіх можливих заходів відповідного лікування і медико-психологічної реабілітації. З метою відновлення соціальної активності, працездатності учасників бойових дій на базі санаторно-курортних закладів створюються Центри (відділення) медико-психологічної реабілітації, які є структурним підрозділом цього закладу.

Основними завданнями Центру (відділення) є :

1. Максимально можливе відновлення рівня здоров'я, рівня соціального функціонування й якості життя учасників бойових дій за допомогою лікувально-профілактичних, реабілітаційних та оздоровчих заходів.

Проведення курсового відновного лікування та реабілітації хворих за допомогою комплексу медико-психологічних, психотерапевтичних, природних, преформованих, медикаментозних та немедикаментозних заходів.

Психотерапевтична та медико-психологічна допомога особам, які постраждали внаслідок участі в АТО: психокорекція наслідків невротичних розладів, реакцій на стрес і реакцій дезадаптації.

Психотерапевтична та психологічна корекція субкомпенсованих особистісних реакцій та наслідків неврозподібних станів у хворих на органічні ураження головного мозку.

Розроблення та впровадження комплексів психологічного розвантаження для осіб, які постраждали внаслідок участі в АТО.

У Центрі (відділенні) медико-психологічної реабілітації мають бути створені всі умови для своєчасного надання висококваліфікованої спеціалізованої допомоги. Працівники Центру, тобто лікарі-психологи, лікарі-психотерапевти забезпечують застосування сучасних методів та методик діагностики, психодіагностичних, психотерапевтичних, психокорекційних, соціореабілітаційних програм.

Принципи медико-психологічної реабілітації:

1. Принцип максимального синергічного співробітництва: лікар — пацієнт — терапевтичний комплекс.
2. Багаторівневий характер саногенних заходів.
3. Сполучений характер біологічних і психологічно-орієнтованих впливів.

4. Послідовність і етапність проведення заходів.

5. Комплексний підхід для вирішення клінічних завдань, тобто сполучений послідовний вплив на всі етіопатогенетичні ланки функціональних розладів.

6. Принцип оптимальності застосування медико-психологічних, психотерапевтичних, природних, преформованих, медикаментозних і немедикаментозних факторів.

Форми та методи психотерапії:

1) Індивідуальну психотерапію проводять у формі консультування, із застосуванням прийомів раціональної, когнітивно-поведінкової психотерапії, а при значних соматовегетативних проявах — і гіпноугестивної.

2) Групову психотерапію проводять у вигляді відкритих груп.

3) На супортивному етапі доцільно використовувати техніки «якоріння», матеріально опосередкованої психотерапії, плацебо-терапії.

УДК 616.45-001/3-055.2: 616.895.8

Герасимук В. А.

*Вінницький національний медичний університет
імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)*

Характеристика сімейного функціонування жінок, чоловіки яких хворіють на шизофренію

Шизофренія є тяжким прогресивним психічним захворюванням, при якому страждає не лише хворий, але й найближчі члени його родини. Зміна звичайних характеристик колишніх відносин може бути або недовготривалою (під час гострого нападу психічного розладу), або тривалою (у разі хронічного захворювання). Коли тяжке захворювання діагностується у когось із членів родини, в ній порушується сформований гомеостаз родинної системи (ролей, меж, очікувань, бажань та сподівань). Без своєчасного втручання родинна здатність адаптуватися до вимог хвороби родича знижується, що негативно впливає на стан як психічно хворого, так і інших членів родини. Саме тому вивчення сімейного гомеостазу є необхідним задля адекватного планування заходів психосоціальної реабілітації хворих та їх сімей.

Метою нашого дослідження було вивчення взаємовпливу тривалості хвороби чоловіка на рівень сімейної адаптації у сім'ях, де проживає хворий на параноїдну шизофренію.

Для досягнення поставленої мети нами було обстежено 109 жінок, чоловіки яких хворіють на шизофренію, у віці від 22 до 55 років (середній вік — 38 років). У 33 (30,3 %) жінок основної групи немає дітей, у 51 жінки (46,8 %) — одна дитина, у 19 жінок (17,4 %) — двоє дітей, у 6 жінок (5,5 %) — троє дітей. З метою уточнення особливостей сімейної адаптації, всі жінки, чоловіки яких хворіють на шизофренію були поділені на дві групи залежно від тривалості хвороби. До першої групи (Г1) увійшли 31 жінка з тривалістю хвороби чоловіка до 5 років. Другу групу (Г2) склали 78 жінок, чоловіки яких хворіють більше 5 років.

В дослідженні використана «Шкала сімейної адаптації та згуртованості (FACES-3)», що створена Д. Х. Олсоном, Дж. Портером, І. Лаві 1985 року та адаптована М. Перре 1986 року.

Аналіз дослідження загального рівня сімейної адаптації та згуртованості залежно від тривалості хвороби

у чоловіка показав, що у жінок, чоловіки яких хворіють менше п'яти років, ці показники достовірно вищі, ніж у жінок, з тривалістю хвороби чоловіка більше п'яти років ($p < 0,001$) та складають відповідно: середні показники рівня адаптації у Г1 — $23 \pm 5,7$ бали, Г2 — $15,9 \pm 7,5$ бали; середні показники рівня згуртованості у Г1 — $30,5 \pm 11,9$, Г2 — $22,3 \pm 12,5$. Розглядаючи структуру розподілу типів адаптації, слід відзначити, що найбільше жінок Г1 мають помірні (збалансовані) типи адаптації: структурований у 32,4 % жінок, гнучкий у 22,6 % жінок. Ригідний та хаотичний типи адаптації виявлено у 16 % та 29 % жінок відповідно у Г1. У Г2 найбільша частка жінок обирає екстремальні типи адаптації: ригідний 64 %, хаотичний 18,2 %. В меншій мірі жінки цієї групи обирають збалансовані типи адаптації: структурований — 12,8 %, гнучкий — 5 % жінок. Подібна ситуація виявлена при аналізі рівнів згуртованості у Г1 та Г2. Роз'єднаний та зчеплений рівні переважали у жінок Г2 та були виявлені у 62,8 % та 5,2 % відповідно. У жінок Г1 переважали розділений (у 38,7 %) та пов'язаний (13 %) рівні згуртованості.

Отже, отримані результати свідчать про те, що тривалість хвороби чоловіка негативно впливає на функціонування сім'ї, її згуртованість та адаптацію. Сім'я, в якій чоловік хворіє на шизофренію більше п'яти років набуває дезінтегративних та реадaptивних характеристик. В ній порушується комунікація, міжособистісні взаємини, погіршуються взаєморозуміння та взаємодопомога, зростає незадоволеність дружин своїм сімейним життям. Така ситуація не є сприятливою як для розвитку шизофренії так і для подальшого розвитку сім'ї. Та потребує втручання та допомоги таким сім'ям з боку психіатрів, медичних психологів та психотерапевтів.

УДК 616.895.4-092:612.017.1.018

*Зильберблат Г. М., Иващенко В. К.,
Тимен М. Е., Иващенко Н. Е.*

КУ КОС «Областное психонаркологическое медицинское объединение» (Киевская область, Васильковский район, пгт. Глеваха)

Коммуникативная толерантность — важная составляющая в профессиональном портрете социальных работников

Начиная с 2009 года в штаты 16 психиатрических отделений мед. объединения введены должности социальных работников.

Одним из важнейших требований к личности социального работника является умение взаимодействовать с другими людьми, стремление понять и принять аргументы оппонента, то есть способность быть толерантным, даже если у него иные взгляды и позиции. Умение преодолеть раздражение, несдержанность, проявить выдержку, самоконтроль и саморегуляция, достаточная уравновешенность, предсказуемость в своих отношениях с пациентами — эти и другие качества характера создают психологически комфортную обстановку для совместной деятельности пациент — социальный работник.

В ходе исследования проверялась гипотеза: толерантность является профессионально важным свойством личности социального работника в системе реабилитации.

Для решения поставленных задач были использованы «Методика диагностики коммуникативной толерантности В. В. Бойко», «Методика исследования уровня эмпатических тенденций И. М. Юсупова», Методика К. Томаса «Стиль конфликтного поведения»; «Методика диагностики состояния агрессии Басса — Дарки».

В исследовании приняли участие 20 человек. Все — женщины, по возрасту от 20 до 50 лет, стаж работы от 1 года до 5 лет, с высшим образованием (социальным и педагогическим) — 25 %, со средним специальным (социальным и педагогическим) — 50 %, со средним специальным (медицинским) — 25 %.

Высокая степень толерантности была обнаружена у 35 % социальных работников, нормальная — у 20 %, низкая — у 45 %.

При исследовании уровня эмпатии выявлено, что у 25 % работников наблюдается высокий уровень проявления эмпатии, у 75 % — нормальный.

При исследовании взаимосвязи между проявлениями толерантности и уровнем образования выявлено, что высокая толерантность наблюдается у социальных работников с высшим (социальным и педагогическим) и средним специальным (социальным и педагогическим) образованием, низкая — у социальных работников со средним специальным медицинским образованием.

Наивысшую степень проявления толерантности имеют социальные работники, возраст которых составляет от 40 лет и выше, а стаж работы — от 2 лет и более. Низкая степень проявления толерантности у социальных работников, возраст которых составляет от 20 до 29 лет, а стаж работы — от 1 до 2 лет.

У исследуемых с высокой и нормальной степенью толерантности наблюдается тенденция к выбору стратегий «сотрудничества», «компромисса» и «избегания». Социальные работники с низкой степенью толерантности более склонны к выбору стратегии «приспособления». Они стараются не впускать пациентов в собственные чувства и эмоции, а пытаются приспособиться к ним. Такой стиль поведения является малоэффективным, поскольку работа с людьми предполагает живой эмоциональный обмен, а попытки приспособиться, «перетерпеть кого-то» приводят к эмоциональному истощению, что не помогает пациенту, а способствует быстрому выгоранию социального работника.

Анализ взаимосвязи между проявлением толерантности и проявлением агрессии у социальных работников позволил сделать вывод: всем социальным работникам присущи в той или в иной степени проявления агрессии. Социальные работники с высоким уровнем толерантности склонны к таким проявлениям агрессии, как подозрительность и чувство вины. У исследуемых с нормальным и низким уровнем толерантности добавляется вербальная агрессия. Чем выше уровень толерантности, тем меньше проявлений агрессии мы наблюдаем у социальных работников.

Всё вышеизложенное указывает на значимость отбора кандидатов на должность социального работника в психиатрической больнице.

УДК 616-057:159.96

*Кабанцева А. В., Панченко О. А.***

* *Українська інженерно-педагогічна академія (м. Харків);*

** *ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» (м. Костянтинівка)*

Психологічні чинники медико-психологічного контролю водіїв-професіоналів

Значне збільшення тяжкості наслідків дорожньо-транспортних пригод на автомобільних дорогах України та держав Європи, які, на жаль, скоєні саме українськими професійними водіями, а також те, що ці аварії частіше стали серйознішими та резонансними, з великою кількістю загиб-

лих і постраждалих, свідчить про неефективний механізм контролю стану водія та психологічне забезпечення його професійної діяльності. Особливо викликає занепокоєння недостатня підготовка до екстремальних умов, які визначені характером діяльності.

Метою дослідження стало вивчення індивідуально-психологічних, когнітивних характеристик водіїв-професіоналів.

Загальна кількість обстежених осіб — 142 водіїв-професіоналів. Середній вік — 46 ± 9 років. Середній загальний стаж водіння — $23,9 \pm 10,1$ роки. Середній стаж водіння за спеціальністю — 13,9 роки. Вибірку склали водії Державної служби з надзвичайних ситуацій України, Регіональної станції швидкої медичної допомоги, водії пасажирських транспортних засобів, а також кандидати у водії. Дослідження проводили на базі ДУ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України».

Під час обстеження у водіїв виявлені порушення як на когнітивно-пізнавальному рівні, так і на психофізіологічному, а також є певна частина респондентів з дезадаптивними властивостями особистості.

У 77,7 % респондентів визначено порушення оперативної пам'яті. Наведене відхилення перешкоджає збереженню актуальних на момент діяльності відомостей, надбанню та збереженню професійного досвіду, відтворення інформації в умовах жорстко обмеженого часу. У 55,5 % — визначено порушення короткострокової та довгострокової пам'яті, що знижує здатність зберігати всю надбану інформацію, необхідну для здійснення професійної діяльності. 27,7 % респондентів мають зниження обсягу уваги — це перешкоджає здійсненню кількох завдань одночасно. Порушення стійкості та концентрації уваги у 16,6 % — призводить до виснаження, низької продуктивності праці в умовах сильних сторонніх подразників, а також ускладнює зосередження на об'єкті діяльності, порушення переключення уваги (у 11,1 %) спричиняє труднощі у свідомій перебудові уваги з одного об'єкта на інший.

Під час дослідження психофізіологічних процесів у 43,8 % водіїв визначено зниження показників простої зорово-моторної реакції, у 66,6 % — зниження показників швидкості складної зорово-моторної реакції.

Вивчення особистісних властивостей обстежуваних показало, що дезадаптивні характеристики спостерігаються у 36,4 % вибірки. Важливим є той факт, що у 33,3 % від загальної кількості обстежених діагностовані високі показники за шкалою «Брехня», що свідчить про нещирість респондентів, небажання розкривати особливості свого характеру.

Зазначене свідчить, що особи з порушеннями розглянутих психофізіологічних та психологічних особливостей становлять групу ризику і схильні до помилкових дій, що є найбільш актуальним для критичних і аварійних ситуацій. Отже, злободенним є питання модернізації діючих вітчизняних медичних оглядів до європейських стандартів з обов'язковим урахуванням психологічного аспекту організації останнього.

УДК 159.9.018.4:616.89-008.442.6-057.875

Коваленко І. В., Лемещук М. В.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)

Когнітивно-поведінкова психотерапія перфекціонізму у молоді

В процесі розвитку суспільства ідея прагнення до досконалості була одним з рушійних мотивів і регулятивних принципів життя, уявлення про ідеал формували фундамент

світогляду і самосвідомості людини, задавали його місце і роль в соціумі, історичному процесі, в природі і світобудові загалом, визначали вектор його розвитку. Отак перфекціонізм став сформованою соціумом, значимою частиною особистості.

Сучасні дослідження вітчизняних авторів приділяють значну увагу різним аспектам феномена «перфекціонізму» особливо у молоді в процесі навчання, що надалі має значення для формування професійних властивостей. Проведені дослідження вказують на наявність значної частки студентів, що мають високий та низький рівень перфекціонізму. Вони становлять групу ризику з точки зору розвитку в подальшому негативних психоемоційних станів, тому ці студенти потребують своєчасної профілактики та корекції перфекціонізму.

Когнітивно-поведінкова модель перфекціонізму була розроблена Шафраном і співавторами (2002), щоб описати, як психопатологія може підтримуватися перфекціонізмом. На підставі клінічних спостережень ця модель пропонує когнітивно-поведінкове пояснення клінічно значущого перфекціонізму, класифікацію такої поведінки як результат емоційних порушень внаслідок «залежності самооцінки від відповідності самостійно встановленим персональним вимогам, обов'язковим стандартам і неухильного прагнення відповідати їм, як мінімум в одній значущій області, незважаючи на негативні наслідки» (Shafra et al., 2002). Ці наслідки включають емоційні (депресія і тривожність), соціальні (соціальну ізоляцію), фізіологічні (безсоння), когнітивні (труднощі з концентрацією уваги) і поведінкові (наприклад, надмірні перевірки результатів діяльності) наслідки.

Когнітивно-поведінкову програму психокорекції перфекціонізму у молоді проводять з урахуванням таких чинників: соціально-демографічні фактори, рівень та структура перфекціонізму, переважання дезадаптивного або дезадаптивного перфекціонізму, особистісні особливості, соціальна фрустрованість, дезадаптивні стани (тривожні та депресивні). Метою психокорекційної програми визначено зниження рівня та оптимізацію структури перфекціонізму (переважання адаптивного перфекціонізму), формування адекватних перфекційних стандартів щодо себе та до інших, попередження або зменшення дезадаптивних станів, підвищення самооцінки та розвиток особистісного потенціалу, розвиток здатності до цілісного сприйняття самого себе, поліпшення адаптивних можливостей та якості життя, розширення навичок ефективного спілкування, міжособистісної взаємодії та відповідної поведінки в процесі комунікації.

Проведені наукові дослідження в цій галузі та програма психокорекції перфекціонізму у молоді надали переконливі докази своєї ефективності, і цілком можуть бути використані в клінічній практиці. Дані наукових робіт свідчать про ефективність когнітивно-поведінкової психотерапії при роботі з перфекціонізмом.

шення здоров'я студентської молоді обумовлені впливом як медико-соціальних, генетичських, екологічних умов, так і змінами психологічного фону достатньо великого числа людей в зв'язі з екстремальною ситуацією в країні, виниклою в результаті бойових дій в зоні АТО.

Среди учащихся вузов студенты, проживавшие в зоне АТО до начала боевых действий, занимают особое место. Высокий уровень психоэмоционального напряжения способствует формированию дезадаптивных нарушений у студентов.

В связи с чрезвычайной ситуацией на Востоке Украины, одним из направлений работы Центра психического здоровья студенческой молодежи (Центр) стало предоставление помощи подросткам и молодежи из числа временно перемещенных лиц. Изменился характер жалоб, а именно: увеличилось число обращений в связи с тревожными состояниями, возросло количество студентов, замкнутых в себе, у которых на фоне выраженного ощущения тревоги отмечаются проявления агрессии. У значительной части обратившихся чувство неуверенности и обеспокоенности в завтрашнем дне сочетается с выраженными переживаниями за близких, которые продолжают находиться в зоне АТО.

Для оценки уровня тревожности использовали методику измерения уровня тревожности «Личностная шкала проявления тревоги» (Дж. Тейлор, адаптация В. Г. Норакидзе) с учетом демонстративности и неискренности в ответах. Для изучения социальных особенностей временно перемещенных лиц (студентов) была разработана специальная мини-анкета, которая включала пол, возраст, место жительства, жалобы.

Нами обследовано 40 студентов в возрасте 17—24 лет, было выделено две группы из них: в 1-ю группу вошли 20 человек, самостоятельно обратившихся за психологической помощью в Центр; 2-ю группу составили 20 человек, направленных врачами.

При сравнении двух групп, анализ частоты жалоб показал, что в 1 группе, по сравнению со 2 группой, наиболее часто встречались жалобы, связанные с состоянием здоровья: сниженное настроение (1 группа — 85,00 ± 7,98 %, 2 группа — 45,00 ± 11,12 %); тревожность (1 группа — 65,00 ± 10,67 %, 2 группа — 40,00 ± 10,95 %); депрессивное состояние (1 группа — 70,00 ± 10,25 %, 2 группа — 15,00 ± 7,98 %); нарушение сна (1 группа 35,00 ± 10,67 %, 2 группа — 10,00 ± 6,71 %); вредные привычки (1 группа 10,00 ± 6,71 %, 2 группа — 0 %).

Анализ результатов психологического тестирования двух групп показывает, что в обеих группах студенты имеют повышенный уровень тревоги. Очень высокий уровень тревоги не выявлен ни в одной из групп. Высокий уровень тревоги в 1 группе — у 65,00 ± 10,67 %, а во 2 группе — у 35,00 ± 10,67 %. Средний с тенденцией к высокому в 1 и 2 группах — 25,00 ± 9,68 %. Средний уровень с тенденцией к низкому — в 1 группе 10,00 ± 6,71 %, а во 2 группе — 40,00 ± 10,95 %. Низкий уровень тревожности отсутствовал у обследованных. В обеих группах выявлены признаки невротических состояний: 1 группа — 100 %; 2 группа — 85,00 ± 7,98 %. Это свидетельствует о необходимости проведения психологического сопровождения на период обучения в вузе.

Результаты обследования позволили оптимизировать проведение медико-психологической реабилитации и оздоровительных мероприятий, направленных на восстановление психофизиологических функций временно перемещенных лиц.

УДК 616.895.4-092:612.017.1.018

Лобунец А. Ю., Демченко О. А.

*КУОЗ «Харьковская городская студенческая больница»
Центр психического здоровья студенческой молодежи
(г. Харьков)*

**Психологические особенности студентов,
проживавших в зоне АТО, и организация
медико-психологической реабилитации**

Проблема здоровья лиц молодого возраста названа одним из приоритетных направлений деятельности ВОЗ в XXI столетии. Негативные тенденции относительно ухуд-

УДК 37.015.3+004.738.5+159.922.2+159.9.019.4-053.6

Прокопович Є. М., Пільгук Н. М.
Київський національний університет
імені Тараса Шевченка (м. Київ)
Психологічні чинники запобігання
Інтернет-залежності підлітків

Інтернет-залежність становить особистісну характеристику як сукупність когнітивних, емоційних та фізіологічних порушень, які виявляються у поведінці, вказуючи на те, що у індивіда відсутній контроль над застосуванням Інтернету, він не в змозі припинити цей процес, значний час далі перебуває у віртуально-інформаційному середовищі, незважаючи на негативні наслідки. Показники, що констатують наявність Інтернет-залежної поведінки, виокремлюються у клінічному, психологічному та соціально-психологічному аспектах. На ґрунті їх вивчення запропоновані такі критерії Інтернет-залежності: домінантність, толерантність, компульсивність, синдром «відміни», соціальна дезадаптація.

Визначено, що основні фактори Інтернет-залежної поведінки поділяються на психологічні (безмежна можливість створювати нові образи власного «Я» та вербалізації уявлень і фантазій, порушення психофізіологічного стану, можлива загроза виникнення психічних розладів і суїцидальної поведінки); соціально-психологічні (потужне розширення меж спілкування особистості; легкість знаходження однодумців і емоційно близьких людей, задоволення потреби в належності до соціальної групи та визнання; можливість відійти від реальності); соціальні (існування сучасної людини в інформаційно насиченому середовищі; агресивність подання інформації у ЗМІ, поява нових засобів впливу на свідомість, ослаблення найважливіших соціокультурних інститутів, відсутність реально діючих соціальних програм психогігієни та психопрофілактики).

Результати констатувального експерименту виявили, що в групі підлітків з високим рівнем Інтернет-залежності кількість осіб чоловічої статі майже на третину перевищує кількість осіб жіночої. Подібний феномен можна пояснити гендерними стереотипами, специфічними для нашої країни, зокрема невираженою реакцією емансипації, недостатнім усвідомленням чоловіками своєї ролі як гендерної самоідентифікації та гіпомаскуліною поведінкою жінок в реальному житті.

Визначені основні типи поведінки підлітків в мережі Інтернет: obsesивно-пошуковий тип (спрямований на безпредметний пошук нової інформації, без прагнення отримати результат); компенсаторний тип (спрямований на компенсацію потреби у спілкуванні); емоційно-залежний тип (орієнтований на перебування в мережі Інтернет для підтримки бажаного рівня психічної активності та регулювання емоційного стану); комунікативний тип (спрямований на урізноманітнення спілкування як необхідну умову прискорення реальної комунікації); кіберсексуальний тип (зумовлений пошуком в Інтернеті сексуальної інформації).

Емпіричне дослідження виявило, що високий рівень Інтернет-залежності у підлітковому віці корелює з такими індивідуально-психологічними особливостями як-от занижена самооцінка; суб'єктивне відчуття самотності; наявність симптомокомплексу алекситимії, депресивного стану; схильність до зловживання психоактивними речовинами; зниження організаторських та комунікативних здібностей; вираженість акцентуацій характеру (переважно — гіпертимна, шизоїдна, нестійка), а також поява соціальної дез-

адаптації. Мікросоціальні чинники високого рівня Інтернет-залежності пов'язані з порушеннями міжособистісної взаємодії з батьками, вчителями, однолітками. Стимулами, що провокують занурення підлітків у світ віртуальних подій, є неможливість задоволення основних потреб молодшої людини у визнанні, повазі, любові з боку близького оточення; заборона бажаного, перешкоди на шляху досягнення мети; образи, обман; невміння або небажання відповідати за свої слова, дії, вчинки у реальному житті.

У процесі формувального експерименту підтверджено доцільність впровадження у психолого-педагогічну практику програми запобігання Інтернет-залежної поведінки підлітків, яка містить такі напрями: 1) розвиток особистісної та комунікативної сфери підлітків (групова дискусія, психомалюнок, рольова гра, психодрама, методи невербальної взаємодії); 2) засвоєння батьками та вчителями теоретичних основ Інтернет-залежної поведінки з розглядом основних ознак, симптомів, мотивів, динаміки розвитку аддиктивного процесу та наслідків (бесіди, лекції, консультації); 3) впровадження в діяльність шкільної психологічної служби програми попередження Інтернет-залежної поведінки підлітків.

УДК 616.831-036.66:159.96:001.8

Радченко С. М.; Панченко О. А.***
**ГУ «Научно-практический медицинский*
реабилитационно-диагностический центр
МЗ Украины» (г. Константиновка);
***Всеукраинская профессиональная*
психиатрическая лига (г. Киев)

Иновационные методы медико-психологического контроля в нейрореабилитации

Цель работы: установить критерии связи между физическим состоянием и результатами психологического тестирования.

Исследования проводили у лиц, проходивших обследование и реабилитацию в ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины».

Обследовано 200 человек в возрасте от 20 до 55 лет с различным физическим и психологическим состоянием (тревога), которые были разделены на три группы. В I (контрольную) группу вошли 50 человек в возрасте 28—52 лет, у которых состояние физическое и психологическое было в пределах нормы. Во II группу — 72 человека в возрасте 31—53 лет с изменением психологического состояния, а в III — 78 человек в возрасте 30—55 лет, с изменением и психологического, и физического состояния.

Для анализа связи физического состояния пациентов и результатов психологического тестирования был использован метод нейросетевого моделирования. В качестве факторных признаков при построении исходной модели были использованы показатели психотестов и EN-Tree M (всего 63 признака).

На первом этапе исследования была построена модель прогнозирования на основании всех 63 признаков. При оптимизации порога принятия решения модели было получено значение $Y_{crit} = 0,44$. В случае, когда в результате расчетов в рамках построенной модели получали значение $Y > 0,44$, прогнозировалась патология, в противном случае — норма.

Чувствительность модели на обучающем множестве составила 74,3 % (ДИ 58,1 % — 87,6 %), специфичность — 78,6 % (ДИ 70,1 % — 86,1 %). На тестовом множестве

чувствительность модели была 50,0 % (ДИ 12,9 % — 87,1 %), специфичность — 78,1 % (ДИ 61,7 % — 90,9 %).

Для выявления факторов, в наибольшей степени связанных с патологией, был проведен отбор наиболее значимых признаков. Для проведения отбора использовали метод пошагового исключения. В результате было отобрано 2 признака: шкала психопатизации (X_7) и работоспособность мышц (X_{36}).

Была построена модель прогнозирования. После обучения модели была проведена оптимизация порога принятия/отвержения. Получено значение $Y_{crit} = 0,809$. В случае, когда в результате расчетов в рамках построенной модели получали значение $Y > 0,809$ прогнозировалась патология, в противном случае — норма. Чувствительность модели на обучающем множестве составила 74,3 % (ДИ 58,1 % — 87,6 %), специфичность — 74,8 % (ДИ 65,8 % — 82,7 %). На тестовом множестве чувствительность модели составила 75,0 % (ДИ 34,8 % — 98,9 %), специфичность — 71,9 % (ДИ 54,6 % — 86,3 %).

При этом уменьшение количества прогнозирующих признаков от 63 до 2 не привело к снижению качества прогнозирования ($p > 0,7$), что указывает на значимость отобранных переменных.

Для выявления значимости влияния факторных признаков была построена логистическая регрессионная модель, модель адекватна ($p < 0,001$ по критерию χ^2).

Из анализа модели и результатов анализа логистической регрессионной модели следует, что увеличение показателя шкалы работоспособность мышц (X_{36}) связывается с уменьшением ($p < 0,05$) шанса отнесения (ОШ) к группе патологии (на каждую единицу увеличения показателя ОШ = 0,92 (95 % ДИ 0,87—0,97), для показателя же психопатизации (X_7) — наоборот, увеличением его значения связывается с увеличением ($p < 0,05$) шанса отнесения к группе патологии (на каждую единицу увеличения показателя ОШ = 1,13 (95 % ДИ 1,07—1,19)).

Полученные данные позволяют проводить прогнозирование патологии мышечного тонуса через призму работоспособности в зависимости от психологического состояния.

УДК 616.89-008.454-053.2/5

Рябокоть Н. О.

*ДУ «Институт охорони здоров'я дітей та підлітків
НАМН України» (м. Харків);*

КУ «Сумська обласна дитяча клінічна лікарня» (м. Суми)

Сучасний підхід до організації медично-психологічного супроводу дітей з тривожно-депресивними розладами

Протягом останнього десятиріччя в структурі психіатричної захворюваності спостерігається неухильне збільшення невротичних розладів із тривожною та депресивною симптоматикою (Марута Н. О., 2012). Депресія, тривога та змішаний тривожно-депресивний розлад (ТДР) є актуальними проблемами сучасної дитячої психіатрії (Михайлова Е. А., Проскуріна Т. Ю., 2015). Депресивні та тривожні розлади у дітей несприятливо впливають на перебіг і прогноз коморбідних соматичних захворювань, а також якість життя пацієнтів (Михайлов Б. В., 2010).

Мета дослідження — розроблення моделі профілактики, ранньої діагностики та реабілітації дітей з тривожно-депресивними розладами.

Обстежено 547 дітей віком 6—14 років, які перебували на лікуванні у соматичних відділеннях, та 114 дітей — у пси-

хоневрологічному відділенні Сумської обласної дитячої клінічної лікарні, а також 997 дітей, які звернулися на амбулаторний прийом до дитячого психіатра Сумського обласного клінічного психоневрологічного диспансеру. Діагностику ТДР проводили за критеріями МКХ-10. Застосовували клініко-психопатологічний, соматоневрологічний, патопсихологічний методи, а також соціально-психологічне інтерв'ювання та анкетування.

Серед обстежених дітей з соматичною патологією ТДР виявлені у 52,7 % випадків. Найчастіше ТДР спостерігається у дітей з хворобами органів дихання — (60,6 % випадків) та органів травлення — (59,6 % випадків). У дітей з патологією системи кровообігу ТДР зафіксовані у 55,8 % випадків, з ендокринними захворюваннями — у 54,5 % випадків, з хворобами сечостатевої системи — у 27 % випадків. Серед пацієнтів психоневрологічного відділення ТДР виявлені у 47,4 % випадків. У дітей, які звернулися на амбулаторний прийом до дитячого психіатра, симптоми тривоги та депресії зафіксовані лише в 1 % випадків. Встановлено, що діти з ТДР у 100 % випадків перебували під наглядом лікарів первинної медичної ланки з соматичною патологією, проте ТДР у них не був діагностований. Після лікування у соматичному стаціонарі 64 % дітей з ТДР протягом року 2—3 рази повторно лікувалися у відділеннях з тими самими скаргами.

Дослідженням доведено, що 100 % батьків дітей з ТДР не звертали уваги на стан підвищеної тривожності та депресивні симптоми у дитини. Порушення емоційного стану та фізичні скарги вони пов'язували переважно з наявними у дитини соматичними захворюваннями.

Розроблена та апробована модель медично-психологічного супроводу дітей з ТДР. Модель включає скринінг невротичних розладів на первинному рівні надання медичної допомоги (скарги спектра тривоги та депресії), з'ясування причинних факторів, мікросоціального клімату в сім'ї, психоосвіту батьків та дітей (інформування щодо факторів формування, перебігу та лікування ТДР), психологічне консультування, психологічну корекцію (арт-терапія, ігрова терапія, казкотерапія, спрямовані на редукацію тривоги та страхів), раціональну (роз'яснювальну), когнітивно-поведінкову (планування діяльності, релаксація, розпізнавання неадаптивного мислення) та сімейну психотерапію (спрямовану на усунення сімейних конфліктів, неадекватних форм реагування, спілкування та поведінки членів сім'ї) курсами по 10—12 сеансів.

Діти з ТДР ($n = 160$) поділені на дві групи. У лікуванні дітей першої групи ($n = 125$) застосована модель медично-психологічного супроводу, діти з другої групи ($n = 35$) отримували лише фармакотерапію: нейропротектори, седативні та вегетостабілізуючі засоби (тенотен, гліцин, гліцисед, ново-пасит, седасен) без застосування психотерапії, психокорекції та сімейного супроводу (консультування, інформування та корекція порушених сімейних стосунків).

Встановлено, що лікування дітей першої групи в 100 % випадків призвело до зменшення дистресу, покращання стану в короткі терміни, тривалої ремісії як ТДР, так і соматичного захворювання. Лікування дітей другої групи було недостатньо ефективним, через 4—6 місяців їхній стан знову погіршився до попереднього рівня.

Результати цього дослідження диктують необхідність впровадження моделі медично-психологічного супроводу в реабілітацію дітей з ТДР на етапі первинної медичної допомоги. Застосування моделі сприятиме профілактиці важких резистентних форм тривоги й депресії у дітей та превенції їх психосоціальної дезадаптації.

УДК 616.831:616.89-07-036.66

*Сердюк І. О.**, *Панченко О. А.***** ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України» (м. Костянтинівка);**** Всеукраїнська професійна психіатрична ліга (м. Київ)***Психодіагностичні методи в оцінці динаміки нейрореабілітації**

Особливості перебігу психічних процесів та особистісні характеристики людини суттєво впливають на рівень розладів життєдіяльності, а також на ефективність терапії і реабілітації, що проводиться при неврологічних розладах. На підставі вищесказаного, психологічне обстеження пацієнтів відділення нейрофізіології та нейрореабілітації, має велике значення.

Крім того, для одужання та подолання соціальних обмежень, які створюють труднощі повернення пацієнта до праці та соціуму, важливими є настанови та переконання.

До основних психологічних факторів, що негативно впливають на процес одужання та відновлення адаптації, належать: тривожні та депресивні стани; відсутність настанови на одужання та повернення до праці; загальне зниження пізнавальних здібностей; неадекватна «внутрішня картина хвороби»; низька самооцінка; пасивність під час виконання рекомендацій лікарів та реабілітологів.

Завданням психологічного обстеження в нейрореабілітації є дослідження когнітивної та емоційно-вольової сфери людини, а саме:

- характеристик пам'яті;
- характеристик уваги;
- рівня самооцінки самопочуття, активності, настрою;
- особливостей емоційного стану;
- рівня нервово-психічного напруження;
- типу ставлення до хвороби;
- вивчення ефективності медико-психологічної реабілітації;
- визначення галузей трудової діяльності, оптимальних для особистості пацієнта чи інваліда.

Перші шість завдань мають вирішуватися при надходженні хворого на реабілітаційне лікування для визначення потреби психологічної допомоги. Два останні завдання вирішують на завершальному етапі нейрореабілітації.

Результати психодіагностичних досліджень можуть бути використані для оцінки ефективності реабілітації, яка проводиться, а також під час профконсультації щодо вибору тієї професійної діяльності, до якої найкраще адаптований пацієнт.

Якщо за результатами психодіагностики виникає потреба отримати більш розгорнуту інформацію про стан та особливості особистості пацієнта, таку інформацію дає комплексне клініко-психологічне обстеження з використанням декількох методик, що взаємно доповнюють одна одну, та вибір яких здійснює психолог на підставі зібраної інформації.

УДК 159.922.76:376.36

*Шавліс Н. А.**Миколаївський національний університет імені В. О. Сухомлинського (м. Миколаїв)***Психологічні методи роботи з дітьми з різними формами мовленнєвої патології**

В останні роки відзначається збільшення кількості дітей з різними формами мовних порушень, відповідно, виникає

необхідність пошуку найбільш ефективного шляху корекції і навчання дітей цієї категорії. На жаль, знань психолога і можливостей логопеда іноді недостатньо для позитивної динаміки мовного розвитку дітей.

Мовне недорозвинення може виникнути з різних обставин, серед них особливу увагу приділяють психофізіологічним: порушення зорового і слухового аналізатора, рухових функцій.

Розвиток мови прямо пов'язаний з розвитком таких психічних процесів як мислення, пам'ять, увага, емоції.

Для розвитку мовлення необхідно формування потреби в спілкуванні через діяльність з предметами навколишнього світу. В основі всього вербального розвитку дитини лежить комунікативна функція мови.

У дітей з цією патологією працездатність знижена, підвищена виснаженість і стомлюваність. Ми звернули увагу на те, що використання в корекційній роботі тварин запобігає швидке стомлення дітей, підтримує пізнавальну активність, поліпшує ефективність психологічної та логопедичної роботи загалом. Анімалотерапія дозволяє привнести ефект емоційності в заняття, підвищити мотиваційну активність дитини, сприяє більш міцному зв'язку між психологом і батьками.

Метою застосування анімалотерапії в роботі психолога з дітьми з різними формами мовних порушень, відповідно, є вдосконалення корекційного процесу.

Основні методи психологічної корекційної роботи

Перший етап. Запорука успіху в корекційній програмі — доброзичливі стосунки з дитиною та її батьками. Проводимо діагностику дітей з різними формами мовних порушень, щоб визначити — якого роду патологія: ендогенна або екзогенна, вивчаємо особливості поведінки, рівень когнітивної сфери, а також психоемоційний стан дитини. Діючи відповідно до отриманого результату, ми вибудовуємо план роботи і розробляємо корекційну програму індивідуально для кожної дитини, відповідно віковій категорії.

Другим етапом нашої роботи є безпосередньо психологічна корекція, в якій ми використовуємо різні методи, як-от арт-терапія, казкотерапія, ігрова терапія, психогімнастика і релаксація, анімалотерапія. Ці методи дозволяють зняти психологічні блоки, які спричиняють м'язові затиски і спазми, особливо в ділянці обличчя, ший та кистей рук.

У нашій корекційній програмі, завдяки анімалотерапії, ми використовуємо чергування розумової та фізичної діяльності, кількість пропонованого матеріалу дозована, що в свою чергу уповільнює процес настання втоми, позитивно позначається на психоемоційному стані дитини. Присутність тварин активізує пізнавальну діяльність дитини, сприяє розвитку усного та писемного мовлення, формує потрібні комунікативні навички.

Необхідною умовою корекції є відповідний вплив на мотиваційну сферу дитини. Важливу роль виконують стимули, які можуть бути найрізноманітнішими: вербальними, невербальними, харчовими, матеріальними, тактильними. Постійне заохочення за найменші успіхи, своєчасна і тактична допомога кожній дитині розвиває в неї віру у власні сили і можливості, підвищує самооцінку.

Третій етап, завершальний — перенесення отриманого досвіду в подібну ситуацію, повторна психодіагностика, оцінка динаміки, рекомендації батькам з приводу подальших заходів в роботі з дитиною.

УДК616.85-039:591.139-005

*Шестопалова Л. Ф., Марута О. С.**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології»
НАМН України (м. Харків)***Типологічна класифікація суб'єктивної картини
життєвого шляху у хворих на різні форми
невротичних розладів**

Виклики повсякденного буття сучасної людини, високі соціально-стресові навантаження пред'являють особливі вимоги до індивідуального особистісно-адаптаційного ресурсу і можуть сприяти формуванню широкого спектра пограничних психічних розладів, зокрема невротичного регістру (Максименко С. Д., 2014). Незважаючи на широкий спектр наукових підходів до вивчення чинників і механізмів невротогенезу, в цей час відсутні систематизовані уявлення про особливості суб'єктивної оцінки життєвого шляху у хворих з невротичною патологією.

Вищевикладене визначило мету цього дослідження — вивчити особливості сприйняття подій життєвого шляху (ЖШ) хворими з різними формами невротичних розладів та на її ґрунті розробити типологію суб'єктивної картини життєвого шляху (СКЖШ). Як інструмент дослідження застосовували методику «Психологічна автобіографія» (Бурлачук Л. Ф., Коржова Е. Ю., 1998).

Було обстежено 115 хворих на невротичні розлади, з них 40 — хворих на неврастенію (F48), 35 — на тривожно-фобічні розлади (F40, F41), 40 — на дисоціативні розлади (F44). Контрольну групу склали 40 здорових осіб без ознак невротичної патології.

Було показано, що сумарна кількість життєвих подій у пацієнтів з невротичними розладами ($14,02 \pm 1,36$) виявилася достовірно нижчою за аналогічний показник в контрольній групі ($18,20 \pm 1,83$, $p < 0,005$). При цьому максимальне значення цього показника було виявлено у пацієнтів з дисоціативними розладами ($17,44 \pm 2,07$, $p < 0,05$).

Середній час антиципації подій в основній групі становить $6,65 \pm 1,40$ роки, що достовірно нижче, ніж показник контрольної групи ($9,23 \pm 2,43$, $p < 0,05$). Водночас, середній показник ретроспекції подій у цих пацієнтів ($11,18 \pm 1,83$) також поступається показнику у здорових ($17,54 \pm 3,16$, $p < 0,05$).

Вивчення часової структури подій у пацієнтів з невротичними розладами показало, що в цілому для них характерне переважання минулих подій ($63,03 \pm 2,06$ %) над очікуваними в майбутньому ($36,97 \pm 0,93$ %, $p < 0,005$) в загальній структурі подієвого ряду, за винятком хворих на дисоціативні розлади. При цьому минулі позитивні події були більш актуальні для пацієнтів з неврастенією і тривожно-фобічними розладами, а майбутні негативні — для хворих на дисоціативні та тривожно-фобічні розлади ($p < 0,05$).

Розроблення типологічної класифікації моделей СКЖШ базувалося на таких основних критеріях: насиченість подієвого поля, орієнтація на минулі або майбутні події і схильність до фіксації на позитивних або негативних подіях.

Створена нами типологічна класифікація складається з 8 типів СКЖШ. До найбільш поширених типів при невротичних розладах належать такі типи СКЖШ: пасивний, з орієнтацією на негативні минулі події — 28,7 %, активний, фіксований на майбутніх негативних подіях — 23,5 % і пасивний, з фіксацією на позитивному минулому — 20,9 %. Рідше в цій групі спостерігалися типи СКЖШ, як-от пасивний, орієнтований на негативне майбутнє — 13,0 %, ППМа — 8,6 % і активний, з орієнтацією на минулі негативні події — 5,2 %.

Типологічна структура СКЖШ в контрольній групі була представлена чотирма типами, з яких найчастішим був активний, з орієнтацією на позитивні події в майбутньому (45 %), а найрідшим — пасивний, орієнтований на позитивне майбутнє (10 %, $p < 0,005$).

При дисоціативних розладах частіше за інших виявлявся тип активний, фіксований на майбутніх негативних подіях (67,5 %, $p < 0,005$), у 17,5 % — тип пасивний, з орієнтацією на негативні минулі події, у 15,0 % — тип активний, з орієнтацією на минулі негативні події. У пацієнтів з тривожно-фобічними розладами домінував тип СКЖШ пасивний, з орієнтацією на негативні минулі події (60,0 %, $p < 0,005$), у 28,6 % реєструвався пасивний, орієнтований на позитивне майбутнє, у 11,4 % — пасивний, орієнтований на негативне майбутнє.

У хворих на неврастенію переважав пасивний тип, з фіксацією на позитивному минулому (60,0 %, $p < 0,005$), у 27,5 % реєструвався пасивний, орієнтований на негативне майбутнє, у 12,5 % — пасивний, з орієнтацією на негативні минулі події.

УДК 616.89-008.442-06:616.89-008.485-055.1]:615.851

Андрух П. Г.¹, Андрух Г. П.¹, Добростомат У. Н.²¹Харьковская медицинская академия
последипломного образования;²Харьковская городская клиническая больница
скорой и неотложной медицинской помощи
имени проф. А. И. Мещанинова (г. Харьков)**Психотерапия и реабилитация расстройств
эмоциональной сферы и сопряженных расстройств
у пациентов с зависимостью от психоактивных
веществ**

В целом общая психопатология наркоманий изучена, недостаточным остаётся изучение некоторых «сферных» расстройств, прежде всего эмоциональных, поскольку среди мотиваций к употреблению психоактивных веществ (ПАВ) гедонистическая мотивация играет ведущую роль уже в силу существования потребностного цикла с гедоническим компонентом. То же справедливо и в отношении подражательной мотивации (и, отчасти, в отношении мотивации атарактической), поскольку именно на представлении о переживании этого гедонического компонента строится, в данном случае, наркотическая инициация. Современные исследования показывают, что в Украине и в мире наблюдается тотальное увеличение количества лиц, страдающих зависимостью от различных видов психоактивных веществ, и эти тенденции носят перманентный характер.

Выявление ведущего этиопатогенетического звена подобного плана является необходимым для целей последующей психотерапии и реабилитации. Психотерапевтические стратегии, которые используют в терапии эмоциональных нарушений вследствие употребления ПАВ, могут иметь конфронтрующий, индифферентный или синтонный характер.

Анализ результатов проведённых исследований в совокупности с данными контент-анализа специальной литературы позволил выделить ряд сущностных позиций, подлежащих компаративному анализу по различным видам зависимости от ПАВ. Эти позиции касались нарушений в эмоциональной сфере и сопряжённых расстройств. Объединение нарушений и расстройств из различных психических сфер носит концептуальный характер и продиктовано требованиями клинической практики, поскольку изолированных эмоциональных расстройств в чистом виде при зависимостях не встречается. В силу этого при оценке психопатологического влияния каждого ПАВ необходимо выделять не только характер эмоциональных изменений и нарушений, но также характер расстройств восприятия, изменения мышления и форму и глубину нарушения сознания.

Нами было введено понятие «гомеостатического плато», медико-психологический смысл которого состоит в отражении скорости формирования зависимости (а именно — инсталляции наркотика и его метаболитов в метаболический цикл человека). Фактически речь идёт о медико-психологической плоскости рассмотрения понятия зависимости с позиций представлений об эмоциональном гомеостазе с учётом гедонистического компонента. Под эмоциональным гомеостазом понимается постоянный уровень эмоций (эмоциональный фон), присущий человеку в его обычном бодрствующем состоянии и определяющий психосоматическое состояние «нормы» при взаимодействии данного человека с окружением. При зависимости от ПАВ состояние эмоционального гомеостаза нарушается: с одной стороны, формируется постоянное побуждение к повторению опыта

эмоционального удовольствия, эйфории, с другой — стремление вернуться к обычному уровню эмоционального равновесия.

В результате употребления различных видов ПАВ формируются четыре сложно организованных и иерархически подчинённых вектора: вектор первый (*экзогенный*) — эйфория различной структуры и частоты возникновения в результате применения наркотического средства; вектор второй (*семиотический*) — функциональные эмоциональные нарушения; вектор третий (*патоперсоналогический*) — специфическая эмоциональная дефицитарность; вектор четвёртый (*динамический*) — интронизация эмоциональных переживаний.

К выявленным особенностям *эмоциогенеза* у лиц с зависимостью от ПАВ относятся: у лиц с зависимостью от алкоголя — сохранность основных процессов и стадий эмоциогенеза; у лиц с зависимостью от опиоидов — нарушения основных процессов и относительная сохранность стадий эмоциогенеза; у лиц с зависимостью от психостимуляторов — нарушения основных процессов и стадий эмоциогенеза.

Установлено, что психотерапия лиц с зависимостью от ПАВ должна базироваться на тщательном анализе выявленных клиничко-психопатологических и медико-психологических характеристик эмоциональных нарушений и сопряжённых расстройств, специфики патоперсоналогии и особенностей эмоциогенеза. Облигатным является учёт особенностей психофеноменологического статуса пациента. Проведённые исследования показали, что клиничко-психопатологическая характеристика лиц с зависимостью от ПАВ различается при употреблении различных форм последних.

На основании результатов исследований были разработаны следующие принципы *психотерапии* — эмотивности; стрессорности; интрузивности; конгруэнтности; нарастающей массивности; полифокальности; мультиобъектности; социометричности.

УДК 616.89-008.442-06:616.89

Андрух П. Г.¹, Андрух Г. П.¹, Добростомат У. Н.²¹Харьковская медицинская академия
последипломного образования;²Харьковская городская клиническая больница
скорой и неотложной медицинской помощи
имени проф. А. И. Мещанинова (г. Харьков)**Созависимость в семьях лиц
с зависимостью от психоактивных веществ**

Принято считать, что созависимость родственников препятствует выздоровлению лица с зависимостью от психоактивного вещества (ПАВ), то есть служит фактором подкрепления и воспроизводства, а иногда и провокации аддиктивного поведения. В настоящее время в числе значимых и производящих факторов наркотического дебюта и наркотизации особая роль отводится отношениям созависимости, под которой понимается специфическое состояние, характеризующееся сильной поглощённостью и озабоченностью другим человеком, а также крайней зависимостью (эмоциональной, социальной, а иногда и физической) от него. Считается, что созависимыми являются: 1) лица, находящиеся в браке или близких отношениях с большим, зависимым от ПАВ; 2) лица, имеющие одного или обоих родителей

УДК 616.89-008.441.13-07-08-092-037

Артемчук А. П., Гольцова С. В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)**Ідентифікація провідних професійних груп осіб, залежних від алкоголю, з урахуванням їх представленості серед загальної кількості працюючих, в Харківській області**

с зависимостью от ПАВ; 3) лица, выросшие в эмоционально-репрессивных семьях.

Специфическими симптомами созависимости при этом выступают — трансформация чувства собственного достоинства в стремление (или воображаемую способность) контролировать свои и чужие чувства и поступки, несмотря на предшествующий негативный опыт (или прямо противоположные результаты); убежденность в своей способности оказывать значительное влияние на другого человека, несмотря на повторяющиеся неудачи и связанные с этим страдания; удовлетворение чужих потребностей путём, который делает невозможным удовлетворение собственных потребностей; нарушение системы допустимых границ, как в ситуациях интимности, так и одиночества; продолжение связи с человеком с личностными проблемами (зависимость от ПАВ, болезненная импульсивность и пр.); крайне болезненные и тягостные эмоциональные переживания или потеря эмоциональной чувствительности на протяжении как минимум двух лет без обращения за помощью к иным лицам или специалистам.

Обследованию подлежали 450 лиц, страдавших зависимостью от различных видов ПАВ. Нами использовался специально разработанный для целей настоящего исследования вариант геносоциогаммы, названный геноэмоциогамма, основной направленностью которого является выявление эмоционально значимых моментов, событий и связей в жизни семьи в их связи с факторами наркотизации и формированием «наркоманической личности». В отличие от геносоциогаммы, в геноэмоциогамме многие статусно-ролевые моменты семейной истории подверглись элиминации, а преобладающее место занял именно эмоциональный контекст отношений. Эти условия уровни можно разделить на облигатные (указаны в хронологическом порядке): эмоциональная вовлечённость (первый); вовлечённость с попытками управления и контроля (второй); модификации поведения (третий), и факультативные (возникающие в результате коллапса защитных механизмов) — вовлечение в химическую зависимость.

Таким образом, в результате проведённых исследований с помощью разработанного метода геноэмоциогаммы были выявлены внутрисемейные факторы и детерминанты формирования созависимости дифференцированно по различным видам ПАВ, и предложена иерархическая структура отношений созависимости, которую необходимо учитывать при создании систем и моделей психотерапии и реабилитации наркозависимых.

Анализ результатов проведённых нами исследований показал, что акцент в случае формирования созависимости в семьях лиц с зависимостью от ПАВ надлежит делать на следующих позициях: вектор; форма; уровень. По первой позиции на геноэмоциогаммах было выявлено существование горизонтального и вертикального векторов с различными вариациями (при участии в отношениях созависимости лиц старших поколений). По второй позиции были выявлены такие формы отношений созависимости, как контролирующая гиперпротекция; потокающая гиперпротекция; запрещающая гиперпротекция; интраматрициальная алиенация (состоящая в эмоциональном отторжении при сохранении бытовых форм контакта и совместного проживания). По третьей позиции были выявлены уровни формирования отношений созависимости, которые в определённой мере можно ассоциировать со стадиями развития этих отношений.

Експертне вивчення матеріалів когортного дослідження хворих на аддиктивні розлади (2010—2014: наук. керівник теми — проф. І. В. Лінський) — *перша вибірка хворих* та матеріалів госпіталізації хворих на алкогольну залежність (АЗ) в Харківську обласну наркологічну лікарню протягом 2015 року — *друга вибірка хворих* — за ознаками трудової зайнятості, віку, освіти та особливостей клініки дозволило підібрати найбільш типові професійні контингенти пацієнтів для проведення науково-дослідних робіт 2017—2018 рр. Зіставлення цих матеріалів із даними Головного управління статистики у Харківській області щодо осіб, які працюють в різних галузях, виявило певну відповідність поміж трудовою зайнятістю, професією, наявністю профшкідливості в виробничих процесах і клінікою алкогольної залежності.

Встановлено, що загальна кількість штатних працівників в різних галузях в області 2015 року становила усього 575 тис. осіб. Тобто, тільки п'ята частина населення — працевлаштована. Найбільша кількість працівників була в промисловості — 151 тис. осіб; в освіті — 100 тис. осіб; в охороні здоров'я — 59 тис. осіб; в оптовій та роздрібній торгівлі, ремонті автотранспортних засобів — 63 тис. осіб; в транспортній сфері, складському господарстві — 43 тис. осіб; в професійній науковій та технічній сфері — 23 тис. осіб; в сільському господарстві — 24 тис. осіб; в будівництві — 17 тис. осіб.

Зроблено висновки:

1. Внаслідок негативних соціально-економічних змін умов життя та праці в області радикально змінюється галузевий та професійний склад осіб, що працюють, їхня кількість; збільшується прошарок не працевлаштованих; з'являються нові професії та виробництва, зокрема приватної форми власності.

2. Усе різноманіття патогенних чинників, зокрема професійна шкідливість, хвороби та інші «вади життя», надають негативні впливи на людину і можуть стимулювати потяг до вживання алкоголю, навіть на робочих місцях.

3. У разі поєднання широкого спектра патогенних чинників загально-біологічного, соціального, виробничого та іншого екогенного характеру із алкогольною інтоксикацією — виникають коморбідні форми соматоневрологічної та алкогольної патології, типові негативні наслідки та ускладнення.

4. Як моделі для подальших досліджень у рамках вказаної НДР нами вибрані п'ять професійних груп хворих на АЗ, а саме: а) робітники промисловості, які зайняті в гарячій обробці металу (електрогазозварники, ливарники) та в хімічному виробництві, в трудових процесах у яких домінують профшкідливості токсикохімічного складу; б) робітники промисловості, що зайняті в холодній обробці металу (слюсарі, рубачи металу, штампувальники). Як профшкідливість у них виступають пил, абразивні матеріали, електромагнітні хвилі та поля, шум та вібрація, монотонія; в) водії автотранспорту, в професійній діяльності яких характерними є комплекси фізіогенних та токсичних чинників: перенапруження нервової системи, зору та слуху; вимушене положення тіла; гіподинамія; шум та вібрація; інтоксикація бензином та продуктами його згорання; г) особи, що зайняті в будівельних професіях, які перебувають під дією сезонних атмосферних факторів, цементу, фарб; д) в контрольну

групу увійшли офісні робітники, в трудових процесах у них нема профшкідливості.

Отже за матеріалами подальших досліджень ефективна профілактична та терапевтична допомога на робочих місцях може бути надана десь близько 400 тис. працівників вищезазначених професій, що і зумовлює сукупний економічний ефект НДР.

УДК 616.89-008.441.13-071-037: 615.214-08

Артемчук К. А. , Лінський І.В.***

**ТОВ «Центр здоров'я доктора Артемчука» (м. Харків);*

***ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)*

Новий підхід до терапії хворих на алкогольну залежність інгібіторами ацетальдегіддегідрогенази переривчастими курсами — «за потребою»

В наші часи в Україні шириться та зміцнюється нова медична парадигма, яка, не заперечуючи провідної мети протиалкогольної терапії на повну відмову від вживання спиртних напоїв, як проміжні завдання розглядає технології зменшення у пацієнтів частоти вживання й доз вжитого алкоголю, кількості й тривалості запійних станів, діапазону негативних наслідків та ускладнень, а також збільшення тривалості терапевтичних ремісій та покращання якості життя. Загальноновизнаним підходом до курації пацієнтів із безремісійним типом перебігу алкогольної залежності, резистентних до терапії, вважають безперервне амбулаторне спостереження. В ролі медикаментозного складника такого підходу дотепер найчастіше виступають інгібітори ацетальдегіддегідрогенази (ІААДГ). Однак термін безперервного, щоденного застосування цих засобів, з міркувань безпеки хворих, обмежується одним триместром, що значно менше періоду бажаної фармакологічної підтримки цієї категорії пацієнтів. Відомим способом подолання цієї суперечності є відмова від щоденного прийому ІААДГ на користь їхнього призначення «за потребою» — в дні та періоди високого ризику рецидиву алкоголізації. Переведення режиму прийому ІААДГ (дисульфіраму та ціанаміду) — з щоденного на — «за потребою» наприкінці 1-го триместру лікування й надалі — на етапах 2-го — 4-го триместрів забезпечує збереження наступності та ефективності терапії при значному зменшенні частоти небажаних проявів й достовірно підвищує прихильність пацієнтів до лікування та зменшує їхню потребу в госпіталізації. Також доведено, що таке переведення дозволяє уникнути погіршення афективного статусу пацієнтів та якості їх життя загалом.

УДК 616.89-008.441.13-07-08-092-037

*Артемчук А. П., Артемчук О. А., Артемчук К. А.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Стрес як діагностичний, прогностичний та лікувальний фактор при станах залежності в умовах військових дій, природних та техногенних катастроф, шкідливих виробництв, соціальних конфліктів та інших вад життя

В період з 2000 по 2004 роки нами подано та запатентовано кілька діагностичних, прогностичних та лікувальних технологій, а саме:

А. *Спосіб термінового емоційно-стресового (безмедикаментозного) зняття алкоголь-абстинентного синдрому* (Заявка 2000020792, 14.02.2000 р. Одержано декл. патент UA 51 865 A (A61N39/04); бюл. № 12, 2002 р.);

Б. *Спосіб раннього прогнозу ефективності лікування хворих на алкогольну залежність за методом О. Р. Довженка* (Заявка 2000010131, 10.01.2000 р. Одержано декл. патент UA 36590A (A61B5/02), бюл. № 3, 2001 р., а надалі — патент, бюл. № 11, 2004 р.).

В. *Спосіб прогнозу ефективності лікування алкоголізму за методом О. Р. Довженка* (Заявка 2000010130, 10.01.2000 р. Одержано декл. патент UA 36 589 A (A61 № 1/00), бюл. № 3, 2001 р.; а надалі — патент, бюл. № 4, 2004 р.).

Сутність способу А полягає в тому, що, на відміну від загальноновизнаного підходу до лікування хворих на АЗ за методом Довженка, який потребує наявності 15—20-денного строку попередньої повної тверезості, — на сеанс стрессопсихотерапії (СПТ) допускається пацієнт із 2—5 днями утримання від вживання алкоголю (тобто — в стані синдрому відміни алкоголю). При цьому його кодуємо на строк «один місяць». При досягненні 15—20 днів тверезості хворий на АЗ проходить наступний — другий етап лікування — процедура продовження завчасно накладеного коду «один місяць» на новий, добровільно вибраний строк — від «одного року» до «на все життя».

Такий двоетапний психотерапевтичний підхід до позбавлення від АЗ є дуже зручним для пацієнта, бо не вимагає від нього попереднього багатоденного відриву від вживання алкоголю, застосування детоксикаційних та інших медикаментозних засобів й технологій; може проводитися в короткі строки (протягом всього 2—3 годин), в умовах без відриву від військової служби або виробничого процесу. Після його використання у хворого зникає потяг до вживання алкоголю, накопичується початковий досвід тверезого життя «під кодом», підвищується бажання до збереження тверезості шляхом «продовження коду», але вже на більш тривалий період.

Способи Б та В були створені для хворих на АЗ, залежних від тютюнопаління, тих, що вживають інші психоактивні речовини (ПАР), у яких є високий ризик неповного або нестійкого ефекту СПТ за методом О. Р. Довженка, проведеного як за стандартної повною технологією, так і в вищезазначеному режимі — шляхом «завчасного», «попереднього» кодування й наступного «продовження коду». В основу *способу Б* покладено завдання раннього прогнозу результатів СПТ (тобто **вже під час лікувального сеансу**), шляхом виконання простих функціональних досліджень стану таких вітальних показників як артеріальний та скроневий тиск (АТ, СТ). В результаті багаторічних спостережень нами встановлено, що у хворих на АЗ, у яких прогнозуємо високу ефективність СПТ за методом О. Р. Довженка, виявляється картина:

1) різкого пониження АТ та СТ зліва та справа зі збереженням функціональної асиметрії цих показників наприкінці загальної групової частини лікувального сеансу (наприклад, справа — вищі, ніж зліва або — навпаки);

2) перефазування функціональної асиметрії цих показників судинного тону під час процедури «індивідуального кодування», тобто на висоті СПТ (наприклад: високі показники АТ та СТ справа — різко знижуються, а низькі зліва — різко підвищуються і стають вищими, ніж показники з правого боку — і навпаки). *Таке «перефазування» показників свідчить про достатню інтенсивність стресового подразнення певних регуляторних механізмів під час процедури індивідуального «кодування» й ілюструє той факт, що воно припадає на етап мобілізації загальної неспецифічної реакції на стрес (ЗНПС) з активацією адаптаційного потенціалу.*

3) На другий день після застосування СПТ (як за повною, стандартною технологією, так і в режимі «попереднього кодування» на один місяць), у разі позитивного прогнозу ефективності СПТ, відбувається нормалізація АТ та СТ (тобто зниження або підвищення до норми цих порушень)

показників), а також — ще одне (вже зворотне) перефазування їх асиметрії (тобто повернення до той фізіологічної асиметрії, яка була до процедури індивідуального кодування).

В основу способу В закладено можливість:

а) прогнозування результатів СПТ ще на етапах до її виконання і, отже, — обґрунтованого допуску хворих на АЗ на сеанс лікування (або його аргументованого відкладення);

б) діагностики стадії ЗНРС, на якій перебуває пацієнт (мобілізації, резистентності або виснаження);

в) додаткового застосування спеціальних технологій підвищення інтенсивності лікувального стресу для переведення хворого із стадії резистентності на стадію мобілізації ЗНРС.

Для вирішення цих завдань використано додаткове, дозоване стрес-навантаження за допомогою електростимулятора м'язів «Стимул-1» за день-два до сеансу СПТ. При цьому електроди накладають на передпліччя лівої руки пацієнта і подають змінний струм силою 8 мА, тривалістю 1,5—2 секунди, з інтервалами у 2—3 с, протягом 10—12 секунд. В результаті у пацієнтів виникає ціла низка психоемоційних, судинних, рухових, біохімічних та інших фізіологічних захисних реакцій, які є найбільш інтенсивними на тлі мобілізаційної стадії ЗНРС. Вищезазначене відображає високу реактивність організму на електрострес й майже стовідсоткову можливість досягнення стійкої ремісії після застосування СПТ. Якщо внаслідок додаткового, дозованого електростресу у хворих на АЗ не виникає мобілізаційні реакції, а саме підвищення (або пониження) АТ та СТ, синдром перефазування функціональної асиметрії цих показників; прискорення (або зменшення) частоти пульсу та дихання, почервоніння (або знекровлення) обличчя; прояв станів напруження, неспокою й тривоги; підвищення рівня цукру в крові, вмісту адреналіну та норадреналіну у сечі, висока судомна активність мозку — прогноз результатів наступної СПТ за методом О. Р. Довженка оцінюємо як сумнівний. Додаткове електростреснавантаження в цьому разі припадає на стадію виснаження або стадію резистентності ЗНРС. В першому випадку (стадія виснаження) — СПТ таких пацієнтів відкладають на 20—40 днів й призначають спеціальну медикаментозну терапію щоб відновити (або підвищити) адаптаційний потенціал, перевести хворого на більш продуктивні стадії ЗНРС. В другому випадку (стадія резистентності) під час проведення процедури індивідуального «кодування» підсилюється інтенсивність лікувального стресу за допомогою електростимулятора м'язів «Стимул-1».

Вищезазначені технології можуть бути використані для матеріалізації психотерапії при станах залежності, депресіях, психосоматичних розладах в умовах військових дій, екогенних та техногенних катастроф, шкідливих виробництв та інших вад життя для ефективної діагностики, прогнозу та терапії.

УДК 616.89-008.441.13-07-08-092-037

Артечук А. П., Лобанов І. Ю., Гольцова С. В.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Три провідні складники формування алкогольної залежності

Концептуальним підґрунтям дослідження хвороб залежності є загальноприйнята точка зору про те, що їх формування, перебіг та прогноз залежать від взаємодії трьох провідних складників: стану організму, характеристик психоактивної речовини та умов зовнішнього середовища.

До реєстру численних характеристик внутрішнього середовища організму, які мають важливе етіопатогенетичне

та клінічне значення при алкогольній залежності, окрім особистісних вад, розладів психіки та поведінки, можна віднести загальнобіологічні преморбідні та пубертатно-індуційовані особливості, різні варіанти імунної та біохімічної конституції, а також розлади фонду біоактивних речовин: вмісту (та взаємовідносин) макро- і мікроелементів, гормонів, амінокислот, ліпопротеїнів та ферментів їх перетворення тощо.

До кола найважливіших характеристик психоактивної речовини — етанолу можна віднести його якість, наявність додаткових домішок органічного та неорганічного складу; міцність; частоту, періодичність та дози вживання, а також інші особливості, які пов'язані із технологією виробництва алкогольних напоїв. Етанол, — як токсична та психоактивна речовина, специфічно змінює різні (якщо не усі) метаболічні процеси в організмі; порушує сталість внутрішнього середовища через розлади енергетичного, вуглеводного, білкового, ліпідного, водно-сольового та інших видів обміну речовин; формує новий, патологічний гомеостаз, що і зумовлює фіксацію стану залежності від нього, а також створює біологічне підґрунтя для розвитку коморбідних соматоневрологічних, психічних та поведінкових розладів та ускладнень.

До переліку негативних характеристик зовнішніх — природного, виробничого та соціального середовищ можна додати його антропогенне хімічне, променеве, ультразвукове, теплове, інформаційне та інше забруднення, що призводить до руйнування складних екологічних систем, розпаду біоценозів, створює загрозу для здоров'я і, навіть, життя людини, усій популяції. Присутність алкоголю в організмі, може потенціювати, змінювати або нейтралізувати ксенобіологічні ефекти багатьох інших екзо- та ендогенних негативних чинників. Самі алкогольні напої також можуть бути джерелом надходження в організм токсичних речовин різного походження, складу і дії.

Тому комплексні дослідження різних аспектів процесу розвитку і перебігу сучасних форм алкогольної залежності в «екобіопсихосоціальному просторі», який визначається, з одного боку, індивідуальними характеристиками організму та психіки людини, а з другого — токсичними, наркотичними, а також потенціюючими (або послаблюючими) ефектами алкогольної інтоксикації щодо коморбідної нервово-психічної та вісцеральної патології, інших негативних чинників, а з третього боку — провідними параметрами зовнішніх — природного, виробничого та соціального середовищ, становлять важливе наукове завдання, поліпрофесійне вирішення якого потрібно для створення ефективних технологій діагностики, профілактики, терапії та прогнозу подальшого перебігу цієї розповсюдженої патології, коморбідних з нею станів та негативних наслідків.

УДК 616.89-008.441.13-07-08-092-037

Артечук А. П., Мінко О. І.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Клініко-епідеміологічний аспект сучасних форм алкогольної хвороби на моделях різних типів професійно-виробничої шкідливості

В умовах техногенно зміненого природного середовища та великої кількості різних типів професійної шкідливості на виробництвах, будь-який окремий вид їхнього впливу на людину не можна розглядати ізольовано, — як негативний наслідок дії певного, монопатогенного чинника. Різні за походженням, характером та інтенсивністю поліпатогенні фактори зовнішнього середовища чинять, в широкому спектрі, об'єднані ксенобіотичні ефекти. Найчастіше вони пов'язані

з виробничим процесом, його технологією й обладнанням, технікою безпеки. В їх числі — токсичні та радіоактивні речовини, пил, загазованість, інфрачервоні і ультрафіолетові випромінювання, електромагнітні хвилі радіочастот, шум і вібрація, висока і низька температура робочої зони та ін. Негативні впливи можуть бути пов'язані також із поганою організацією праці: перенапруженням нервової системи, монотонією, перенавантаженням окремих м'язових груп, тривалим вимушеним положенням тіла, адинамією, високою відповідальністю, великою тривалістю робочого дня. Серед працівників саме водіїв автомобільного транспорту можна віднести до ризикового контингенту за умовами праці в плані виникнення алкогольної залежності (АЗ). Тільки в Україні кількість водіїв наприкінці ХХ сторіччя становила 339 тисяч осіб. До числа негативних виробничих чинників, що діють на водія, належать шум, інфразвукові коливання, вібрація, забруднене повітря, нервово-психічне напруження. В процесі роботи на електрогазоварника негативно впливають хімічні (електрозварювальний аерозоль) та фізичні (електрична дуга, ультрафіолетове і інфрачервоне випромінювання, електромагнітні хвилі) чинники, а також вторинні чинники мікроелементного та йонного балансу повітря. Умови праці при виплавці сталі характеризуються гарячим мікрокліматом, інтенсивним шумом, запиленістю і загазованістю. Застосування марганцю, хрому і молібдену як легуючих добавок, а також використання хромомагнетитових вогнетривів у мартенівському виробництві веде до збільшення їх вмісту в робочій зоні. Усе вищезазначене має не тільки ізольоване профпатологічне значення, але може входити в широке коло патогенетичних чинників виникнення АЗ, насамперед поєднаних, трансформованих різновидів патології.

У зв'язку з вищезазначеним, під час розроблення адекватних лікувальних і превентивних заходів при АЗ треба оцінювати медико-біологічний компонент здоров'я як всього населення загалом, так і окремих вікових, професійних, територіальних, гендерних груп, здорових і хворих людей, ризикового контингенту. Збільшення кількості різноманітних поєднаних варіантів, потенційно небезпечних для людини факторів детермінує пріоритетність вирішення медичних завдань з позицій (і в руслі) екзо- та ендоекології. Вони сприяють підвищенню ступеня психофізіологічного та генетичного напруження, виникненню нових форм екологічних хвороб, спонтанних форм захисної поведінки (зокрема алкоголізму, наркоманії), процесів депопуляції. У складних комплексах етіологічних факторів та патогенетичних механізмів, що беруть участь у виникненні поліклінічної патології при взаємодії етанолу і негативних професійних чинників, значне місце посідають процеси, що пов'язані з ураженням ферментних та гормональних систем, метаболізмом хімічних елементів, алергічною перебудовою організму, а також з неспецифічними загальнобіологічними реакціями на стрес.

УДК 616.89-008.441.13-07-08-092-037

Артемчук О. А.*, Мінко О. І.**

*ТОВ «Центр здоров'я доктора Артемчука» (м. Харків);

**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

Фармакотерапевтична технологія адаптаційно-метаболічної дії («Композит-1»): принципи створення, механізми дії та результати використання в клініці алкоголізму

Нами (А. П. Артемчук, О. А. Артемчук, Г. Х. Божко, 2001) одержано патент на винахід 42478А UA, МПК А61К31/00

Спосіб лікування алкоголізму; бюл. 9, 2001 р.) та впроваджено в практику нову фармакотерапевтичну технологію «Композит-1» (комплекс відомих — офіційних лікарських препаратів, а саме бензоналу, нікотинової кислоти, сечовини, рибоксину, аланіну, ацетилсаліцилової кислоти, пірацетаму, піроксану, цинаризину з патогенетично детермінованою послідовністю їх застосування та клінічно-зв'язаними дозами), яка спрямована на прискорення елімінації алкоголю й токсичних продуктів його окислення, корекцію вегето-судинних розладів й порушень обміну речовин у хворих на АЗ, а також активацію власних адаптогенних та саногенетичних механізмів організму. Показано, що терапевтична ремісія в амбулаторних умовах під впливом монотерапії Композитом може бути сформована у половини (57,06%) пацієнтів. При цьому достовірно ($p < 0,05$) знижується кількість хворих, що достроково припиняють лікування: на етапі купірованого синдрому відміни алкоголю (СВА) — в 3,0 рази; в ранньому післяабстинентному періоді — в 2,71 рази, на етапі терапевтичної ремісії — в 1,28 рази. Також встановлено, що на всіх наступних етапах спостереження пролікованих відбувається неухильне зниження вмісту фракції ліпопротеїнів (ЛП) високої щільності в нативній сироватці крові: із початкового надвисокого (150,5% від норми, $p < 0,05$) — до зниженого (67,8% від норми, $p < 0,05$), при цьому найбільш істотно зменшується вміст підфракції ЛП високої щільності (ЛВЩ_{2а} — в 2,63 рази, $p < 0,05$), що дозволяє віднести ці показники до метаболічних (ліпопротеїнних) маркерів становлення терапевтичної ремісії у хворих на АЗ. Вміст ЛП проміжної щільності на всіх етапах спостереження залишається замалим (36,0—77,5% від норми, $p < 0,05$), що дозволяє трактувати цей показник як метаболічний (ліпопротеїнний) маркер власне АЗ. На всіх етапах формування терапевтичної ремісії виявляються численні, достовірні — прямі та зворотні кореляції поміж інтенсивністю скарг, показниками самооцінки функціонального стану, артеріального тиску, частотою серцевих скорочень — і вмістом в сироватці крові різних фракцій та підфракцій ЛП, що ілюструє можливість корекції цих розладів шляхом спрямованої модифікації обміну речовин.

Отже, препарат «Композит-1» має високу ефективність, широкий діапазон та пролонгованість позитивних впливів на хворих АЗ (в плані зняття алкогольної інтоксикації, позбавлення від СВА, а також підтримки терапевтичної ремісії), що дозволяє нам рекомендувати його для застосування в умовах військових дій, екогенних природних та технологічних катастроф, шкідливих виробництв, соціально-психологічних стресів як засіб «першого вибору», а також і в ранзі технології довгострокової курсової терапії.

УДК 616.89-008.441.13-036.87-036.66

Бараненко О. В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

Особливості проявів психопатологічної симптоматики залежно від рівня споживання алкоголю в учасників АТО

Спроби вирішення надзвичайної ситуації на сході країни призводять до психологічних травм військовослужбовців, які як наслідок можуть проявитися у розладах психічної діяльності, а також у неможливості соціалізуватися у мирному суспільстві. Один з найпоширеніших розладів в подібних випадках — розлади внаслідок вживання психоактивних речовин, особливо алкоголю. Безумовно, на клінічну картину як реакцій на стрес, так і викликаного ним або ж супутнього

зловживання психоактивними речовинами, особливо алкоголем, накладає відбитки сучасні особливості ведення бойових дій. У відношенні останніх трагічних подій, що відбуваються в Україні, все частіше використовується термін «гібридна війна», тобто війна, основним інструментом якої є створення державою-агресором в державі, обраній для агресії, внутрішніх суперечностей та конфліктів.

Отже, завданням дослідження стало вивчити особливості психопатологічної симптоматики в учасників АТО залежно від рівня споживання алкоголю.

Методи дослідження — опитувальник психопатологічної симптоматики Derogatis, тест AUDIT.

Під час виконання дослідження було обстежено 40 учасників бойових дій, які перебували на лікуванні в КЗОЗ «Обласному госпіталі для інвалідів війни» м. Харків. За результатами обстеження за допомогою тесту AUDIT респондентів було поділено на дві групи — особи із умовно «безпечним» вживанням алкоголю (0—15 балів) та особи із ризикованим вживанням (16 балів та вище).

Згідно з результатами обстеження респондентів щодо рівня психопатологічної симптоматики, загальний індекс тяжкості психічного стану у двох групах обстежених суттєво не відрізнявся ($1,03 \pm 0,07$ та $1,01 \pm 0,09$ бали), також не було виявлено достовірних різниць за шкалами міжособистісної сенситивності ($0,90 \pm 0,08$ та $1,06 \pm 0,03$); тривожності ($1,13 \pm 0,07$ та $1,12 \pm 0,03$ бали) ворожості ($1,07 \pm 0,10$ та $1,03 \pm 0,07$ бали); фобічної тривожності ($1,41 \pm 0,12$ та $1,48 \pm 0,11$ бали) — шкала паранояльності ($1,14 \pm 0,09$ та $1,18 \pm 0,12$ бали). Отже, можна вважати, що саме ці показники, які мало залежать від факту зловживання алкоголем, і є відображенням специфічного впливу «гібридної війни».

У групі із низьким рівнем вживання алкоголю виявлено достовірно нижчі показники психопатологічної симптоматики за шкалами соматизації ($1,28 \pm 0,10$ та $1,54 \pm 0,09$ бали); депресії ($0,98 \pm 0,02$ та $1,42 \pm 0,09$ бали) та додатковою ($1,15 \pm 0,15$ та $0,90 \pm 0,05$ бали). Ці відмінності свідчать про вплив вживання алкоголю, але, можливо, й проявів залежності, що тільки формується. Особливо показовим є високий показник за додатковою шкалою ADD, оскільки додаткові питання не попадають під жодне визначення симптоматичних розладів, що відображаються у основних шкалах.

Отже, в учасників АТО через певний час після припинення безпосередньої участі у бойових діях спостерігається складний комплекс психічних та поведінкових розладів, спровокованих як безпосередньо стресом внаслідок участі у бойових діях, специфічним впливом гібридної війни, та вживанням або зловживанням алкоголем. Потрібні подальші дослідження у цієї сфері з метою розробки наркологічного аспекту питання реабілітації й ресоціалізації комбатантів.

S. C. Messe et al., 2004). Для вирішення завдань медико-соціального, психологічного забезпечення АТО та мінімізації шкідливих наслідків, як на рівні окремих постраждалих, так і на рівні соціуму загалом, потрібен комплексний підхід, що включає до себе зокрема й наркологічний аспект.

Тому метою дослідження стало вивчення особливостей рівня та стилю споживання алкоголю в учасників АТО.

Під час виконання дослідження за допомогою тесту AUDIT було обстежено 40 учасників бойових дій (які перебували на лікуванні в КЗОЗ «Обласний госпіталь для інвалідів війни» м. Харків).

Встановлено, що 3 обстежених (7,50 %) не вживали алкоголь взагалі; 12 обстежених (30,00 %) набрали від 1 до 7 балів, що відповідає зоні I, тобто відносно безпечному вживанню. Рекомендовані заходи при подібному стилю вживання алкоголю — освіта щодо алкоголю й наслідків його вживання; 7 обстежених (17,50 %) показали результати в межах від 8 до 15 балів, що відповідає II зоні ризику, що свідчить про небезпечне вживання або стиль уживання алкоголю, що збільшує ризик пагубних наслідків для самого споживача або для оточуючих його людей, при цьому самі розлади в цей час відсутні.

Досить велика кількість обстежених (16 осіб, або 40,00 %) під час обстеження за методикою AUDIT набрали від 16 до 19 балів, що відповідає III зоні ризику і свідчить про вживання зі шкідливими наслідками, або про стиль уживання алкоголю, що приводить до розладів фізичного, психічного здоров'я, а також до розладів соціального функціонування споживача. При подібному стилю рекомендовано прості поради з боку фахівця, а також консультації й тривале спостереження.

До зони IV, що відповідає клінічній картині алкогольної залежності відповідно до критеріїв МКХ-10 та потребує направлення до фахівця для діагностики й лікування, було віднесено 2 обстежених, або 5,00 % від всього контингенту. Фактично вони перебували на лікуванні саме з цього приводу.

Отже, під час обстеження було виявлено досить велику кількість осіб із високим ризиком формування психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання алкоголю. Звісно, що одного тільки обстеження за методикою AUDIT недостатньо для повної діагностики, особливо враховуючи те, що, вірогідно, деякі обстежені вдавалися до дисимуляції.

Результати дослідження можуть бути використані під час розроблення програм медико-соціальної реабілітації учасників АТО та постраждалого населення. Вже зараз на підставі проведених досліджень можна зробити висновок про нагальну потребу у консультуванні щодо шкідливих наслідків вживання алкоголю та необхідності обмежити його вживання у переважній кількості комбатантів (можливо, за винятком тих, що за певними умовами не вживають алкоголь взагалі).

УДК 616.89-008.441.13-036.87-036.66

Бараненко О. В., Лісна Н. М.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Аналіз особливостей рівня та стилю споживання алкоголю в учасників АТО

Необхідність розв'язання проблем реабілітації учасників АТО нині є одним з найбільш значущих питань для системи охорони здоров'я. За даними літератури, майже у 75 % ветеранів бойових дій протягом життя відзначають симптоми, які дозволяють діагностувати психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю (K. Leslie, M. D. Jacobsen, M. Steven et al., 2001; C. W. Hoge, C. A. Castro,

УДК 616.89-008.441.13-036.87-036.66

Бараненко О. В.*, **Самойлова Е. С.***, **Шалашов В. В.***,
Голощанов В. В.**, **Літвиненко В. В.****

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

**КЗОЗ «Харківська обласна клінічна наркологічна лікарня»
(м. Харків)

Особливості алкогольних уподобань в учасників АТО

Питання мінімізації бойових та не бойових втрат, а також допомоги учасникам бойових дій при поверненні до мирного життя вимагають вирішення питань медико-

психологічної реабілітації та соціально-правової підтримки учасників АТО.

Єдиним шляхом мінімізації тяжких наслідків може бути як можна рання і повна мультидисциплінарна комплексна медико-реабілітаційна допомога учасникам АТО. Однією з частин цієї комплексної допомоги має бути й наркологічна її складова, зокрема щодо вживання та зловживання алкоголем. Отже, завданням дослідження стало вивчити особливості алкогольних уподобань в учасників АТО після припинення безпосередньої участі у бойових діях.

Методи дослідження — клініко-психопатологічний, анамнестичний.

Під час виконання дослідження було обстежено 40 учасників бойових дій, які перебували на лікуванні в КЗОЗ «Обласний госпіталь для інвалідів війни» м. Харкова. Термін з моменту припинення безпосередньої участі у бойових діях склав $20,35 \pm 1,14$ тижнів.

Усіх респондентів в умовах повної анонімності було опитано щодо споживання алкоголю, зокрема про алкогольні уподобання, тобто типи алкогольних напоїв, що переважно споживалися.

Значна більшість опитаних категорично відмовилася повідомити будь-які дані щодо споживання алкоголю безпосередньо у зоні АТО. Певна частка повідомила про «деякі проблеми, пов'язані із алкоголем» у час, що передував мобілізації.

Щодо алкогольних уподобань у період після припинення обстеженими участі у бойових діях, отримано такі результати:

Найпоширенішим серед обстеженого контингенту було поєднане вживання міцних та слабоалкогольних спиртних напоїв (пива) — 14 осіб (35,00 %). Декілька менше обстежених вказали на вживання виключно міцних спиртних напоїв — 13 осіб (32,50 %), переважно вживання слабоалкогольних напоїв (пива) було притаманне для 8 осіб (20,00 %).

На вживання алкогольних напоїв без певних переваг за сортом або вмістом алкоголю, а лише залежно лише від їх доступності вказали 5 осіб (12,50 %). Саме такий тип алкогольних переваг, як правило, є характерним для осіб із сформованою та тривалою залежністю від алкоголю. Також слід помітити досить великий відсоток обстежених, що вживали міцні та слабоалкогольні напої, вірогідно з метою досягти більш вираженого стану сп'яніння.

Алкогольні уподобання більш від всього залежать від «норм алкогольної поведінки», що є прийнятною у певному мікросоціальному оточенні (це може бути родина, колектив, або певне коло питущих). Також алкогольні уподобання відбивають особистісні переваги щодо спиртних напоїв, та мети, з якою вживається алкоголь (гедоністичні мотиви, «зняття стресу», полегшення комунікації, спосіб провести час та ін.). Певна картина алкогольних уподобань може свідчити про хворобливі мотиви вживання алкоголю (вживання будь-яких напоїв залежно від їх ситуаційної доступності, одночасне вживання різних алкогольних напоїв з метою досягти найбільш вираженого стану сп'яніння за короткий час та ін.).

Як показали дані дослідження, в обстежених комбатантів досить часто зустрічаються уподобання, що можуть свідчити про паттерни вживання алкоголю, притаманні особами із високим ризиком формування алкогольної залежності. Тому логічним було б проводити консультації щодо шкідливих наслідків вживання алкоголю серед усіх учасників АТО, максимально притримуючись принципів деонтології.

УДК 615.015.6:612.820:577.1

Берченко О. Г., Титкова А. М., Веселовская Е. В., Шляхова А. В., Левичева Н. А.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» (г. Харьков)

Нейрофизиологические, нейрохимические и метаболические механизмы развития синдрома отмены у крыс с зависимостью от алкоголя

Одним из важных вопросов проблемы аддиктивного поведения является исследование нейробиологических механизмов формирования зависимого поведения и синдрома отмены. В решении этих вопросов достигнуты значительные успехи, в то же время патогенетически обусловленная терапия этих состояний в полной мере не может обеспечить процессы восстановления морфофункциональных и поведенческих функций. Видимо, это вызвано не только нарушениями сложных взаимоотношений в медиаторных системах, но и достаточно сложными индивидуальными регуляторными метаболическими и гормонально-модуляторными особенностями организма.

Целью исследования являлось изучение нейробиологических механизмов развития синдрома отмены алкоголя у крыс с алкогольной зависимостью. Работа выполнена на 69 крысах-самцах с применением этологических, нейрофизиологических и биохимических методов.

Как показали результаты исследования, формирование алкогольной зависимости обусловлено исходным уровнем тревожности крыс. У животных с высоким уровнем тревожности алкоголизация подавляет тревогу с ее усилением в период отмены, а у крыс эмоционально-устойчивых в процессе алкоголизации и в состоянии лишения алкоголя уровень тревоги растет.

Активность гипоталамических зон позитивного эмоционального подкрепления усиливается как в процессе алкоголизации вследствие подкрепляющих эффектов алкоголя, так и в первый день его отмены, когда самостимуляция положительных эмоциогенных зон мозга выступает в качестве эндогенного компенсаторного механизма регуляции эмоционального гомеостаза.

Ведущей структурой формирования структурно-функциональной матрицы синдрома отмены алкоголя является гиппокамп с вовлечением на третьи сутки отмены алкоголя в процесс возбуждения *n. accumbens* (прилежащего ядра септума) и неокортекса, что подтверждено данными спектрального анализа относительной мощности биопотенциалов мозга в этих структурах.

Результаты нейрофизиологических исследований согласуются и с биохимическими данными о том, что ожидание очередной дозы алкоголя вызывает активацию холинергических процессов в гипоталамусе, а в период отмены — в *n. accumbens* и гиппокампе, т. е. в структурах мозга, имеющих низкий порог судорожной активности, которая наблюдалась как в поведении животных, так и на ЭЭГ. В состоянии отмены алкоголя выявлено резкое снижение уровня тестостерона в гипоталамусе. Снижение уровня тестостерона в гипоталамусе соответствовало изменениям его содержания в сыворотке крови. По-видимому, эти изменения обусловлены нарушениями центральных и периферических механизмов метаболизма тестостерона, вызванными алкоголизацией. Прием очередной дозы алкоголя сопровождается понижением уровня оксида азота в гипоталамусе, а в период отмены — в *n. accumbens*, что свидетельствует об ослаблении тормозных влияний оксида азота, в частности, на активность холинергических нейронов, влияющих на возбудимость гиппокампа.

В період отмени виявлено напруження периферического звена адаптації в результаті підвищення рівня дофаміна, норадреналіна, оксиду азота і активності ацетилхолінестерази на фоні зниження тестостерона.

Таким образом, в состоянні синдрому отмени алкоголя повышается уровень тревожности с возбуждением гиппокампаально-септальных механізмів мозга і холинєргических путей на фоні тормозных вплив оксиду азота в септум і зниження гормонально-модуляторного вплив тестостерона в гипоталамусе.

УДК 616.89-008.441.44: 615.21.7-008.447-08

*Васильєва О. О.**, *Ищенко О. С.**, *Петухова І. С.***

**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)*

***Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)*

Психоневрологічна симптоматика та її корекція у хворих на синдром залежності від психоактивних речовин з суїцидальною поведінкою

Погіршення соціально-економічної ситуації в Україні призводить до збільшення кількості осіб з алкогольною залежністю та різноманітними депресивними розладами, аж до суїцидальних намірів. Традиційне медикаментозне лікування цих станів не завжди дає бажаний результат, тому необхідно застосовувати додаткові немедикаментозні методи. До найбільш загальних симптомів депресивних розладів належить пригніченість настрою, зниження концентрації уваги, порушення сну й апетиту, різке зниження повсякденної активності, інтересів і, загалом, енергетичного потенціалу особистості. Крім цих загальних симптомів відзначаються зниження самооцінки, ідеї самозвинувачення і самознищення, які можуть призвести до суїцидальної поведінки. У хворого з синдромом залежності від алкоголю у стані відміни значно погіршується його загальне самопочуття у вигляді психічних розладів та соматовегетативних синдромів із порушенням церебральної гемодинаміки та мікроциркуляції крові в усіх органах, відбувається перенавантаження емоційно-адаптаційних поведінкових механізмів у стані депривації. Тому перспективним виглядає використання немедикаментозних методів лікування, спрямованих на активацію механізмів реактивності, а також на базисні ланки адаптаційно-приспосувальної поведінки хворих з синдромом алкогольної залежності. В основу запропонованої нами методики лікування хворих з синдромом алкогольної залежності та суїцидальною поведінкою поставлено одночасне застосування традиційного медикаментозного лікування цих станів та немедикаментозного біологічного методу лікування — фотонної терапії (світлотерапії). Під дією фотонної терапії поліпшуються метаболічні зміни на клітинному і субклітинному рівнях, змінюються процеси збудженості, формуються специфічні рефлекторні реакції в різних системах і в цілому організмі.

Починаючи з перших днів лікування, проводилось спостереження за проявами суїцидальних нахилів на основі психічних ознак змін свідомості, даних психологічних опитувальників прихованої суїцидальної поведінки (CSSRS) та зміненого сприйняття болю за шкалою Мак-Гіла, електрофізіологічних показників діяльності мозку, неврологічних та соматовегетативних порушень в організмі хворих на синдром залежності від алкоголю та з суїцидальною поведінкою. Застосування фотонної терапії хворим проводили поліхромною матрицею «Барва-ЦНС/ПХ» у вигляді капелюха за власно розробленою схемою тричі на день:

тривалість одного сеансу складала 25 хвилин, з чергуванням режимів — 5 хвилин активного режиму світлового впливу, 5 хвилин перерви. Кожному хворому було проведено на курс по 7—10 сеансів (з триразових циклів щоденно). Саногенний вплив фотонної терапії відображався в нормалізації емоційно-поведінкових реакцій хворих з редукцією депресивної симптоматики та суїцидальної поведінки.

УДК 616.89-008.48

*Васильєва Г. Ю.**, *Яровой В. М.***

**Донецький національний медичний університет МОЗ України (м. Краматорськ);*

***КЛПУ «Міський наркологічний диспансер м. Краматорська» (м. Краматорськ)*

Особливості емоційного стану наркозалежних, які отримують підтримувальну терапію агоністами опіоїдів (попереднє повідомлення)

Надання медичної допомоги особам, що вживають наркотики, — одне з актуальних і пріоритетних завдань сучасної медицини в Україні і світі: стрімке збільшення кількості наркозалежних в останні роки зробило Україну одним із лідерів за темпами поширення наркоманії серед населення в Європі. За даними Національного звіту за 2016 рік щодо наркотичної ситуації в Україні, виконаному для Європейського моніторингового центру з наркотиків та наркотичної залежності, кількість споживачів ін'єкційних наркотиків оцінюється приблизно в 425 тис. чоловік, причому понад 90 % з них мають залежність від опіоїдів.

Практика показала, що найбільш ефективним методом лікування опіоїдної залежності є підтримувальна терапія агоністами опіоїдів (ПТАО), яка проводиться в Україні відповідно до Стратегії державної політики боротьби з наркотиками, розрахованої на період до 2020 року. Крім того, МОЗ України заплановано розширення надання допомоги наркозалежним в рамках програм ПТАО: 2017 року планується охопити не менше 27,5 % і 2018 року — не менше ніж 35 % споживачів ін'єкційних наркотиків, які перебувають на диспансерному обліку з приводу вживання опіоїдів (Наказ МОЗ України від 29.09.2016 № 1011, за даними сайту <http://www.moz.gov.ua>).

Незважаючи на підвищений останнім часом інтерес дослідників до проблеми надання комплексної допомоги наркозалежним, які отримують підтримувальну терапію агоністами опіоїдів, до цього часу не існує єдиного підходу до розв'язання проблеми емоційних розладів у цій категорії пацієнтів.

З метою виявлення емоційних розладів у наркозалежних, які отримували підтримувальну терапію агоністами опіоїдів, нами було проведено протягом 2016 року скринінгове дослідження 132 осіб на базі сайтів КЛПУ «Міський наркологічний диспансер м. Краматорська» та КЛПУ «Міський наркологічний диспансер м. Покровська» із застосуванням госпітальної шкали тривоги і депресії (Hospital Anxiety Depression Scale — HADS). Емоційні порушення у вигляді тривожної і депресивної симптоматики за результатами HADS були виявлені у 92 осіб (69,7 ± 4,0 %).

Емоційні розлади у пацієнтів були виражені почуттям зневіри, відчаю, туги, безнадійності, підвищеною дратівливістю зі схильністю до дисфорічних реакцій, тривогою, а також диссомнічними розладами, слабкістю, втратою активності і підвищеною стомлюваністю, які були кваліфіковані нами як астено-депресивний (29,3 ± 4,7 %), тривожно-депресивний (26,1 ± 4,6 %), дисфорічний (19,6 ± 4,1 %), депресивно-іпохондрічний (13,1 ± 3,5 %) та депресивно-апатичний синдроми (11,9 ± 3,4 %).

Порушення емоційної сфери депресивного спектра є предиктором низького рівня психосоціального функціонування пацієнтів, різко підвищують ризик здійснення ними суїциду, збільшують частоту рецидивів і передозування опіоїдами, а також перешкоджають формуванню комплаенса, негативно впливають на прихильність ПТАО і загалом погіршують прогноз наркологічного захворювання.

Ефективна корекція емоційних розладів у наркозалежних, які отримують підтримувальну терапію агоністами опіоїдів, є важливим фактором, що визначає успішність лікувально-реабілітаційних заходів загалом.

Надалі планується дослідження цієї категорії наркозалежних з метою вибору психотерапевтичної тактики, визначення етапності й змістовного наповнення лікувально-реабілітаційної програми з конкретизацією психокорекційних та психореабілітаційних заходів.

УДК 616.89-008.441.3-085.214+614.254.3

Городокин А. Д.

Запорожский государственный медицинский университет (г. Запорожье)

Феномен суперкомплаентности пациентов на программе заместительной терапии зависимости

В процессе эволюции наркологического дискурса исподволь произошли номинация и атрибутивное оформление аддиктологии, де-факто апеллирующей к имманентному характеру наркологии как дисциплины, сфокусированной на патологии преимущественно волевой сферы (патология влечений) и сопряженности поражения сферы эмоциональной.

Фактически наркология, как дисциплина о химических зависимостях, становится дисциплиной о поражении конативной и аффективной сфер, несколько теряя сугубо медицинское звучание за счет двух тенденций:

- вытеснения клиники постинтоксикационной психопатологии в сферу компетенции психиатрии;
- диссолюция выдержанных в академических традициях нейродинамического толка терапевтических протоколов за счет психосоциальных мероприятий ранга «общественного консенсуса».

В настоящее время аддиктология маскирует традиционную наркологию, предотвращая развитие актуальной дисциплинарной тенденции к ее агглютинации с психиатрией. Отдельным вопросом в данном контексте возникает широкий круг клинико-психологических аспектов участия пациентов в программах заместительной терапии зависимости, таких как идентификация наличествующего уровня комплаентности, как в отношении фармакологических аспектов лечения, так и вопросов своевременной идентификации психической патологии в данном контингенте. Основной проблемой тут становится мотивационная диспропорция между рациональным обращением за специализированной помощью и устранением дискомфорта и риском утраты возможности легитимизированного получения аддиктивного агента, что приводит к намеренной дезаггравации психического неблагополучия с поддержанием фасадно-высокого и даже избыточного уровня комплаенса.

Так, обследование 100 пациентов, пребывающих на программе заместительной терапии зависимости синтетическими опиоидами, с использованием «Шкалы медикаментозного комплаенса» (ШМК, НИПНИ им. Бехтерева, 2012 г.) указывает на максимально возможные показатели уровня комплаенса по всем критериям у абсолютного числа паци-

ентов, за исключением объективно определяемого уровня когнитивного снижения, а также уровня глобального функционирования по данным шкалы GAF, где показатели во всех случаях находятся в диапазоне легких нарушений. Полученные данные пребывают в диссонансе с результатами обследования контингента с использованием «Шкалы тревоги Гамильтона» (HARS), где уровень симптоматики в 68 % наблюденный превышал пороговый (18 баллов) для диагностики тревожного расстройства. При этом полученные результаты также не могут быть объективно оценены вне контекста пребывания пациента в ситуации обследования, ассоциированной для него с риском нежелательных последствий.

Таким образом, вопрос методологии определения уровня комплаенса в контингенте пациентов, пребывающих на программе заместительной терапии зависимости синтетическими опиоидами, является актуальным и требует дальнейшего исследования.

УДК 616.853-052

Завязкіна Н. В.

Київський національний університет імені Тараса Шевченка (м. Київ)

Алкоголізація як один з факторів аутоагресивної поведінки хворих на епілепсію

У формуванні аутоагресивної поведінки психічно хворих беруть участь багато зовнішніх і внутрішніх чинників. Виникнення аутоагресії у хворих на епілепсію є результатом складної взаємодії особливостей хвороби (тривалість, тип перебігу, частота нападів, зміни в когнітивній сфері, ступінь вираженості особистісних змін), психогенно-травмуючої ситуації, в якій опинилася хвора людина, і реакції зміненої особистості на ситуацію.

Внаслідок тяжкості хвороби та стигматизації, у хворих виникає суб'єктивне відчуття певної «неповноцінності», можуть формуватися патологічні реакції на зміну їх становища в соціумі, з'являється необхідність формування пристосувальної поведінки до життєвої ситуації. Все це разом може створювати певні передумови для формування аутоагресивної поведінки.

Згідно з епідеміологічними даними, поширеність суїцидів серед хворих на епілепсію в 5—12 разів перевищує їх поширеність у загальній популяції. При цьому частина суїцидів складає до 1/5 в структурі смертності хворих на епілепсію.

Одним з чинників, що ускладнює картину аутоагресивної поведінки хворих на епілепсію, є стан алкогольного сп'яніння. У стані алкогольного сп'яніння у хворих знижується настрій, посилюється дратівливість, нестриманість, виявляється схильність до вербальної або фізичної агресії, збільшується ймовірність нападів. Хворі критично не оцінюють майбутні перспективи, може порушуватися сприйняття часу, блокуються пошуки виходу з життєвої ситуації. В окремих випадках хворі систематично не вживають алкоголь, проте випивають «для хоробрості», оскільки бояться, що «не вистачить рішучості вчинити самогубство», а також для посилення дії медикаментів (при самоотруєннях).

Вживання алкоголю полегшує виникнення аутоагресивних намірів і їх реалізацію у хворих на епілепсію, підсилює наявні психічні розлади і використовується як додатковий засіб під час здійснення самогубства.

Своєчасне діагностування, а також чітке розмежування чинників, що сприяють аутоагресивній поведінці хворих на епілепсію, на головні і другорядні дозволить визначити необхідний обсяг лікувальних, психологічних, реабілітаційних та профілактичних заходів щодо цих хворих.

УДК 616.89-008.442-06:616.89

Задорожний В. В.*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины» (г. Харьков)***О связи неврологических проявлений
с фундаментальными клиническими показателями
у больных алкогольным делирием**

Неврологические проявления у больных алкогольным делирием (АлД) могут быть дополнительным ценным подспорьем в прогнозировании особенностей клинического течения и результатов заболевания. Это обусловлено тем, что многие неврологические симптомы у лиц с АлД возникают раньше психических расстройств и нозологически оформившихся соматических осложнений.

Обследованы 656 больных АлД. Все пациенты — мужчины в возрасте от 18 до 78 лет. Средний возраст составил $44 \pm 1,1$ года. Из них у 213 имелись проявления «классического» АлД (F10.4), а у 378 — тяжелого АлД (F10.43). Сопоставлена выраженность ряда неврологических проявлений с фундаментальными клиническими показателями — длительностью периода психических нарушений и выживаемостью больных. Проводился факторный анализ результатов с применением программ Excel и SPSS.

Полученные данные представлены в таблице.

Корреляции неврологических проявлений с фундаментальными клиническими показателями у больных АлД

Название неврологического симптома	Влияние признака на длительность периода психических расстройств	Влияние признака на исход заболевания
1. Алкогольная полиневропатия	Достоверно увеличивает продолжительность психотического периода	Достоверно снижает выживаемость больных
2. Хроническая алкогольная миопатия	Достоверно увеличивает продолжительность психотического периода	Достоверно снижает выживаемость больных
3. Судорожный синдром	Достоверно увеличивает продолжительность психотического периода	Достоверного влияния на выживаемость больных не оказывает
4. Бессонница	Наблюдается тенденция к уменьшению длительности периода психических расстройств	Достоверного влияния на выживаемость больных не оказывает
5. Повышение мышечного тонуса	Достоверно увеличивает продолжительность психотического периода	Достоверно снижает выживаемость больных
6. Гиперкинетический синдром	Наблюдается тенденция к уменьшению длительности периода психических расстройств	Наблюдается тенденция к повышению выживаемости больных
7. Косоглазие (страбизм)	Достоверного влияния на длительность периода психических расстройств не имеет	Достоверного влияния на выживаемость больных не имеет
8. Нистагм глазных яблок	Достоверного влияния на длительность периода психических расстройств не имеет	Достоверно повышает выживаемость больных
9. Анизокория	Достоверно увеличивает продолжительность психотического периода	Достоверно снижает выживаемость больных
10. Менингеальный синдром	Достоверно увеличивает продолжительность психотического периода	Достоверно снижает выживаемость больных

В противовес расхожему мнению о том, что появление явных неврологических признаков у больных АлД сигнализирует о переходе заболевания к неблагоприятному

типу течения и формированию так называемой «острой алкогольной энцефалопатии по типу Гайе — Вернике», имеется целый ряд классических неврологических проявлений не только индифферентных к текущему состоянию больных АлД, но и даже коррелирующих с несомненным улучшением фундаментальных клинических показателей болезни. Это позволяет с новых позиций оценивать прогностическое значение неврологических проявлений у больных АлД.

УДК 616.895.4-092:612.017.1.018

*Зильберблат Г. М., Черняховский И. А., Соколова М. А.
КУ КОС «Областное психонаркологическое медицинское
объединение» (Киевская область, Васильковский район,
пгт. Глеваха)***Пути реформирования наркологической службы**

Война на востоке Украины, аннексия Крыма, миграция населения и, не в последнюю очередь, высокая распространённость алкогольной и наркотической зависимости — основные причины значительного ухудшения демографической ситуации в Украине. За 2010—2015 гг. численность населения уменьшилась на 3 022 тыс. человек (6,6 %), сельское — на 1 188 тыс. человек, городского — на 1 834 тыс.; трудоспособного — на 2 698 тыс. человек (9,8 %).

Среди лиц с наркологическими зависимостями немало больных туберкулёзом, хроническими гепатитами, ВИЧ/СПИДом, вензаболеваниями, поздно диагностированными злокачественными новообразованиями.

На 01.01.2016 г. на учете в Украине — 484 115 больных хроническими алкогольными синдромами (1 12,8 на 10 тыс. населения) и 60 587 (14,1 на 10 тыс. нас.) — больных наркоманией. Принимая во внимание коэффициенты достоверности (8), для больных хроническим алкоголизмом это составляет 3 872 920 человек, а для больных наркоманией (коэффициент 10) — 622 000 человек.

Официальное уменьшение количества больных, состоящих на диспансерном учете, некоторые авторы считают обусловленным депопуляцией, отсутствием «госзаказа на здоровье», ослаблением взаимодействия наркологической службы с полицией и общественностью, неуклюжестью учреждений здравоохранения врачами-наркологами и рядом других факторов.

Увеличивается количество лиц, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) в сочетании с алкоголизмом и наркоманией.

В 2016 г. в состоянии опьянения совершено 13 413 преступлений: умышленных убийств — 567, причинение тяжких телесных повреждений — 777, телесных повреждений средней тяжести — 331, других — 3102; в 1892 дорожно-транспортных происшествий травмировано 2559 человек, погибло — 223. Показатели гибели и травматизма по вине пьяных преступников соизмеримы с потерями в антитеррористической операции.

Остается значительным количество неблагополучных, вследствие злоупотребления алкоголем семей, в которых дети — «сироты при живых родителях». На 1.01.17 г. лишь в Киевской области зарегистрированы 1903 такие семьи, в которых воспитываются 2599 детей (до 15 лет — 1394).

Либерализация законодательства, отсутствие давления со стороны государства, повлекли ежегодное снижение охвата наркобольных лечением в специализированных учреждениях здравоохранения, росту социально опасных заболеваний, преступности, подрыву обороноспособности государства.

Мы считаем необходимым:

— восстановить значимость института районного специалиста, психиатрическую основу наркологии, ввести специальность единого **базового психиатра**, при сохранении структуры районного психиатрического и наркологического кабинетов, областного психиатрического и наркологического диспансеров;

— доукомплектовать районные психиатрические, наркологические, детские кабинеты **врачами-психиатрами**;

— создать, в случае целесообразности, психонркологические медобъединения по примеру Киевской, Одесской, Ровенской, Запорожской и других областей.

Реформа наркослужбы, несомненно, улучшит организацию наркологической и психиатрической помощи населению, устраним антагонизм между психиатрами и наркологами, поможет повысить их профессиональный уровень, будет способствовать раннему выявлению, своевременному и качественному лечению, снижению уровня инвалидизации. При этом выиграет, в первую очередь, районное звено: будет обеспечена взаимозаменяемость, решение ряда социальных вопросов. Оказание качественной помощи лицам, страдающим ПТСР и другими психическими расстройствами в коморбидности с алкоголизмом и наркоманией, станет возможным через «одно окно».

Считаем необходимым, чтобы зависимостями (аддикцией) занимались психиатры, как в Европе, США и двадцать лет назад — в Украине.

УДК 616.89-02:547.262-037

Кузьмін В. Н.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Клінічні варіанти стану відміни алкоголю з делірієм

Метою дослідження було вивчення клінічних варіантів стану відміни алкоголю з делірієм у госпіталізованих в спеціалізований стаціонар. Було обстежено 200 хворих, повторно госпіталізованих з діагнозом стан відміни алкоголю з делірієм. Вік хворих становив 30—40 років. У всіх хворих початок психотичних розладів був пов'язаний зі станом відміни алкоголю. Абортивний перебіг спостерігався у 42 % (82) хворих. До цього варіанту перебігу можна віднести варіанти перебігу психозу з тривалістю менше доби. Для них були характерні: порушення сну з жахливими сновидіннями, короткочасна сплутаність у вечірній час, парейдолії, короткочасні поодинокі зорові, тактильні галюцинації, що істотно не впливали на поведінку хворого. Для них не було характерно значне психомоторне збудження. Одуjuanня наставало критично після тривалого медикаментозного сну. Варіант перебігу алкогольного делірію з клінічною картиною, яка близька до класичної, відзначалася в 12,5 % (25) хворих. У цій групі спостерігалася виражене психомоторне збудження, від ефективності купірування якого залежав прогноз захворювання. У разі неефективності його лікування відбувалися пролонговані психози 12 % (24 особи). Для цієї групи були характерними найбільш виражені порушення свідомості (в низці випадків діагностований аментивний синдром). У деяких випадках траплявся онейроїд, який свідчив про тяжкий перебіг психозу. У хворих звужувався спектр психопатологічних розладів і спостерігалася збільшення тяжкості соматоневрологічних порушень. В деяких випадках психічний стан можна було характеризувати як кататонічний синдром. Галюцинаторна форма спостерігалася у 39 % (78) — у клінічній картині таких пацієнтів переважали галюцинаторні переживання — зорові, слухові, тактильні. Здебільшого

про їхню наявність лікар дізнавався від самих хворих. Соматоневрологічні порушення, характерні для стану відміни, були найменш виражені. Афект страху зазвичай був значніший при слухових галюцинаціях. Параноїдна форма спостерігалася у 5,5 % (11) хворих. У декотрих хворих була ендормна клінічна картина з синдромом Кандинського — Клерамбо. Під час повторних епізодів психотичних розладів у хворих загалом повторювався паттерн психопатологічної структури першого в житті перенесеного металкольного психозу, при цьому тяжкість психозу не збільшувалася.

Отже, різноманіття симптоматики при стані відміни алкоголю з делірієм спричиняє певні труднощі під час розмежування алкогольного делірію, алкогольного галюцинозу, алкогольного параноїду. У низці випадків у хворих з алкогольною залежністю спостерігаються металкольні психози зі складною психопатологічною картиною, що не вкладається в рамки зазначених вище. Треба зауважити, що трактування психічних порушень як делірію істотно різниться не тільки у лікарів різних спеціальностей, а й у лікарів-психіатрів. Діагностувати деліріозне затьмарення свідомості в низці випадків проблематично у зв'язку з мерехтінням симптоматики та випадінням з поля зору лікаря хворого у вечірній час. Критерій порушеної свідомості як основи для діагностики делірію (дезорієнтація, дезорганізація мислення, порушення уваги тощо) складний в інтерпретації, в зв'язку з тим, що при будь-якій психотичній симптоматиці тою чи іншою мірою відбувається порушення свідомості в широкому сенсі. При тривалому безсонні, яке часто передуює розвитку психозу, після короткочасного спонтанного або медикаментозного сну дезорієнтація має ознаки сплутаності, що пов'язана з просоночним станом.

На наш погляд, ключовими критеріями віднесення алкогольного психозу до стану відміни алкоголю з делірієм мають бути зв'язок психотичного стану зі станом відміни алкоголю, швидка редукція всієї психотичної симптоматики після припинення соматовегетативних проявів стану відміни алкоголю і нормалізації загального стану хворого. Різноманітні за психопатологічною структурою психотичні стани (відмінні від класичного варіанта), в зв'язку з переважанням їх в загальній кількості, варто трактувати як клінічні варіанти стану відміни алкоголю з делірієм, а не атипові варіанти алкогольного делірію.

УДК 616.89-008.441.13:615.851

Лісна Н. М., Бараненко О. В.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Клінічні характеристики пацієнтів з різним рівнем терапевтичного альянсу

У більшості наукових досліджень в наркології домінує вивчення біологічних механізмів залежності як об'єктивної причини захворювання і ігнорується важлива роль суб'єкта лікування, який має власне сприйняття пережитої хвороби, особистісне ставлення до лікаря та рекомендованого лікування, складні відносини зі своїм близьким оточенням.

Надзвичайно значущим стає формування комплаєнса, тобто прихильності хворого до лікування і співпраці з лікарем. Визнано, що одним з головних чинників підвищення та підтримки оптимального комплаєнса є особливий тип відносин між лікарем і пацієнтом з формуванням емпатичного зв'язку — терапевтичний альянс (ТА).

З літературних джерел відомо, що чинники, які впливають на існування терапевтичного альянсу між фахівцями у галузі наркології та їх залежними пацієнтами, практично не досліджувались. Отже, метою цієї роботи є визначення

індивідуальних клініко-психопатологічних характеристик осіб з алкогольною залежністю згідно з рівнем терапевтичного альянсу. Методами дослідження, окрім клініко-психопатологічного, було обрано методику оцінки ступеня реабілітаційного потенціалу у хворих з синдромом алкогольної залежності (Дудко Т. Н., 2000) та спеціалізований опитувальник The Penn Helping Alliance questionnaire-II-HAq-II (L. Luborsky, 1997).

Обстежено 40 осіб із синдромом алкогольної залежності. Середній вік обстежених хворих становив $29 \pm 1,56$ роки.

Вік початку систематичного вживання алкоголю пацієнтами, за анамнестичними даними, істотно коливався і був в діапазоні від 17 до 30 років, в середньому становив $22,4 \pm 2,3$ роки, тоді як формування алкогольної залежності відбулося у віці $28,4 \pm 2,86$ роки. Тривалість захворювання варіювала від 3 до 7 років.

За результатами аналізу даних методики оцінки терапевтичного альянсу (ТА), пацієнтів було поділено на дві групи. Першу групу склали пацієнти з високим рівнем ТА (24 особи), другу — з низьким рівнем ТА (16 осіб).

Більшість хворих з низьким рівнем терапевтичного альянсу почали зловживати алкоголем декілька раніше (у 15—17 років), ніж пацієнти з високим рівнем ТА (у яких початок зловживання алкоголем приходився на вік після 18 років). Крім того, у хворих з низьким ТА відзначалося паралельне епізодичне вживання інших психоактивних речовин (в основному канабісу у 25 % осіб). Також у пацієнтів зі низьким рівнем ТА ступінь виразності синдрому відміни була більш тяжкою (у 25 % осіб проти 4,17 % у групі з високим ТА) при наявності постійного виду потягу до спиртних напоїв (18,75 % проти 4,17 %).

В групі респондентів із високим рівнем ТА була відзначена більша частота терапевтичних ремісій порівняно зі спонтанними (79,17 % відзначили наявність стійких терапевтичних ремісій, та 20,83 % респондентів цієї групи вказали на переважно спонтанні ремісії). У групі із низьким рівнем ТА у 56,25 % обстежених відбувалися терапевтичні ремісії, та у 37,50 % — спонтанні.

При цьому, за такими значимими для формування терапевтичних відносин показниками як «критика до захворювання» та «ставлення до лікування» хворі двох груп достовірно не відрізнялись, що, можливо, пов'язано з прагненням пацієнтів надавати соціально бажані відповіді та недосконалістю діагностичного інструментарію.

Отже, під час проведення дослідження встановлено основні клінічні фактори, що несприятливо впливають на формування ТА. Отримані дані будуть використано у процесі розроблення методів оптимізації ефективності лікування та психокорекції осіб із залежністю від алкоголю.

УДК 616.89-008.441.13:615.851

Лісна Н. М., Бараненко О. В., Шалашов В. В.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Зв'язок між показниками типів особистісної акцентуації та рівнем терапевтичного альянсу у хворих на алкогольну залежність і їх співзалежних родичів

На сучасному етапі розвитку наркологічної науки дослідниками все частіше визнається провідна роль психотерапії в комплексному лікуванні алкогольної хвороби. Визнано, що одним з головних чинників підвищення та підтримки оптимального комплаєнса є особливий тип відносин між лікарем і пацієнтом з формуванням емпатичного зв'язку — терапевтичний альянс (ТА).

Очевидно, що терапевтичний альянс у високій мірі залежить від особистісних якостей особи, що звернулася за лікуванням. Існує багато досліджень, присвячених вивченню особистісних рис в осіб із залежністю від алкоголю, але вплив даних рис на можливість встановлення повноцінного ТА майже не вивчалася. Також не завжди беруться до уваги складні та не очевидні взаємовідносини хворого на алкогольну залежність зі своїм близьким оточенням. При цьому, залежну поведінку хворого часто намагаються змінити, спираючись тільки на фармакотерапію без урахування ступені прихильності пацієнта і його спів залежних родичів до тривалого лікування та реабілітації, ігноруючи факт відсутності у даного контингенту мотивації на зміну залежної поведінки. Отже, метою представленої роботи є вивчення зв'язку між показниками типів особистісної акцентуації та рівнем терапевтичного альянсу у хворих на алкогольну залежність.

Методи дослідження: спеціалізований опитувальник The Penn Helping Alliance questionnaire-II — HAq-II, (L. Luborsky, 1997), опитувальник PDQ-IV (Personality Diagnostic Questionnaire for DSM-IV) в модифікації В. П. Дворщенка (Дворщенко В. П., 2008)

Було обстежено 40 осіб із синдромом алкогольної залежності. Середній вік обстежених хворих становив $29 \pm 1,56$ років та 40 їх співзалежних родичів.

При аналізі отриманих даних було встановлено, що високий рівень терапевтичного альянсу у хворих з алкогольною залежністю позитивно корелював з тривожною, параноїдною та шизотиповою особистісною акцентуацією, а низький рівень терапевтичного альянсу було пов'язано з виразністю акцентуації емоційно-нестійкого, дисоціального, дистимічного та нарцистичного типу. У цілому, показник психопатологічної симптоматики, що відображав ступень розладу особистості, виявився найбільш значущим у негативному зв'язку з рівнем ТА.

Дослідження аналогічних кореляційних зв'язків у групі спів залежних родичів показало, що найбільш сприятливий терапевтичний альянс було сформовано з особами з залежною та тривожною акцентуацією, які не досягали рівня психопатизації, а менш сприятливий ТА було характерно для осіб з параноїчною, нарцистичною, істеричною та емоційно-нестійкою акцентуацією.

Узагальнюючи отримані дані, можна дійти висновку, що у хворих на алкогольну залежність та їх близьких родичів із проявами спів залежності було встановлено різноманітні зміни особистості, які можуть значно ускладнювати формування оптимальних терапевтичних відносин і повинні служити мішенями психотерапії та психокорекції.

Отже, при проведенні дослідження встановлено основні клінічні фактори, що несприятливо впливають на формування ТА. Отримані дані будуть використано у процесі розробки методів оптимізації ефективності лікування та психокорекції осіб із залежністю від алкоголю.

УДК : 616.89-008.441.13

Лобанов І. Ю.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Мінімальна дисфункція головного мозку як етап і біологічний предиктор формування алкогольної залежності

Особливості преморбідного розвитку людини визначають перевагу та прогноз різних форм алкогольної залежності (АЗ) не тільки у молоді, але й у осіб більш старшого віку. В результаті пошкодження головного мозку в період вагітності

та пологів матері, що відбувається в популяції, за різними даними, в 60—90 % випадків, виникає мінімальна дисфункція головного мозку (МДМ), яка має високий адиктогенний потенціал. Поєднання МДМ з іншими негативними чинниками: алкогольна спадковість, травми та захворювання головного мозку, дитячі та загальні інфекції, деструктивні відносини в батьківській родині, призводить до виникнення станів напруженої адаптації та дезадаптації на усіх наступних етапах життя, формування клінічної картини дизонтогенезу. Саме тому, усю наступну профілактичну, корекційну та реабілітаційну роботу щодо осіб із синдромологією МДМ, іншими поєднаними патологіями треба проводити із позицій та завдань перинатальної медицини, в напрямках поліпрофесійної компенсації порушених функцій.

Комплексне обстеження (збирання анамнестичних даних у батьків, вивчення амбулаторних медичних карт дітей) 60 учнів ПТУ м. Полтави, які в свої 15—19 років вже регулярно вживають алкоголь, виявило патологію вагітності у матері — у 87,3 % підлітків; патологію пологів — у 76,8 %; патологію перших років життя (синдроми збудження або загальмованості) — у 90,6 %; енурез або заїкування — у 53,2 %; фобічні стани — у 46,3 %; відсутність успіхів в навчанні (школа та ПТУ) — у 87,3 %; переважне вживання малоалкогольних напоїв — у 90,6 %; картину «сп'яніння травматика» — у 87,3 %, інші клінічні та темпові відзнаки АЗ від традиційних форм. Результати вказують на те, що змістовна картина дизонтогенезу в осіб із наявністю МДМ має декілька варіантів подальшого перебігу, з обов'язковим виходом в адиктивну поведінку та дегенеративні (деструктивні) процеси. Саме дослідження цих варіантів розладу розвитку дітей внаслідок МДМ, встановлення строків та етапів маніфестації її негативних наслідків та ускладнень становить важливе, сучасне науково-практичне завдання, а результати таких досліджень можуть скласти необхідне підґрунтя для створення новітніх систем і технологій ефективною профілактики, корекції та терапії молоді з високим адиктогенним потенціалом.

УДК 616.89-008.441.13

Лобанов І. Ю.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Дослідження патопсихологічних механізмів ризику розвитку алкогольної залежності серед учнів ПТУ

Усе більшу значимість в сучасній наркології набирають питання поширення алкоголізації серед населення, подальше молодшання віку вживання алкогольних напоїв, виникнення негативних алкогольних наслідків й ускладнень. Дезадаптивна поведінка та дисфункціональні розлади, як у преморбіді, так і на етапах пияцтва, у молоді належать до діагностичних ознак етапів залежності.

Проведене комплексне патопсихологічне обстеження 80 учнів ПТУ м. Полтави, які зловживають алкоголем у свої 16—18 років, за допомогою тесту AUDIT; методи оцінки стану когнітивних функцій (MMSE); опитувальника Дерогатіс (SCL-90-R); копінг-тесту Лазаруса та опитувальника тяжкості алкогольної залежності (SADQ), виявило у них низку психічних та поведінкових паттернів. Саме вони відкривають перспективи для розроблення стратегій ранньої, ефективною превенції девіантної (зокрема аддиктивної) поведінки у підлітків та юнаків, а також корекції наслідків дисгармонійного виховання та деструктивної дії родинного та соціального оточення у різні періоди життя.

Доведено, що першим кроком протиалкогольної профілактичної та корекційної роботи серед молоді має бути ви-

явлення так званого «ризикового контингенту». Наступними кроками є поліпрофесійне профілювання зазначених осіб — за типами лікувальних, корекційних та профілактичних програм, організація їх постійного спостереження й лікування. Провідне значення має й культурне, спортивне та особистісне «відволікання» молоді від вживання алкоголю, вироблення навичок здорового образу життя та успішного пошуку сенсу життя.

УДК 616.89-008.441.13:614.253.8

Маркозова Л. М.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Преморбідні, клінічні та соціально-психологічні маркери ступеня терапевтичного альянсу в осіб з алкогольною залежністю

Проблема лікування алкогольної залежності (АЗ) залишається актуальною дотепер. Звісно, що ефективність лікування осіб з АЗ та тривалість ремісії залежать від багатьох чинників, зокрема й від рівня терапевтичного альянсу (Л. Ф. Шестопалова, 2008; Н. М. Лісна, 2011).

Мета роботи: визначити преморбідні, клінічні та соціально-психологічні характеристики хворих, які впливають на формування терапевтичного альянсу (ТА) різного рівня.

Методи та матеріали дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, опитувальник НАQ-II, шкала співзалежності "CSIS", статистичний. Обстежувані особи з синдромом АЗ, які проходили лікування в умовах стаціонару ($n = 40$), та їх співзалежні родичі, середній вік яких складав відповідно $29,00 \pm 1,56$ та $49,00 \pm 1,28$ роки. Обстежувані поділені на групи: 1 група — особи з високим рівнем ТА (60,00 %), 2 група — з низьким.

В результаті роботи встановлені значні розбіжності в оцінюванні сили ТА, що надалі може привести до серйозного дисбалансу у робочих відносинах та передчасного переривання терапії (за версією пацієнта рівень ТА склав 75,4 бали, за версією співзалежного родича — 62,4). У обстежуваних 2 групи встановлено виражену спадкову обтяженість щодо АЗ (81,2 % проти 75 % осіб 1 групи), схильність до антисоціальних вчинків (68,75 % проти 41,67 %) та психопатичні прояви (37,50 % проти 8,33 %). Для осіб 1 групи було властивим відповідальніше ставлення до навчання та трудової діяльності (у 91,67 % були сформовані трудові навички). До 17 років почали зловживати алкоголем 56,2 % осіб 2 групи та 25 % осіб 1 групи. Епізодичне вживання канабісу відзначалося у 25 % осіб 2 групи; виражений ступень проявів синдрому відміни алкоголю (СВА) — (25 % проти 4,17 % осіб 1 групи) при наявності постійного потягу до спиртних напоїв (18,7 проти 4,17 %). Встановлено, що 80 % осіб в обох групах мали достатньо високий рівень матеріального забезпечення. 62,5 % пацієнтів 2 групи виховувались тільки матір'ю, з них 56,25 % проживають зі своїми матерями. За рівнем освіти та наявністю ширшого кола соціальних інтересів вирізнялися особи 1 групи (45,8 проти 12,5 %). Менше третини всіх обстежених проживали у офіційному шлюбі, в 65 % випадків хворі були розлучені та перебували у нестабільних стосунках. Понад 90,0 % осіб в обох групах мали конфліктні відносини у своїй родині. Щодо трудової діяльності, творче та активне ставлення спостерігалось у 75 % осіб 1 групи, байдуже-пасивне або негативне — у 65 % осіб 2 групи. Щодо морально-етичного зниження, було встановлено, що тільки у 62,5 % осіб 1 групи переважали ознаки легкого зниження (часткове зниження нормативної ціннісної орієнтації, почуття відповідальності, обов'язку і сорому; прояви

брехливості, грубості, позерства; ознаки егоцентризму; епізоди крадіжок). У 62,5 % осіб 2 групи домінували ознаки як легкого, так і середнього (37,50 % осіб) ступеня морально-етичного зниження (до ознак легкого ступеня додаються неохайність, порушення комунікабельності, егоцентризм, асоціальні вчинки, зниження батьківського інстинкту, занурення в алкогольну субкультуру). За показником «афективні порушення» у 54,1 % осіб 1 групи виявлено ознаки легких емоційних розладів, у 81,2 % осіб 2 групи — середні.

Отже, маркерами низького рівня ТА є виражена спадкова обтяженість щодо АЗ, тяжкий ступінь проявів СВА, наявність постійного потягу до алкоголю, епізодичне вживання інших психоактивних речовин, високий рівень психопатизації, схильність до антисоціальних вчинків, байдуже-пасивний/негативний стиль ставлення до навчання та трудової діяльності, низький соціальний статус, гостроконфліктні відносини у родині, безвідповідальність, емоційна лабільність, закритість/формальність у комунікації з лікарем.

УДК 616.89-008.441.13:616.45-001/3-008.46

Маркозова Л. М.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

**Роль факторів нейропластичності
у формуванні когнітивних порушень та їх корекції
у осіб з алкогольною залежністю
з постстресовими розладами**

Питання щодо підвищення ефективності лікування осіб з алкогольною залежністю залишаються актуальними для сучасної світової наркології. Біопсихосоціальна парадигма потребує відповідного багатостороннього підходу як до розуміння причин формування та існування алкогольної залежності, так і до реалізації лікувально-реабілітаційних засобів. Останнім часом помітно збільшилась кількість наукових досліджень когнітивних порушень у осіб з алкогольною залежністю (І. В. Дамулін, 2005; Л. М. Маркозова, 2008, 2009, 2010). Накопичено великий масив результатів про функціонування уваги, пам'яті та мислення як компонентів пізнавально-регуляційного процесу, задіяного у реалізації складних форм поведінки (Л. Н. Пайкова, Л. М. Маркозова, 2008, інші). Отримано значний обсяг даних про патогенетичну роль когнітивного дефіциту у виникненні та розвитку алкогольної залежності та негативне прогностичне значення виразних нейропсихологічних порушень у лікуванні таких пацієнтів (Л. М. Маркозова, Е. І. Усменцева і др., 2008; Л. Н. Пайкова, Л. М. Маркозова, 2008, 2009; Е. І. Усменцева, Л. М. Маркозова, 2009; Л. М. Маркозова, В. В. Лобачова і др., 2009; Л. М. Маркозова, 2009). Однак, як свідчать результати досліджень останніх 10 років, проблема корекції когнітивних порушень не може бути достатньо розв'язаною без урахування складних та різноманітних процесів нейропластичності як здатності мозку змінювати звичну поведінку на ґрунті нового досвіду та навчання.

За даними сучасних досліджень було встановлено, що нейротрофічний фактор мозку (bdnf) є одним з факторів росту нервів поряд з нейротрофічним фактором-3, фактором 4/5 (Thoenen, 1995; Poо, 2001; Lu, 2003). Нейротрофічні фактори відіграють ключову роль в орієнтації та розвитку нейрональних систем, а також мають важливе значення для виживання, диференціювання та функції нейронів (Finkbeiner et al., 1997; Huang and Reichardt, 2001; Gorski et al., 2003). Дія bdnf є опосередкованим шляхом прив'язки до тіро-зінкінази Б рецепторів. Відомо, що мозкові клітини здатні до продукування нових нейронів та нейрональних зав'язків

у любому віці та, загалом, морфофункціональна організація нейрональних структур мозку підлягає модуляції в процесі навчання. За даними дослідників (Poо, 2001; Lu, 2003; Nestler et al., 2002; Duman et al., 2000) роль факторів нейропластичності, зокрема bdnf, має певне значення в розвитку низки неврологічних та психічних станів, як-от синаптична пластичність, пов'язаних з навчанням та пам'яттю, депресією та стресом. Використовуючи різні підходи, дослідники зауважили, що bdnf та його сигнали 1/2 (ERK1/2) відіграють вирішальну роль в алкогольній залежності, перевазі етанолу та індукованому ушкодженні мозку (Chao, 2003; Pandey, 2004).

Дослідження, які проведено у відділі клінічної та соціальної наркології ДУ ІНПН НАМН (Л. М. Маркозова, 2009; Л. М. Маркозова, Л. Н. Пайкова, А. Г. Плотников, 2009; Л. М. Маркозова, 2011, 2012; А. І. Минко, Л. М. Маркозова, Л. Н. Танцура, 2012), довели важливість урахування особливостей когнітивного функціонування хворих на алкогольну залежність, зокрема й в гендерному аспекті, під час проведення лікувального процесу та необхідність впровадження спеціальних дій, спрямованих на їх корекцію.

УДК 616-036.22:57.081.4

Маркозова Л. М., Лінський І. В.

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

**Метод математичного моделювання
агоністично-антагоністичної взаємодії станів
залежності різного походження в процесі їхнього
епідемічного поширення**

Численні наукові публікації свідчать про подальше поширення в нашій країні алкоголізму та наркоманії (І. В. Лінський, О. І. Мінко, 2003; І. В. Лінський з співавт., 2006, 2007), що призводить до загострення конкуренції різних об'єктів зловживання за потенційного споживача. Ця конкуренція відбувається не тільки на популяційному рівні, а і на рівні окремої особи протягом її життя. Звісно, що кількість споживачів наркотиків серед населення в 10 разів, а залежних від алкоголю приблизно в 5 разів перевищує кількість хворих на відповідні розлади, що перебувають на обліку в наркологічних диспансерах. Теорії та практиці епідеміологічних досліджень залежності від психоактивних речовин (ПАР) присвячена значна кількість наукових праць, в яких описано ситуацію, що склалася в цій країні внаслідок розповсюдження залежності від ПАР в будь-який заданий момент часу. Значно рідшими є роботи, присвячені опису динаміки процесу. Відомо, що сучасний, науково-обґрунтований підхід до прогнозування розвитку епідемічних процесів передбачає створення адекватних математичних моделей на ґрунті вивчення достатнього масиву даних про динаміку зазначених процесів у минулому, а також чинників, що впливають на них.

Мета роботи: розробити метод математичного моделювання агоністично-антагоністичної взаємодії станів залежності різного походження.

Методи дослідження: аналіз офіційної статистики результатів вибіркового епідеміологічних досліджень щодо поширення станів залежності від наркотиків та інших психоактивних речовин; математичне моделювання, методи математичної статистики.

В результаті роботи проведено аналіз епідеміологічної ситуації в Україні щодо залежності від алкоголю та інших психоактивних речовин протягом останніх 25 років.

Показано, що за цей період в загальноукраїнському масштабі відбулась трансформація взаємної епідемії алкоголізму та наркоманії: з кооперативних на конкурентні.

Встановлено, що конкуренція, яка виникла між зазначеними епідеміями, є прямим наслідком того факту, що кількість осіб, схильних до формування станів залежності, в популяції обмежена. Показано, що різні регіони країни належать до двох груп, що якісно відрізняються, а саме: до групи, де з самого початку спостереження превалювали відносини конкуренції між епідеміями, про які йдеться (регіони з вихідною високою поширеністю станів залежності), та до групи з переважно кооперативними відносинами між зазначеними епідеміями — регіони з вихідною низькою поширеністю станів залежності.

Створено математичну модель, що враховує взаємини кооперації/конкуренції між епідеміями залежності від алкоголю та інших ПАР і ґрунтується на системі рівнянь Лотки — Вольтерри для опису чисельності видів:

$$\frac{dN_1}{dt} = N_1 (\epsilon_1 - \gamma_2 N_2); \quad \frac{dN_2}{dt} = -N_2 (\epsilon_2 - \gamma_2 N_1).$$

Ці рівняння є основою моделювання системи. Показано, що похибка запропонованого методу прогнозування становить $\pm 0,29\%$ (що в 2,2 рази менше похибки кращого наявного на сьогодні методу).

Зроблено розрахунок економічної ефективності запропонованого методу і показано, що його впровадження в масштабах народного господарства України забезпечить економію коштів на рівні не гірше 1,87 млн гривень на рік.

Отже, створено математичну модель, яка сприятиме визначенню агоністично-антагоністичної взаємодії станів залежності різного походження в динаміці в Україні.

УДК 616-003.96-092:615.21.7:001.8 "364"

Маркозова Л. М.¹, Пустовалова І. А.²

¹ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків);

²КЗОЗ «Харківська обласна клінічна наркологічна лікарня» (м. Харків)

Визначення адаптогенних та патогенних ефектів психоактивних речовин серед учасників АТО

Проблема надання належної медичної (насамперед психологічної) допомоги та застосування реабілітаційних програм учасникам бойових дій є однією з пріоритетних завдань сьогодення не тільки в Україні, але й у світі (Н.В. Тарабрина, 2003, 2009, 2010). Звісно, що у разі неадекватного лікування учасників бойових дій психопатологічна симптоматика з роками посилюється, що майже у 80 % випадків спонукає людину до зловживання психоактивними речовинами, до ауто- та гетероагресивних дій (Л. М. Маркозова, Л. М. Лісна, 2015). Саме ці факти й визначають мету роботи.

Мета роботи: визначення адаптогенних та патогенних ефектів психоактивних речовин (ПАР) у учасників АТО в умовах «гібридної війни».

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, AUDIT-тест, шкала Derogatis SCL-90 R, шкала Mezich, методи математичної статистики.

Обстежені особи — учасники АТО ($n = 18$), середній вік яких складав $36,5 \pm 2,49$ роки. Надійшли до шпиталю з розладами адаптації F43.2. Середній вік першого знайомства з алкоголем становив $16,22 \pm 3,93$ роки, у 22,3 % перше знайомство з опіюдами та канабіноїдами відбувалось в $17,0 \pm 0,41$ роки. Серед алкогольних уподобань в 44,5 % випадків були горілка, коньяк; в 16,7 % випадків — пиво; в 11,2 % випадків обстежені вживали енергетичні напої; 5,6 % — опіюди. Не вживали алкоголь у мирному житті 16,7 % обстежених. Тютюн палили всі обстежені з $14,94 \pm 1,74$ роки,

в середньому по $19,06 \pm 4,31$ цигарки на добу. Закінчили 9 класів загальноосвітньої школи 44,5 % осіб, середню освіту мали 16,7 %, середню спеціальну освіту — 27,8 %, вищу — 11,0 % осіб. Професійні навички мали 83,4 % обстежених. Матеріальну допомогу від родичів отримували 27,8 % осіб. За сімейним статусом обстежувані поділились таким чином: одружених 27,8 %, розлучених — 5,6 %, решта — неодружені.

В анамнезі закриті черепно-мозкові травми мали 22,3 % осіб, перенесли вірусний гепатит типу А 11,2 % осіб, мали хронічні соматичні захворювання 16,7 %. Наявність соматичних проблем за останні 6 місяців висловили 22,3 % осіб.

В результаті роботи проведено аналіз рівня та стилю вживання ПАР. Встановлено, що у 55,6 % осіб відбувалося порушення кількісного контролю вжитого алкоголю (СДА* = $7,91 \pm 0,95$), яке було вжито для зняття або послаблення розладів психіки та поведінки внаслідок впливу «гібридної війни» (психологічного напруження, стресу, відчуття страху тощо), у 22,3 % осіб констатовано стан відміни алкоголю (СДА = $41,10 \pm 13,50$), у половини з них була запійна форма пияцтва. За тестом AUDIT у 11,2 % осіб сума балів була вище ніж 15, а у 22,3 % — в межах 8—15 балів. Встановлені найбільш впливові чинники щодо якості життя учасників АТО. Зокрема, найнижчі бали відповідали фізичному благополуччю ($5,5 \pm 0,69$), психологічному та емоційному благополуччю ($5,5 \pm 0,72$), суспільної та службової підтримки ($5,61 \pm 0,73$) та загальному сприйняттю якості життя ($6,06 \pm 0,60$). Щодо даних за шкалою Derogatis SCL-90, виявлені легкі прояви порушень за шкалами соматизації ($1,03 \pm 0,16$), тривожності ($1,06 \pm 0,17$), параноїальних тенденцій ($1,19 \pm 0,20$). Загальний індекс тяжкості складав $0,96 \pm 0,12$, що відповідає легким проявам порушень. Індекс наявності соматичного дистресу становив $1,95 \pm 0,19$, що має тенденцію наблизитися до помірного ступеня виразності проявів.

Наші результати мають попередній характер, для уточнення ефектів ПАР серед учасників АТО треба подальше проведення дослідження.

УДК 616.89-008.441.13: 616.85

Мисько Г. М.

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ (м. Харків)

Протисудомні препарати пролонгованої дії в комплексній терапії компульсивного потягу до алкоголю та дидактичні основи імплементації

Алкогольна патологія в структурі інших форм залежності від психоактивних речовин залишається домінуючою. Згідно з даними офіційної статистики, кількість пацієнтів, які отримують допомогу в наркологічних диспансерах України, сягає 1 млн осіб. Постійно стає дедалі більшою захворюваність на алкогольні психози, що свідчить про високе фактичне розповсюдження алкоголізації населення і хворих на алкогольну залежність.

За останні 10—15 років спостерігається істотна трансформація клініки алкогольної залежності. Змінилася структура споживання спиртних напоїв. За обсягом споживання алкоголю домінує пиво, міцні спиртні напої відійшли на друге місце. На ринку з'явилася велика кількість високотоксичних сурогатів алкоголю. Це призводить до формування за короткі терміни органічного ураження головного мозку (алкогольної енцефалопатії) з астенічними, афективними, дисфоричними,

* Згідно з рекомендаціями ВООЗ, одна середня стандартна доза алкоголю (СДА) дорівнює 40 мл горілки, коньяку або 330 мл пива; в межах норми СДА для чоловіків не повинна перевищувати значення 2-х.

інтелектуальними та мнестичними розладами, компульсивним (вітальним за своїм характером) потягом до алкоголю, судомними нападами та алкогольними психозами.

Серед численних симптомів і синдромів, які спостерігаються при алкогольній залежності, патологічний потяг до алкоголю займає провідне місце. Він іманентно присутній на всіх етапах і стадіях формування алкогольної залежності, а також спостерігається в структурі практично всіх основних симптомів і синдромів. Проте облігатним симптомом, фасадом всього синдрому комплексу патологічного потягу до алкоголю є емоційна складова.

На клінічному рівні найчастішими афективними проявами патологічного потягу до алкоголю є різного ступеня важкості дисфоричні та депресивні розлади, тривога, емоційна лабільність, підвищена дратівливість, або змішані стани. На біологічному рівні — це симптоматика психоорганічного синдрому, яка об'єктивізується на комп'ютерній ЕЕГ ознаками пароксизмальної активності (піки, гострі хвилі, спайки), кількість яких збільшувалась на пробах фотофоностимуляції. Тобто, емоційна патологія проявляється епілептичною активністю.

При поєднанні алкогольної залежності з емоційною патологією підвищується ризик рецидивів зловживання спиртними напоями чи іншими психоактивними речовинами. Збільшується також частота й тривалість госпіталізації хворих, знижується ефективність їх лікування. Погіршується соціальна і сімейна адаптація хворих.

Гіпотеза про існування kindling-феномену породила новий підхід у лікуванні алкогольної залежності — використання в комплексній терапії алкогольної залежності антиконвульсантів. Зокрема, протисудомний та нормотимічний препарат пролонгованої дії конвулекс (натрію вальпроат) в дозі 600 мг на добу здатний пригнічувати kindling-феномен і показаний при лікуванні алкогольної залежності, яка перебігає з депресією, тривогою, перепадами настрою. Тривалості дії препарат фінлепсин (карбамазепін) в дозі 300—600 мг на добу ефективний при лікуванні алкогольної залежності з емоційними розладами, які є фасадом патологічного потягу до алкоголю. Призначають препарати протягом 15—20 днів. Для профілактики рецидивів пияцтва антиконвульсанти пролонгованої дії призначають в дозі 200—400 мг на добу на 4—6 місяців. Лікування проводять під контролем електроенцефалографії.

Отже, антиконвульсанти пролонгованої дії показані для тривалого протирецидивного лікування алкогольної залежності, оскільки здатні купірувати патологічний потяг до алкоголю й афективні порушення.

В роботі обговорюються алгоритми імплементації результатів дослідження в навчально-педагогічний процес кафедри наркології ХМАПО.

УДК 616.89-008.441.13-036.87-036.66

Мінко О. І., Лінський І. В., Бараненко О. В.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків)

Алкогольна поведінка та її наслідки у ветеранів АТО і цивільного населення, постраждалого від «гібридної війни»

Дослідження, проведені раніше у відділах наркологічного сектора Інституту, довели наявність істотного впливу пережитих психотравмуючих ситуацій на формування і перебіг алкогольної залежності. Поточний стан позиційних бойових дій в сукупності з іншими факторами «гібридної війни», що ведеться проти нашої держави, вимагають подальшого проведення цих досліджень для розроблення

ефективних заходів попередження шкідливих наслідків для психічного здоров'я ветеранів АТО та інших уразливих верств населення. Про гостру актуальність таких досліджень свідчить стрімке збільшення рівня споживання алкоголю в нашій країні (лише протягом двох перших років «гібридної війни» — до 17,47 л абсолютного етанолу на душу населення), внаслідок чого наша держава посіла за цим показником сумне друге місце в світовому рейтингу.

Саме тому метою першого етапу дослідження був аналіз рівня та стилю споживання алкоголю у ветеранів АТО та у представників цивільного населення, постраждалого від «гібридної війни», задля виявлення специфічних для них особливостей розладів психічного здоров'я.

Було використано такі методи дослідження: тест AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), методика TLFB (Time-Line Follow Back) для ретроспективної оцінки вживання алкоголю, опитувальник виразності психопатологічної симптоматики за L. R. Derogatis et al. Symptom Check List-90-Revised (SCL-90-R), опитувальник для визначення Індексу тяжкості залежності (Addiction Severity Index — ASI); а також шкала оцінки якості життя за методикою J. E. Mezzich et al.

На першому етапі дослідження здійснювали компаративний аналіз особливостей розладів психічного здоров'я в чотирьох групах порівняння з різними рівнями виразності алкогольної аддикції, виокремленими за результатами використання тесту AUDIT, а саме: в групі з «відносно безпечним вживанням» алкоголю (0—7 балів AUDIT); в групі з «ризикованим вживанням» алкоголю (8—15 балів AUDIT); в групі з «небезпечним вживанням» алкоголю (16—19 балів AUDIT) і, нарешті, в групі з клінічно вираженою алкогольною залежністю (20 і більше балів AUDIT).

В результаті дослідження було встановлено, що алкогольні уподобання в обстежених осіб утворюють такий рейтинг (в порядку зменшення частоти): вживання міцних спиртних напоїв; поєднане вживання міцних та слабоалкогольних спиртних напоїв і, нарешті, вживання будь-яких алкогольних напоїв без особливих переваг (основний фактор, що впливає на ситуаційний вибір — доступність). Також було встановлено, що алкогольна аддикція на рівні 8—19 балів AUDIT достовірно асоціюється, з одного боку, з депресивними розладами, що супроводжуються ознаками соматизації, а також з підвищеним рівнем міжособистісної сенситивності; а з іншого боку — зі зниженим рівнем обсесивності-компульсивності, та відносно більш високими показниками якості життя за шкалами соціоемоційної підтримки та духовної самореалізації. Щодо обстежених з клінічно вираженою алкогольною залежністю (20 і більше балів AUDIT), то у них протективних (принаймні гіпотетично) ефектів алкоголізації виявити не вдалося. При цьому деякі психопатологічні прояви (тривожність, ворожість, фобічна тривожність, паранояльність, показники симптоматичного дистресу), а також окремі показники якості життя (психологічне/емоційне благополуччя, працездатність, міжособистісна взаємодія, самореалізація та загальне сприйняття життя) виявились практично не залежними від ступеня виразності алкогольної аддикції.

Отже, можна зробити попередній висновок про те, що алкогольна аддикція в діапазоні 8—19 балів AUDIT у ветеранів АТО і цивільних осіб, постраждалих від «гібридної війни», може справляти парціальний адаптивний ефект щодо наслідків перенесеної психотравми (насамперед, щодо проявів обсесивності-компульсивності).

Однак питання про баланс позитивних та негативних наслідків навіть помірної алкоголізації залишається відкритим і потребує для свого прояснення подальших досліджень.

УДК 613.83-616.441-008.64

Радченко Т. М.*, Овчаренко М. О.*, Пінський Л. Л.**

*ДЗ «Луганський державний медичний університет»
(м. Рубіжне);**Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця (м. Київ)**Патогенетична роль гіпотиреозу
в розвитку псевдоабстинентного синдрому
у наркозалежних жінок**

У наркозалежних жінок в періоді ремісії часто розвивається псевдоабстинентний синдром (ПАС). ПАС — це стан хворих, коли загострення клінічних проявів супутньої соматичної патології, які схожі з симптомами наркотичної абстиненції, провокують рецидив вживання психоактивних речовин. Вивчення ролі гіпотиреозу (ГТ) на фоні аутоімунного тиреоїдиту (АІТ) у наркозалежних жінок у розвитку ПАС дозволить розробити методи прогнозування повторного вживання наркотичних речовин (НР) у цій групі пацієнтів та своєчасно призначити замісну гормональну терапію.

Метою дослідження було встановлення можливої патогенетичної ролі ГТ на фоні АІТ у розвитку псевдоабстинентного синдрому у наркозалежних жінок із малопрогредієнтною опіоїдною залежністю (ОЗ).

Під наглядом перебували 198 наркозалежних жінок у віці від 18 до 45 років, з яких 129 (вік — від 18 до 31 роки) мали високопрогредієнтний варіант перебігу (ВП) ОЗ та 69 (віком від 25 до 45 років) — малопрогредієнтний (МП) перебіг ОЗ. У групі із МП ОЗ у 31 (44,9 %) хворих діагностовано коморбідний АІТ із гіпотиреозом (1 група) та у 38 (55,1 %) (2 група) — цей діагноз не був верифікований лабораторно та інструментально.

Критеріями включення до дослідження було встановлення у хворих діагнозу — опіоїдна залежність за критеріями МКХ-10 (F11.30) та аутоімунного тиреоїдиту (E 06.3) на підставі комплексу клінічних, ультрасонографічних та морфологічних показників, активності антитиреопероксидази та антитиреоглобуліна сироватки крові, вмісту вільних Т3, Т4, тиреотропного гормону крові. В кожній із обстежених груп нами визначалася нормальність розподілення варіант за критеріями Kolmogorov — Smirnov, Lilliefors test та Shapiro-Wilk's W test. У разі невідповідності критеріям нормальності в кожній групі нами обчислювалися значення медіани (Me), її похибки (m_{Me}), мінімальне (Min), максимальне значення (Max), нижній (25 %) та верхній (75 %) квартиль (Q_{25} — Q_{75}). Для оцінки вірогідності міжгрупових відмінностей використовували непараметричні тести Mann-Whitney та Wilcoxon.

Протягом 3 місяців спостереження після виписки із стаціонару 31 пацієнтки 1 групи ПАС розвинувся у 19 (61,3 %), а у 12 (38,7 %) хворих симптомів ПАС не виявлено. У 2 групі з 38 пацієнток ПАС розвинувся у 7 (18,4 %) хворих, а у 31 (81,6 %) симптомів ПАС не було. Під час порівняння показників 1 та 2 групи за допомогою частотного калькулятора нами був встановлений вірогідний вплив наявності АІТ із ГТ на появу ПАС в групі наркозалежних жінок із малопрогредієнтним перебігом ОЗ ($p < 0,001$).

Для прогнозування розвитку ПАС нами був розроблений дискримінантний алгоритм, який включає лабораторні, клінічні та психологічні симптоми:

$$F1 = 1,8 \times A - 0,6 \times B + 3,1 \times C - 2,2 \times D - 11,4;$$

$$F2 = 1,3 \times A + 0,3 \times B + 1,7 \times C - 3,0 \times D - 8,2,$$

де $F1$ — наявність ризику розвитку псевдоабстинентного синдрому протягом 3 місяців після виписки зі стаціонару; $F2$ — відсутність ризику розвитку псевдоабстинентного

синдрому протягом 3 місяців після виписки із стаціонару; A — рівень тиреотропного гормону в сироватці крові (мкМЕ/мл); B — вміст вільного тироксину (Т4) в сироватці крові (нг/дл); C — сумарний показник афективного компонента (бали); D — астенічний синдром (бали). Прогноз розвитку ПАС вважали достовірним у наступні 3 місяці після виписки із стаціонару, якщо значення $F1$ було більше, ніж $F2$.

Наявність аутоімунного тиреоїдиту із гіпотиреозом є значимим фактором у розвитку псевдоабстинентного синдрому у наркозалежних жінок. Доцільним є клінічне використання запропонованого алгоритму прогнозування розвитку ПАС у жінок із малопрогредієнтним перебігом ОЗ у сполученні із АІТ та ГТ.

УДК 547.262:159.96 «364»

Самойлова О. С., Бараненко О. В., Голощатов В. В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (м. Харків);ХОКНЛ «Харківська обласна клінічна наркологічна лікарня»
(м. Харків)**Індивідуальна вразливість особистості як передумова
вживання алкоголю в умовах «гібридної війни»**

Військова ситуація, що склалася сьогодні на Сході України, так звана «гібридна війна», потребує пошуку ефективних шляхів адаптації та реабілітації військовослужбовців, що побували в зоні збройних конфліктів. Вплив тривалих психотравмуючих ситуацій, пов'язаних із загрозою для життя, призводить до таких особистісних змін, коли загострюються одні властивості особистості та нівелюються інші. Схильність особистості до травмуючих наслідків екстремальної події, тобто її індивідуальна вразливість, корелює з певними соматичними та психічними порушеннями, які або виникають як наслідок травми, або присутні спочатку. До числа таких порушень належать: невроз тривоги, депресії, фобії, розлади особистості (особливо по антисоціальному та шизоїдному типам), соматоформні розлади, захворювання серцево-судинної та ендокринної систем, наявність алкогольної або наркотичної залежності в минулому. За період 2015—2016 років у відділах наркології ДУ «ІНПН НАМН України» було обстежено 40 комбатантів, що перебували на лікуванні у психіатричному відділенні Харківського центрального військового госпіталю, та 35 комбатантів, що перебували на лікуванні у КЗОЗ «Обласний госпіталь для інвалідів війни».

Проведені дослідження довели наявність патоморфозу станів алкогольної залежності, що формуються на фоні психотравмуючої ситуації. Адже часто людина намагається подолати наслідки стресу, вдаючись до прийому алкоголю, але це тільки погіршує її загальний стан. До важливих чинників ризику алкоголізації під час стресової події належать особистісні риси людини, як-от акцентуація характеру, соціопатичні розлади, низький рівень інтелектуального розвитку, локус контролю, психологічна витривалість (стійкість) і самооцінка. Маркерами ризику формування стану алкогольної залежності можуть бути високі показники міжособистісної чутливості, паранояльності та індексу симптоматичного дистресу, а також низька самооцінка, можливості самообслуговування й незалежності у діях, суспільної і службової підтримки та самореалізації. Ризик надмірного вживання алкоголю значно збільшується у разі ізоляції людини на період переживання травми, втрати сім'ї та близького оточення. Враховуючи те, що в усіх обстежених учасників бойових дій було виявлено високі показники дистресу за Міссісіпською шкалою, та їм були притаманні досить низькі показники якості життя, слід

очікувати у них високий рівень індивідуальної вразливості до вживання алкоголю в умовах проведення АТО із швидким формуванням станів алкогольної залежності.

Тому теперішня ситуація, зокрема ведення повномасштабних бойових дій на території України, «гібридизація» війни, вимагають проведення нових досліджень щодо алкогольних уподобань, рівня та стилю споживання алкоголю в умовах подібної екстремальної ситуації та можливих шляхів мінімізації шкідливих наслідків вживання алкоголю та попередження формування станів залежності. Очікувані результати мають безпосередню практичну значимість, адже це дасть можливість, по-перше, поліпшити систему реабілітації та реадптації в Збройних Силах України, що збереже боєготовність військовослужбовців, а по-друге, відновити соціальний психічний статус та адаптивні можливості осіб, що постраждали внаслідок бойових дій, в мирному житті.

УДК 616.89-008.441.13

Сосін І. К., Чуєв Ю. Ф., Гончарова О. Ю.
Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)

Синдром відміни в сучасній наркології: інтеграція терапевтичних підходів і парадигма наукових досліджень та інновації дидактики

Стан відміни є ключовою ознакою сучасних форм алкогольної та наркотичної залежності, який за останні десятиріччя зазнав суттєвих клінічних, патоморфологічних, патокінетичних змін. Ці зміни та розлади в загальній сукупності стали становити собою реальну предикторну погрозу його трансформації в важкий невідкладний стан. Це стало пріоритетним підґрунтям проведення та розробки комплексу інтеграційних терапевтичних підходів до купірування власне синдрому відміни, та коморбідних його варіантів, зокрема зі зловживаннями формами перебігу. Парадигмою творчих зусиль став апробований в науковій, практичній і дидактичній наркології інноваційний терапевтичний блок інтелектуальної власності на рівні світової новизни. Дослідження виконані відповідно до тем науково-дослідницької роботи кафедри наркології ХМАПО «Об'єктивізація діагностики і нові підходи до лікування та реабілітації патологічної залежності і коморбідних станів в наркології» (номер державної реєстрації 0108U002113) та «Інтегровані підходи до діагностики, терапії, профілактики та реабілітації в сучасній наркології» (номер державної реєстрації 0114U000515).

Були розроблені й оптимізовані діагностичні та лікувальні критерії якості надання невідкладної допомоги, якості післядипломної освіти в аспекті впровадження апаратних систем детоксикації, концептуально обґрунтовані методи комплексної експрес-детоксикації та цільової терапевтичної корекції постінтоксикаційного ураження життєво важливих систем організму пацієнта, включаючи соматичні, неврологічні й психопатологічні кореляти алко- і наркозалежності.

В результаті проведених лонгітудінальних досліджень розроблений комплекс нових немедикаментозних методів лікування в наркології, надано рекомендації щодо диференційованого їх застосування. Науково обґрунтований й апробований в наркологічній практиці лікувальний ефект лазерних лікувальних програм, детоксикаційних модифікацій мембранного плазмаферезу, фізіотерапевтичних та фармакологічних складових терапевтичного процесу, що не потребують великих економічних затрат, та дорогого анестезіологічного забезпечення.

За тематикою синдрому відміни за останні роки були розроблені авторські способи, які захищені авторськими свідоцтвами, корисними моделями і Патентами України: купірування опійного абстинентного синдрому; купірування алкогольного тремору в структурі абстинентного синдрому; інтегрованого купірування депресивних розладів при алкогольному абстинентному синдромі; купірування алкогольного абстинентного синдрому, коморбідного з хронічним панкреатитом у стадії загострення; купірування стану скасування алкоголю; купірування абстинентного синдрому при зловживанні формі алкогольної залежності; лікування алкогольної залежності на етапі абстинентних розладів; купірування синдрому відміни алкоголю; метаболітно-детоксикаційної терапії хворих на алкогольну залежність під час гострих ознак синдрому відміни; купірування рецидивуючого больового синдрому відміни у хворих на опіоїдну залежність; інтегрованого купірування синдрому відміни при залежності від кокаїну.

Матеріали виконаної науково-дослідної роботи покладені в основу розробки оптимізованих навчальних програм, створення ресурсного тренінгового центру та організації циклів післядипломної освіти для лікарів-наркологів нашої держави. Це дозволило вивести новизну наукових розробок, запатентованих досліджень кафедри наркології ХМАПО на рівень пріоритетності української наркології.

УДК 616-001.32:616-01-37.026(378.046)

Сосін І. К., Гончарова О. Ю.
Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)

Клініко-діагностична і дидактична ідентифікація проблеми синдрому позиційного здавлення як невідкладного стану в наркології

Синдром позиційного здавлення (СПЗ) розвивається як результат ішемії і припинення нейроімпульсації внаслідок механічно здавлених (перетиснутих) власною масою тіла та навколишніми предметами м'язів, периферичних судин і нервів окремих ділянок тіла (кінцівок, суглобів, лопаток, спини, сідниць та ін.). СПЗ виникає від відносно тривалого здавлення потерпілих, які на цей період часу перебувають з різних причин (стан повної або часткової втрати свідомості, кома, наркотичний сон тощо) в нерухомих, нефізіологічних, ризикованих позах, і вимушеною іммобілізацією кінцівок, голови, корпусу тіла. Клініка СПЗ, фактори інвалідації та летальності відносно добре вивчені в хірургії, травматології, реаніматології.

Однак, проблема СПЗ в наркології до теперішнього часу не ідентифікована як актуальний, життєво небезпечний невідкладний стан, не вивчені епідемічні та профілактичні її аспекти і внесок в його клініку інтоксикаційної складової, не знайдені інтегровані підходи до купіруючої терапії, не розроблені дидактичні основи відповідної адаптації навчальних планів і програм в системі післядипломної підготовки лікарів.

Метою даної роботи є цільове анамнестично-ретроспективне дослідження синдрому позиційного здавлення у стані сп'яніння з позицій наукової, клінічної наркології і основ сучасної дидактики.

Методи дослідження були стандартні для наркологічного стаціонару: клініко-психопатологічний, патопсихологічний, лабораторний, біохімічний, електрофізіологічний, психологічний моніторинг пацієнтів за спеціально розробленим нами тестом на СПЗ.

Дослідження виконані відповідно до теми науково-дослідницької роботи кафедри наркології ХМАПО «Інтегровані

підходи до діагностики, терапії, профілактики та реабілітації в сучасній наркології» (номер державної реєстрації 0114U000515).

Був досліджений контингент наркологічного стаціонару суцільним невибіркоким методом та таргетним анкетним скануванням наявності синдрому позиційного здавлення в анамнезі та можливих остаточних його ознак на момент обстеження. Встановлено, що серед контингенту алкогольта наркозалежних пацієнтів однією з провідних причин тривалого (понад однієї години) перебування в неприродних позах і наступного гострого формування клініки синдрому позиційного здавлення є середньо-важкі форми сп'яніння психоактивними речовинами (алкоголь, наркотики, лікарські препарати). По суті це було отруєння алкоголем або наркотичними речовинами.

Діагностичною ознакою СПЗ є феномен дозозалежності: як правило це доза алкоголю або наркотику, яка спричиняє у пацієнта звичні для нього палімпсести й амнезії. Анамнестичні дані свідчили про те, що клінічний регістр ступеня тяжкості СПЗ варіює від легкого (субклінічного, ларвірованого, латентного, коли за хірургічною допомогою пацієнти не зверталися, далі зловживали алкоголем, наркотиками, або мотивовано надходили безпосередньо в наркологічний стаціонар) до середнього та тяжкого з відповідними наслідками щодо здоров'я, що добре відомо та описано в хірургічній літературі. Щодо цієї проблеми, то можна констатувати наявний постулат: в хірургії не завжди ідентифікують наркологічні проблеми у цих пацієнтів, а в наркології, навпаки, не завжди актуально використовують компетенцію хірургів.

В роботі обґрунтовуються нові інтегровані підходи до детоксикаційної терапії, запропоновані дидактичні підходи до імплементації нового розділу до навчальних планів і програм післядипломної підготовки лікарів-наркологів. Запропонована ілюстративна класифікація алкогольних поз.

УДК 616.89-008.441.3+616.89-008.1-02-092

Тарасов О. В.

Запорожский государственный медицинский университет (г. Запорожье)

К вопросу эволюции аддиктологического статуса потребителей синтетических каннабиноидов

Начавшаяся в последнее десятилетие смена дисциплинарной парадигмы наркологии от традиционного рефлекторно-физиологического к аддиктологическому ракурсу рассмотрения проблемы зависимости во многом детерминирована трансформацией информационной среды и, как следствие, клинических форм зависимости.

В актуальных условиях следует говорить об аддиктологической клинике, где классические формы зависимости, сопряженные с употреблением психоактивных веществ (ПАВ), замещаются или сосуществуют с обширным классом поведенческих аддикций, формируя особый модус коморбидности, где аддиктивная модель поведения лежит в основе формирования аддиктивно-центрированных сообществ.

Так, резкое повышение употребления синтетических каннабиноидов, в частности — курительных смесей под брендом «Spice» (растительное сырье, пропитанное высокоактивными химическими агентами CP 47,497, JWH-018 и их гомологами), начавшееся на территории Украины в 2006—2008 годах, после их делегитимизации обернулось изменением социальных характеристик контингента потребителей.

Вызывая протрагированные шизофреноформные психотические состояния галлюциаторно-параноидной структуры с выраженным психомоторным компонентом в инициальном периоде у лиц с благополучным анамнезом в возрасте 18—25 лет, данный класс ПАВ поставил перед клинической психиатрией дилемму дифференциации дебюта эндогенного процесса и полиморфного психотического состояния вследствие приема ПАВ.

Утрата фиктивной легитимности синтетическими каннабиноидами повлекла за собой отказ зависимых лиц от их употребления в пользу более доступных и обладающих прогнозируемыми побочными эффектами естественных форм тетрагидроканнабинола. Уйдя из арсенала «уличных наркотиков», синтетические каннабиноиды в периоде 2008—2013 годов распространялись преимущественно среди членов анонимизированных интернет-сообществ, использовавших защищенные интернет-площадки, такие как «Silk-road».

В данном периоде преимущественный контингент госпитализируемых в наркологический стационар в состоянии интоксикации синтетическими каннабиноидами был представлен лицами, использующими интернет в качестве коммуникативной среды, — студентами высших учебных заведений и работающими в сфере интернет-технологий, страдавших интернет-зависимостью, по данным Internet-UDIT тестирования (И. В. Линский, 2009).

В рамках указанного периода происходит развитие интернет-инфраструктуры транспортировки и доставки потребителю синтетических каннабиноидов, «Spice» вновь становятся уличным наркотиком, распространяясь в среде школьников, как наиболее активных интренет-пользователей, обращающихся уже не напрямую к торговым площадкам, но к посредникам, представленным в сообществах социальных сетей и анонимизированных форумов.

УДК 616.89-008.441.13»312»

Фітькало О., Павлусів Т.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького;

Львівський наркологічний диспансер (м. Львів)

Алкоголізм та реальність

Сьогодні вже треба не говорити про алкоголізм як фатальну реальність, а кричати потрібно про страшну епідемію з її наслідками: 90 % випадків хуліганства та зґвалтувань пов'язані зі сп'янінням, понад 50 % побутових вбивств здійснюється у стані алкогольного сп'яніння, 50—60 % всіх розлучень пов'язано з пияцтвом одного з подружжя, керування транспортним засобом у стані алкогольного сп'яніння серед причин скоєння ДТП посідає третє місце. Порівняно з 2015 роком кількість ДТП у стані алкогольного чи наркотичного сп'яніння збільшилась на 7 %, а кількість людей, що загинули, на 14,4 %. Кількість травмованих в результаті автопригод збільшилась на 7,5 %, від алкогольного отруєння в нашій державі щороку помирає близько 8 тисяч осіб, близько 1300 осіб на 100 тисяч населення перебувають на диспансерному нагляді через окремі психічні розлади, що пов'язані із вживанням алкоголю. Соматична патологія пов'язана із зловживанням алкоголю — 33 % хворих на рак стравоходу хворіє на алкоголізм, на епілепсію страждають 27,4 % алкоголіків, на рак ротової порожнини — 25 %, зловживання алкоголем входить у трійку найпоширеніших причин інвалідазації населення. Беручи до уваги результати дослідження ВООЗ «європейське опитування учнівської молоді щодо вживання алкоголю та наркотиків» (ESPAD)

у 41 країні, виявлено, що вживання алкоголю та доступність наркотиків серед учнівської молоді в Україні істотно збільшується щороку. Зокрема, тільки у Львівській області щороку реєструється понад 1000 нових (первинних) випадків алкоголізму.

Найбільше нас, як фахівців, лякає катастрофічна ситуація, що склалася серед підростаючого покоління. Під час розмови з дітьми в школах м. Львова дивує і вражає той факт, що діти навіть не вважають за зло вживання слабоалкогольних «напоїв» та пива. 15-річні учні (хлопчики) поділились інформацією про те, що їм «легко» або «дуже легко» придбати алкогольні напої, де у найлегшому доступі для них є слабоалкогольні напої — 52,3 % опитуваних. Напевно при ситуації, яка склалася, і не потрібно опитування. Подивимось навколо себе і побачимо, що дорослі й підлітки п'ють пиво, йдучи вулицею, п'ють «для підтримки розмови» під час зустрічі, під час перегляду телевізійних передач. Сьогодні пиво вважають майже безалкогольним напоєм, декотрі вважають що для подолання спраги більш корисно випити пляшку пива, аніж стакан води. Саме твердження про користь пива є однією з обставин, що сприяє поширенню його розповсюдження.

На нашу думку, найбільшою помилкою батьків у цьому разі є їхня безпечність, переконаність у тому, що низький вміст алкоголю у цих напоях не може заподіяти значної шкоди підростаючому організму. Зрозуміло, адже в нашому суспільстві прийнято — люди, які «культурно» випивають з нагоди якоїсь події, вважаються «нормальними». В зв'язку з цим підростає покоління на ґрунті прикладу «помірного» вживання алкоголю, як необхідного елементу соціалізації, робить певні негативні висновки, вважаючи тверезість (так само, як і безпробудне пияцтво) відхиленням від «норми». Така теорія, в першу чергу, спрямована на залучення до вживання спиртного молодого покоління, яке ще не втратило у своєму житті природної тверезості.

Найстрашнішим є те, що сьогодні держава не може чітко забезпечити дітей від вживання алкоголю принаймні якісною антирекламою, рекламою соціальної поведінки та авторитетом старшого покоління, котре б не вживало алкоголю у своєму середовищі. Тому настав час прямо і відкрито проголосити істину, що алкоголь — це нейротропна протоплазматична наркотична отрута, яка впливає на всі органи людського організму, руйнуючи їх на клітинному і молекулярному рівнях та всім (вчителям, лікарям, громадським та релігійним організаціям) взятися за очищення нашої держави від алкогольного смороду, що вбиває нас і наше майбутнє покоління. Можливо комусь здається, що в цьому разі сказане є перебільшенням. Ні!!! Якщо ми цього не зробимо сьогодні, то вже через одне-два покоління населення виродиться як життєздатна нація, а потім і фізично зникне, як і інші народи, знищені цим витонченим механізмом, що зробив непотрібним застосування іншої зброї масового знищення.

Формування тверезого способу життя повинно забезпечуватись систематичною роботою, що включає зміну наявних соціокультурних норм. Найкраща методика боротьби з наркоманією і алкоголізмом — це профілактика. Тому, що коли людина почала вживати алкоголь чи наркотики, вона переходить у ранг пацієнтів із тяжкою хворобою, що має назву «залежність», яка практично не піддається лікуванню. Як показує світова практика, вилікувати від алкоголізму та наркоманії вдається не більше 3—4 % хворих.

Реальним виходом із цієї ситуації є залучення до профілактичної роботи педагогів та психологів середніх шкіл та інших освітніх закладів. Ці спеціалісти перебувають в постійному контакті з дітьми та підлітками і можуть вло-

вити ті нюанси стану і поведінки, які часто непомітні навіть для батьків.

Просвітницькі програми мають проводитися протягом всього періоду перебування дитини в школі, починатися в молодших класах і тривати до випуску із навчального закладу та базуватись на елементах профілактики, яка включає як первинну, так і вторинну профілактику боротьби з алкоголізмом.

Первинна профілактика забезпечує формування груп ризику дітей з неблагополучних сімей, осіб з неврівноваженою психікою, які мають питуше коло спілкування, тих хто прогулює заняття, зникають з дому, притягувалися в поліцію та в подальшому з ними проводять відповідні профілактичні заходи. Особи, що потрапили в групу ризику, не повинні ніколи випадати з поля зору не тільки медиків, а й педагогів. Проводячи з ними постійну кропітку роботу, в подальшому сприяти створенню молодіжних груп і спільнот, які самі пропагують і визнають тільки тверезий, здоровий спосіб життя.

Існує і вторинна профілактика, яка спрямована на роботу з людьми, у житті яких, більшою чи меншою мірою, присутній алкоголь. Здебільшого, це вже пацієнти, які побували в медичних закладах, їм було проведено спеціальне лікування. Пропонуємо нам — лікарям-наркологам не втрачати з хворими, які повірили лікарю після призначеного курсу лікування (присутній комплаєнс), зв'язок, спілкуватись з пацієнтами в проміжках між лікуванням, з членами їхніх сімей і постійно шукати у них мотивацію, яка б була спрямована на попередження зловживання алкогольними напоями, підвищення ефективності вже розпочатого лікування. Тому що безрезультатно пропонувати таку допомогу, вважає Женишбек Назаралієв (2001), людини, яка в клініку привели насильно.

УДК 616.89-008.441.13:159.922

Харківська-Дзюба Ж. В.

*Харківська обласна громадська організація «МИР»
(м. Харків)*

Молодіжний проект «Школа менеджерів громадського здоров'я»

18 лютого 2016 року затверджено постанову Кабінету Міністрів України № 148 «Державна цільова соціальна програма — молодь України 2016—2020 роки». Метою Програми є створення сприятливих умов для розвитку і самореалізації української молоді, формування її громадянської позиції та національно-патріотичної свідомості. Програма сприяє спільній та скоординованій діяльності органів виконавчої влади з інститутами громадянського суспільства: молодіжними громадськими організаціями, установами та закладами, що працюють з молоддю та безпосередньо за участю молоді. Вона ґрунтується на системі загальноєвропейських принципів: відкритості, рівності можливостей, дієвому та відповідальному підході, а також безпосередньому залученні молоді до її виконання й передбачає концентрацію зусиль на таких пріоритетних завданнях:

— формування громадянської позиції і національно-патріотичне виховання — шляхом здійснення заходів, спрямованих на відродження національно-патріотичного духу, утвердження громадянської свідомості й активної життєвої позиції молоді;

— збереження здоров'я молоді — шляхом популяризації та утвердження в Україні здорового та безпечного способу життя, культури здоров'я в підлітково-юнацькому віці;

— розвиток неформальної освіти, спрямованої на набуття молоддю навичок та іншої компетентності поза системою освіти, зокрема шляхом участі у волонтерській діяльності.

Спираючись на вказані пріоритети, розроблено проект «Школа менеджерів громадського здоров'я». Реалізація проекту відбуватиметься в строк з 01.01.2017 р. до 15.05.2017 р. і має п'ять етапів.

Мета: підготувати проекти громадських ініціатив з популяризації здорового способу життя, завдяки навчанню проектному менеджменту 50-ти школярів із лідерськими властивостями в Індустріальному районі Харкова й надалі, завдяки їхньому позитивному впливу на інших школярів, розповсюдити набутий досвід для профілактики пияцтва, вживання тютюну та наркотиків серед молоді.

Цільова аудиторія: ментори — 10 студентів вишів, майбутні педагоги, психологи та соціальні працівники. Навчання проходять 50 учнів 8—11 класів з активу шкільного самоврядування десяти середньо-освітніх шкіл Індустріального району Харкова. Учні школи реалізують проекти, спрямовані на дітей та юнаків від 8 до 25 років. Загальна кількість залучених волонтерів — 100 осіб; охопленої аудиторії — понад 1000 осіб.

Під час дослідження «Здоров'я та поведінкові орієнтації учнівської молоді» було визначено, що саме надання інформації є основним джерелом профілактичного досвіду щодо запобігання небезпечній поведінці дітей та шкідливим звичкам. Проте, навіть добре засвоєння знань у цьому напрямку не обов'язково змінює поведінку молоді. Ось чому є необхідним активне накопичення нею практичного досвіду профілактичної діяльності, що окрім знань позначиться на навичках, ставленні та подальшій поведінці.

Методологія, що використовується нами під час популяризації здорового способу життя, має гасло: «Здоровим бути модно» й має активний характер з великою кількістю підходів до неформального навчання та участі. Молоді люди мають можливість поділитися своїм досвідом та порозумітися один з одним. Програма школи менеджерів налічує цілий список цікавих заходів: профілактичні тренінги, дебати, виставки, флешмоби, зустрічі з цікавими людьми, творчі виступи, музичні, поетичні та спортивні вечори тощо. Молоді люди братимуть участь та будуть заохочені відігравати вагомий роль у цих заходах, не тільки як глядачі, але й планувальники, розробники та виконавці цих та інших заходів. Позитивним моментом в цій методології є й співпраця з тією молоддю, що пройшла лікування від шкідливих звичок і перебуває в пошуку сенсу життя.

Формування активної громадянської позиції молоді та сприяння включенню її у життя суспільства можливо лише за умови навчально-свідомої роботи, різновидом якої є волонтерство. Під час реалізації проекту використовується централізований, спрямований процес зростання особистості, в якому центральними є внутрішня мотивація, соціальний контекст діяльності та корисність ідей, парадигм, знань та набутих навичок. Навчання має добровільний характер.

Основна ідея «Школи» полягає у тому, щоб залучити підростаюче покоління до здорового способу життя та показати йому альтернативу шкідливим звичкам, які часто виникають унаслідок марнотратства життя та псують здоров'я. Важливим завданням є забезпечення змістовно повноцінного дозвілля молоді, яке побудовано саме за ініціативою та силами молоді. Для реалізації поставленої мети проводяться тренінги з проектного планування та управління проектами, під час яких учасники розробляють власні проекти «Здоровим бути модно» для впровадження в своєму

близькому навколишньому середовищі. Проведені проекти будуть оцінені й кращі з них можуть бути поширені на інші соціальні середовища, з залученням місцевої підтримки та заохоченням найбільш активних молодих людей.

«Школа менеджерів громадського здоров'я» — це розвиток громадянського суспільства завдяки залученню молоді до патріотичного Руху за любов до МИРУ, розвиток спільних настанов для української молоді та створення соціальних цінностей для наступних поколінь. Проведені заходи в рамках цієї «Школи» сприятимуть й формуванню у молоді підприємницького хисту, навичок управління, комунікації та спільної праці. Це буде підтверджено сертифікатом, який надалі можна буде надавати під час вибору місця навчання, роботодавцям.

Як партнери, радники й експерти проекту виступили Управління праці та соціального захисту Харківської міської ради; Управління превентивної діяльності Головного управління національної поліції в Харківській області; Департамент сім'ї, молоді та спорту ХМР; Департамент освіти та науки Харківської облдержадміністрації; відділ клінічної та соціальної наркології ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»; ТОВ «Центр здоров'я доктора Артемчука»; кафедри «Соціології управління та соціальної роботи», «Валеології», «Психології», «Сімейної медицини» Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна; кафедра «Практичної психології» Української інженерно-педагогічної академії; відділ у справах молоді та культури Харківської єпархії Української Православної Церкви; Благодійний фонд Ігоря Вовчанчина, ГО «Спортивно-психологічний реабілітаційний центр «Радуга»».

УДК 616.89.615.832.9

Чув Ю. Ф.

Медицинский центр «Авиценна» (г. Харьков)

Ассоциированная депрессия в наркологической науке и практике

Одним из наиболее сложных, мозаичных и вариабельных в клиническом и терапевтическом отношении проявлений аддиктивных состояний является ассоциированный с наркопатологией синдром депрессии. Депрессивные расстройства самой различной выраженности и тяжести генерируют состояние острого психического и физического дискомфорта и являются клиническим структурным компонентом острой интоксикации, синдрома отмены, синдрома зависимости, синдрома патологического влечения к психоактивному веществу (ПАВ). Такие состояния несут повышенную угрозу в плане развития острого суицидального кризиса, в том числе с фатальными последствиями. В этой связи своевременная диагностика синдрома депрессии и эффективная терапия является важным аспектом стабилизации ремиссии в наркологической науке и практике. Патогенез, патокинетика, типология, классификация, эволюция синдрома депрессии в клинике современных форм аддикции на разных этапах становления всегда являлась предметом оживленной дискуссии в профессиональной среде наркологов.

Наши многочисленные клинические наблюдения свидетельствуют о том, что после купирования острых проявлений синдрома отмены ПАВ и существенного улучшения общего состояния больных достаточно часто в клинике алкогольной и наркотической зависимости происходит существенная трансформация психического и поведенческого статуса. Больные начинают предъявлять все более настойчивые жалобы на плохое настроение, тоску, скуку,

негативную оценку окружающих, собственной личности и своей перспективы, состояние острого психологического дискомфорта.

Клиника депрессивных расстройств начала формирования и этапа стабилизации ремиссионного периода может протекать с преобладанием тоскливых, тревожных, адинамических, анестетических, ажитированных и других вариантов. Главными симптомами депрессии у этих больных являются сниженное настроение в виде тоски или смутной тревоги, телесный дискомфорт, ослабление или отсутствие побуждений к деятельности (нерешительность, «неприкаянность», общая апатия, безволие, бессилие), снижение способности к сколько-нибудь продолжительной физической и умственной деятельности. На этом фоне могут снова появляться рецидивы расстройства сна, аппетита, значительно усиливаются соматовегетативные корреляты, присущие периоду синдрома отмены. В последующем все перечисленные симптомы достигают степени особой выраженности, когда на первый план выступает тягостный депрессивный аффект с торможением психических функций и моторики, и как бы «осознанием» своей неполноценности. Констатируется реверзильная динамика (феномен «второй волны») алгических расстройств, которые принимают мозаику то локального, то генерализованного характера.

Кульминацией такого состояния является появление компульсивной, непреодолимой тяги к приему ПАВ, когда пациент не останавливается ни перед каким препятствием, отправляется на поиски ПАВ в любое время, в любое место. Прием ПАВ может сочетаться с приемом колоссальных доз лекарственных препаратов психофармакологического ряда, в десятки раз превышающие все известные лечебные дозировки, что позволяет рассматривать это явление как феномен, не вписывающийся в каноны классической фармакотерапии и клинической медицины («мегатолерантность»).

Синдром ассоциированной депрессии в клинике наркопатологии является неотложным состоянием, требующим принятия адекватных терапевтических мер.

УДК 616.89-008.441.1.13.853-084

Шалашов В. В., Гольцова С. В.

*ДУ «Институт неврологии, психиатрии та наркології
НАМН України» (м. Харків)*

Сучасні напрями профілактики наркологічних розладів

За даними ВООЗ, сумарна кількість хворих з захворюваннями, що їх спричинив прийом різних психоактивних речовин, за винятком курців тютюну, становить понад 500 млн осіб. Грамотна, своєчасно проведена профілактика має високі результати в боротьбі зі збільшенням поширеності наркологічних захворювань. Здоровий психологічний розвиток дитини є головною профілактикою наркологічних захворювань. Гармонійно розвинені особистості, що добре розуміють себе і навколишній світ, не піддаються залежностям тою мірою, якою піддані люди, що мають відхилення в психічному розвитку. Профілактична діяльність, як правило, будується на комплексній основі й забезпечується

спільними зусиллями вихователів, вчителів, психологів, медиків, соціальних працівників. Однак, незважаючи на всі зусилля і витрати, саме профілактика є найбільш вразливим місцем. Виявлення осіб з наркологічними проблемами і до теперішнього часу становить великі труднощі. Фактично вся лікувально-профілактична і реабілітаційна робота в галузі наркології стосується явних, запущених випадків наркоманії, токсикоманії та алкоголізму.

Вітчизняний і зарубіжний досвід свідчить, що в профілактиці найбільш переважними є програми, які спрямовані на пропаганду здорового способу життя та орієнтовані на застосування соціально-психологічного тренінгу. Базовою основою всіх профілактичних заходів визнається інформаційно-когнітивний (освітній) напрямок.

Багатоаспектність і складність причин і умов, що сприяють алкоголізації дітей, підлітків і молоді, зумовлюють необхідність комплексного характеру заходів профілактики цього соціального зла. Основні напрями та особливості профілактичної роботи по кожному з цих напрямків наведені в таблиці.

Заходи щодо профілактики алкоголізму

Напрямок профілактики	Завдання та шляхи реалізації
Психологічний	Корекція неправильного виховання та ранніх аномалій розвитку особистості. Індивідуальна психолого-педагогічна робота з «важкими» підлітками
Педагогічний	Послідовне антиалкогольне, антинікотинове і антинаркотичне виховання в школі. Формування тверезницьких настанов здорового способу життя у підростаючого покоління
Санітарно-гігієнічний	Підвищення санітарної грамотності та культури населення. Антиалкогольна, антинікотинова і антинаркотична пропаганда серед широких верств населення. Викорінення шкідливих для здоров'я звичок
Медико-соціальний	Комплексна робота з групою ризику — особами, що зловживають алкоголем, тютюновими виробами, наркотичними засобами
Охорона здоров'я	Розвиток і вдосконалення наркологічної служби. Здійснення заходів щодо зменшення поширеності алкоголізму, нарко- та токсикоманії та їх наслідків. Широка антиалкогольна та антинаркотична робота всієї загальномедичної мережі
Адміністративно-правовий	Правове регулювання з метою подолання алкоголізму, мінімізації куріння, підвищення відповідальності за споживання наркотиків; суворе дотримання законодавства щодо кримінальної відповідальності за залучення до споживання наркотиків (особливо дітей і підлітків)
Економічний	Державні заходи щодо зменшення економічної залежності бюджету від продажу будь-яких алкогольних напоїв (включаючи пиво), а також тютюнових виробів. Фінансування програм боротьби з будь-якими формами наркотизму і з наркобізнесом

Реалізація комплексу цих заходів — це мінімум, потрібний для боротьби з вживанням алкоголю і наркотиків. З такого бачення проблеми треба виходити під час організації профілактики всіх форм алкогольної та наркотичної залежності.