комбинации традиционных антипсихотических препаратов (ТАП) и атипичных антипсихотических препаратов (ААП) при поступлении в шесть раз чаще встречалось в Чешской Республике (31 %), чем в Украине (5 %, $p < 0,001$). В то же время 24 % украинских стационарных больных получали комбинацию из двух или более ТАП, по сравнению с 12 % чешских стационарных больных ($p < 0,05$) при поступлении, со снижением до 4 % и 9 % соответственно, при выписке ($p < 0,05$). Назначение без прямых показаний антидепрессантов и стабилизаторов настроения гораздо более распространено в Украине (65 % и 54 %, при госпитализации и выписке, соответственно), чем в Чехии (40 % и 29 %, при госпитализации и выписке, соответственно). Монотерапия острого психоза в Чешской Республике (20 %, преимущественно ААП) отмечалась в три раза чаще, чем в Украине (8 %, главным образом ТАП, $t = 4,63$, $p < 0,001$). При стабилизации психического состояния отмечалась тенденция к увеличению монотерапии антипсихотиком: с 20 % до 33 % в Чешской Республике и от 8 % до 18 % в Украине. Выявлено, что в Украине в 3 раза чаще назначают сопутствующую терапию препаратами соматического профиля. Это обусловлено, с одной стороны, тем, что в основном назначаются ТАП, дающие больше осложнений антипсихотической терапии, а с другой стороны — тем, что более качественное соматическое лечение и обследование для психически больных в Украине можно сделать лишь в психиатрической больнице, а соматические заболевания чаще выявляются на более поздних стадиях. В Чешской республике процент стоимости лечения острого психоза от дохода пациента достоверно выше, чем в Украине. И это связано со значительно более частым назначением ААП и их комбинаций.

В результате исследования было выявлено, что, несмотря на большую тяжесть острых психозов, по данным клинической оценки при сравнительных исследованиях, монотерапия психоза и сочетания ТАП и ААП в Чешской республике позволяют значительно быстрее достичь выхода из психоза, однако требуют больших капиталовложений. Преимущественная тотальная полифармация и комбинации ТАП в Украине приводят к большей продолжительности психоза, но требуют меньших капиталовложений. В обеих странах полифармация достаточно логически не обоснована клиническими данными, а лишь предполагает принципы: а) полиморфная клиника требует полифармации, б) удачный опыт терапии предыдущего эпизода следует повторить в текущем эпизоде. Субъективное обоснование полифармации шизофрении отмечается также во многих работах по данной проблеме (Hovstadius B. et al., 2010).

УДК 159.922

Т. В. Селюкова
Харьковская медицинская академия последипломного образования

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Большинство людей после перенесенной травмы или чрезвычайной ситуации справляются с ней и возвращаются к норме. Тем не менее одни индивиды переживают дистресс, у других появляются изменения в поведении, а у некоторых после этого развиваются психические заболевания. Уровень психиатрической заболеваемости зависит от ряда факторов, например от типа чрезвычайной ситуации, степени подверженности ее воздействию, степени тяжести повреждений, значительности угрозы жизни, а также от продолжительности личностной и общественной дезинтеграции. Временами психотравмирующие события и чрезвычайные ситуации могут оказывать и благотворное влияние, выступая в роли интегрирующих событий, способствующих формированию чувства цели и предоставляющих благоприятную возможность накопления опыта позитивного роста. Последствия травмы и чрезвычайной ситуации могут повторно проявиться в связи с новыми переживаниями, которые напоминают человеку о том, что с ним произошло. Они также сказываются и на обществе, которое является средой выздоровления для тех, кто подвергается или подвергался влиянию психотравмирующего события.

Чем больше «доза» травматических стрессоров, тем выше вероятность того, что у индивида или группы индивидов будет высокий уровень психиатрической заболеваемости. К группе самого высокого риска относятся первичные жертвы, их близкие, а также сотрудники служб, оказывающих экстренную помощь и поддержку. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — не единственное и, вероятно, не наиболее распространенное расстройство, связанное с травмой. У людей, подвергшихся воздействию травмы и побывавших в чрезвычайной ситуации, повышен риск возникновения депрессии, генерализованного тревожного расстройства, панического расстройства и усиления злоупотребления психоактивными веществами.

На развитие ПТСР влияет степень разрушения сообщества и рабочего места. Сразу же после возникновения чрезвычайной ситуации индивиды и сообщества реагируют либо адаптивными и эффективными способами или принимают решения, основанные на страхе, результатом которых будут бесполезные формы поведения. Психическое заболевание и психологические функции, включая подпороговый дистресс индивида, зависят от быстрой, эффективной и надежной мобилизации работников МЧС, психологов, медиков. Компетентность в вопросах устойчивости и уязвимости на уровне индивида и сообщества до катастрофы, равно как и понимание психологических и психических реакций на такое событие, позволяет руководителям, психологам, специалистам-медикам обращаться к общественности, содействуя безопасным здоровым формам поведения, поддерживая социальную структуру общества и помогая восстановлению. Чтобы эффективно обеспечивать потребности, необходимо, прежде чем возникнет кризис, понять, что адаптивные возможности каждого индивида и групп в пределах общества неодинаковые. Чрезмерное отождествление себя с жертвами («Это мог быть я»), их страданиями и горем может надолго затянуть реакцию страха. В такой обстановке механизм отождествления с жертвами может обернуться против человека, подобно аутоиммунному расстройству. Неизбежно в каждой чрезвычайной ситуации будут также люди, которые являются «молчаливыми» жертвами и часто остаются в стороне. Таких лиц нужно выявлять и оказывать им надлежащую помощь.

Психологические и психические реакции на психологическую травму и чрезвычайные ситуации имеют прогнозируемую структуру и течение во времени. Известны факторы, влияющие на сопротивляемость и уязвимость в отношении катастрофических событий. Необходима активная разработка новых психокоррекционных программ и эффективных методов лечения посттравматического стрессового расстройства.

УДК 613.86: 613.956: 613-071-037: 613.6

Сергета І. В., Браткова О. Ю., Мостова О. П., Панчук О. Ю., Стоян Н. В., Дунець І. Л.
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ДОНОЗОЛОГІЧНИХ ЗРУШЕНЬ У СТАНІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УЧНІВ ШКІЛЬНОГО ВІКУ І СТУДЕНТІВ

Рання діагностика, адекватна профілактика та своєчасна корекція донозологічних станів в теперішній час є одним з найбільш ефективних способів збереження і зміцнення психічного здоров'я дітей, підлітків і молоді. У цьому контексті слід відзначити, що донозологічні зрушення у стані психічного здоров'я як проміжні між нормою і патологією стани необхідно розглядати, виходячи з трьох провідних позицій: перша визначає донозологічні зрушення у стані психічного здоров'я або як певні стани здоров'я, що не відповідають критеріям середньостатистичної норми, або як певні субпорогові психічні та поведінкові розлади, що можуть бути виділені як самостійний варіант патологічних проявів (окремі прояви розумової відсталості, синдром дефіциту уваги з гіперреактивністю тощо), друга — характеризує донозологічні зрушення у стані психічного здоров'я як порушення перебігу процесів адаптації (різноманітні порушення перебігу процесів психічної, психофізіологічної і соціально-психологічної адаптації тощо), третя — визначає донозологічні зрушення у стані психічного здоров'я як стан передзахворювання (ранні дисфункціональні прояви психопатологічного (невротичні реакції тощо), неврологічного (розлади мовлення, цефалгічний синдром тощо) та соматовегетативного (астено-вегетативні прояви тощо) характеру.

Метою проведеного дослідження було розроблення та наукове обґрунтування методики скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення донозологічних зрушень у стані психічного здоров'я учнів шкільного віку і студентів як адекватного засобу профілактики імовірних психічних відхилень та розладів.

Дослідження проводилось на базі сучасних шкіл та медичного вищого навчального закладу на підставі використання поширених у гігієнічній та психодіагностичній практиці методів і методик. У зв'язку з цим в центрі наукової роботи було вивчення особливостей розвитку провідних психофізіологічних функцій, особливостей особистості, показників перебігу соціально-психологічної, психофізіологічної і психічної адаптації тощо.

Методика скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення донозологічних зрушень у стані психічного здоров'я учнів шкільного віку і студентів, що розроблена, передбачає визначення низки психодіагностичних показників, а саме ступеня вираження рівня нейротизму, ситуативної, особистісної і шкільної тривожності, емоційного вигоряння, агресивності, астенічного і депресивного станів. Далі відповідно до запропонованої шкали отримані дані оцінюють в балах, за допомогою яких вираховують такі показники: інтегральний показник оцінки особливостей психічного стану, інтегральний показник оцінки особливостей психічного стану організованого колективу та інтегральний показник динамічних змін стану психічного здоров'я дівчат і юнаків або колективу. Отримані результати надають можливість віднести обстежену особу або обстежений колектив до груп з мінімальним (до 8,0 балів), низьким (8,1—12,0 балів), помірним (12,1—17,0 балів) або високим (понад 17,1 балів) ризиком виникнення відхилень у стані психічного здоров'я донозологічного змісту, а також обґрунтувати висновок про характер змін з боку провідних корелят психічного здоров'я в динаміці певного відрізку часу.

Розроблений підхід є надзвичайно простим, зручним у застосуванні та високоінформативним засобом для виявлення несприятливих змін з боку психічного здоров'я як окремої особистості, так і організованого колективу, сприяє ранньому та адекватному проведенню психопрофілактичної та психокорекційної роботи тощо.

УДК: 616.89

В. М. Сінайко, Л. Д. Коровіна
Харківський національний медичний університет

ДО ПРОБЛЕМИ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Шизофренію можна віднести до тих захворювань, що визначають стан психіатрії як медичної науки, а успіхи у лікуванні цього захворювання певною мірою віддзеркалюють прогрес фармакотерапії та нашу можливість контролювати розвиток психопатологічних симптомів. Застосування сучасних антипсихотиків є важливою складовою лікування хворих на шизофренію. Їхнє використання дозволяє успішно боротися із продуктивними симптомами, запобігти розвитку негативної симптоматики, не спричиняючи при цьому нейролептичних ускладнень. Серед інших чинників, які впливають на стан хворих та визначають якість їхнього життя, слід відзначити розвиток метаболічних порушень, у тому числі абдомінального ожиріння. Розвиток ожиріння у хворих на шизофренію може бути однією з причин відмови хворих від терапії. Особливо це стосується молодих осіб жіночої статі, які приділяють більше уваги своїй зовнішності порівняно із чоловіками. Зрозуміло, що альтернативи цим препаратам на теперішній час немає. Вони демонструють достатню ефективність у лікуванні основних проявів захворювання, дозволяють суттєво покращити якість життя та рівень соціального функціонування хворих. Але слід враховувати розвиток можливих негативних проявів у пацієнтів із шизофренією, що приймають антипсихотичні препарати, своєчасно проводити їх діагностику та враховувати ці чинники під час вибору методів лікування хворого.

Розуміння лікарями-психіатрами проблеми розвитку абдомінального ожиріння та інших проявів метаболічного синдрому у пацієнтів із шизофренією є основою подальшого проведення профілактичних та корекційних заходів щодо цієї категорії хворих.

УДК: 616-038.82/86:053.2/8-818.8-009.11

Сиротюк М. В.
Евпаторийский Центральный детский клинический санаторий Министерства обороны Украины (г. Евпатория)

ВОЗМОЖНОСТЬ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ДЕТСКОГО АУТИЗМА

Термин «*autismus*» был придуман швейцарским психиатром Эйгеном Блейлером в 1910 году при описании симптомов шизофрении. Заболеваемость составляет 1—2 человека на 1000 для аутизма и около 6 человек на 1000 для расстройств аутистического спектра.

В течение последних 4-х лет на лечении в санатории находилось 42 ребенка с синдромом детского аутизма, из них только 12 детям по месту жительства был установлен диагноз синдрома аутизма на основании характерных изменений поведения (28,6 %). Кроме того, направляющие диагнозы были следующими: задержка психоречевого развития — 16 чел. (38,1 %), синдром дефицита внимания с гиперактивностью — 8 чел. (19,0 %), детский церебральный паралич в виде атонически-астатической формы — 6 чел. (14,3 %). По возрасту превалировали дети 7—10 лет — 31 чел. (73,8 %), подростков было 7 чел. (16,7 %), меньше всего было дошкольников — 4 чел. (9,5 %). По половому составу значительно превалировали мальчики — 29 чел. (69,0 %), девочек было 13 (31,0 %).

Ранний анамнез у всех 42 детей был отягощенным; дети наблюдались детским неврологом по поводу последствий перинатальной энцефалопатии в виде задержек психомоторного и психоречевого развития. У 14 детей проявились эпилептические припадки после 3-х лет в виде парциальных очаговых миоклонических подергиваний и ночных пароксизмов (33,3 %), при этом дети получали 2—3 антиэпилептических препарата (в основном депакин, топамакс, кеппра, клоназепам). В дальнейшем у 9-ти из них развилась резистентная эпилепсия (21,4 %).

Синдром аутизма у всех детей характеризовался поведенческими нарушениями, отсутствием реакции на просьбы врача и матери, неустойчивого внимания на различные предметы, отсутствием речевого контакта, бедностью эмоциональных реакций. У больных этой группы отмечались различные варианты аутоагрессий.

План санаторно-курортного лечения составлен в зависимости от выраженности синдрома аутизма, но носил комплексный характер: термоминеральные ванны, сенсорная интеграция, занятия с логопедом, индивидуальная психотерапия с включением музыкотерапии, электросонофорез с раствором пирацетама с учетом выраженности психического беспокойства, иппотерапия.

С началом санаторно-курортного лечения всем детям назначены инъекции витамина B_6 по 1,0 мл внутримышечно ежедневно № 10.

Буквально после первых инъекций препарата родители сразу отмечали уменьшение аутоагрессий у детей. На контрольных осмотрах значительно уменьшилось беспорядочное хождение по кабинету, при беседе врача с матерью дети уже подходили ближе, стояли или сидели на стуле и прислушивались к разговору, некоторые из них заглядывали врачу в глаза.

Все дети инъекции витамина B_6 перенесли спокойно и полностью, при этом динамика поведения проявлялась все больше и, в первую очередь, практически исчезла аутоагрессия. По окончании инъекционного курса витамина B_6 назначена таблетированная его форма в дозе 40 мг/сутки. На фоне этой терапии назначенный план санаторного лечения выполнен полностью, срывов процедур не было, поведение детей на процедурах было спокойным, адекватным.

По окончании курса реабилитации все дети выписаны с рекомендациями продолжать таблетированный курс витамина B_6 в той же дозировке длительно. У отмеченных ранее 9 детей с синдромом аутизма, имеющих резистентную эпилепсию, на фоне приема пиридоксаль фосфата в дозе 40 мг/сутки уменьшилась частота и выраженность эпилептических припадков на фоне продолжающейся антиэпилептической терапии.

Синдром детского аутизма показан для санаторно-курортного курса реабилитации.

План санаторно-курортного лечения должен быть индивидуальным, учитывать принцип постепенного вхождения в лечение и проходить на фоне приема пиридоксаль фосфата в дозе от 40 мг/сутки.

УДК 616.895.8-07

Скринник О. В., Серікова О. С.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (м. Харків)

ВПЛИВ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ СИТУАЦІЙ НА ПЕРЕБІГ ШИЗОАФЕКТИВНОГО РОЗЛАДУ

Незважаючи на те, що на сьогодні існує багато наукових досліджень, що присвячені взаємозв'язку ендогенних розладів та психогеній, вчені не прийшли до єдиної думки про вплив емоційно важливих психотравмуючих подій на перебіг та особливості клінічної картини шизоафективного розладу (ШАР).

Метою роботи було визначення особливостей клінічних проявів та динаміки розвитку ШАР, що дебютував або загострився після психотравмуючої події.

Нами було проаналізовано 45 історій хвороб пацієнтів, що перебували на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України» з 2000 по 2011 рік, з діагнозом шизоафективного розладу за МКХ-10 (F 25). Для аналізу були