

УДК 159.95:616.831-001.34:616-07

**Н. Н. Привалова***ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии  
АМН Украины», г. Харьков***Особенности нарушений высших психических функций в остром периоде легкой черепно-мозговой травмы у участников боевых действий**

Целью нашей работы было изучение нарушений высших психических функций у участников боевых действий с легкими закрытыми черепно-мозговыми травмами (ЧМТ) для оценки степени дисфункции различных корковых и подкорковых систем мозга и определения нейропсихологических маркеров возможной психической дезадаптации.

Для обследования использовали набор стандартных и сенсibilизированных нейропсихологических проб, предназначенный для изучения структуры нарушений высших психических функций у лиц с минимальной мозговой дисфункцией; кроме того, для уточнения характера и степени тяжести эмоциональных расстройств были использованы опросники SCL-90-R и Бека. Объектом исследования были 16 больных в остром периоде после легкой закрытой ЧМТ взрывного характера. Средний возраст больных составлял 30,5 лет. У всех больных отмечались легкие ликворно-гипертензионные нарушения, вегетативная дисфункция, координаторные расстройства, нарушения черепно-мозговой иннервации, характерные для данной формы патологии.

При нейропсихологическом обследовании у всех больных была выявлена замедленность работы, неравномерная продуктивность, нестойкость внимания и текущего контроля при выполнении двигательных, когнитивных и речевых программ различной степени — от нарушений только на этапе вработываемости у 40 % больных до выраженных скачков продуктивности по типу астении гиперстенического типа у остальных. У всех пациентов определялись негрубые мнестические расстройства, прежде всего снижение прочности слухоречевых следов (особенно в условиях интерференции), снижение объема слухоречевой памяти, снижение уровня контроля за процессом воспроизведения (большое количество побочных ассоциаций, контаминаций, повторных называний одних и тех же слов). У 33 % больных были выявлены: недостаточность сложных форм зрительного предметного и зрительно-пространственного гнозиса; проявления семантической афазии; расстройства понимания разрядного строения числа и трудности при выполнении счетных операций как в уме, так и при опоре на запись. У 38 % обследованных выявлено снижение избирательности мыслительных процессов, нарушения контроля психической деятельности и поведения в виде сочетания ригидности с повышенной импульсивностью, «взрывной» раздражительности, активного и пассивного негативизма. По данным опросников SCL-90-R и Бека, практически у всех больных показатели близки к нормативным (только у одного пациента отмечались тревожно-депрессивные проявления).

Таким образом, у всех обследованных больных были обнаружены нарушения высших психических функций, свидетельствующие о дисфункции диэнцефально-стволовых отделов неспецифической системы мозга. На этом фоне у части больных отмечались признаки вовлечения

в патологический процесс лобно-базальных отделов коры больших полушарий головного мозга, негрубой дисфункции теменно-височных отделов коры. Наличие нарушений функционирования корковых регуляторных систем мозга, обеспечивающих как иницирование, программирование и контроль психической деятельности, так и процессы произвольной избирательной активации мозговых систем для решения тех или иных поведенческих задач (Лурия А. Р., 1982 и др.), может служить одним из значимых факторов последующей дезадаптации больных, что обязательно должно учитываться при разработке программ лечения и реабилитации.

УДК 616.89-008.19:615.015.46:614.253.8

**Л. В. Рахман<sup>1</sup>, М. В. Маркова<sup>2</sup>, Г. М. Кожина<sup>3</sup>***<sup>1</sup>Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, м. Львів; <sup>2</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти; <sup>3</sup>Харківський національний медичний університет, м. Харків***Порушення комплаєнсу як предиктор резистентності депресивних розладів при посттравматичному стресовому розладі**

Актуальність вивчення посттравматичного стресового розладу (ПТСР) на сьогоdnішньому етапі не викликає ніяких сумнівів. За даними багатьох авторів, ПТСР в українських реаліях має як характерні риси та відповідає загальноприйнятим критеріям, так і виявляє свої особливості. В структурі ПТСР досить вагому частку (на рівні 50—70 %) посідають депресивні розлади. Як відомо на сьогоdnішній день, близько 30—60 % усіх депресивних розладів мають ознаки резистентності до проведеної терапії. За визначенням, терапевтично резистентними вважають такі депресивні розлади, коли впродовж двох послідовних курсів (по 3—4 тижні) адекватної монотерапії фармакологічно різними препаратами відмічалася відсутність або недостатність клінічної ефективності (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становила менше ніж 50 %). Ефективність лікування розладів депресивного регістру полягає у редукції психопатологічних симптомів і, що найважливіше, збереженні особою активної соціальної ролі в суспільстві, незважаючи на якість ремісії, що є надзвичайно актуальним для хворих з ПТСР в українських реаліях. Запорука успіху терапії цих розладів залежить від багатьох чинників. Ключовим елементом є досягнення комплаєнсу. Комплаєнс (від англ. *Patient compliance*), або прихильність до лікування — ступінь відповідності між поведінкою пацієнта та рекомендаціями, отриманими від лікаря. В систематизованих оглядах зарубіжних авторів наводяться дані, що при депресивних розладах комплаєнтість хворих в середньому складає 65 %. Причому характерною ознакою є те, що можливість порушення комплаєнсу збільшується з тривалістю лікування, тобто, чим триваліший курс терапії, тим більша ймовірність порушення пацієнтом режиму прийому лікування, дозування препаратів або повна відмова від терапії як мотивація її низької ефективності. В основі формування комплаєнсу пацієнта лежать суб'єктивні переживання хворобливих симптомів, прогнозування можливих наслідків захворювання, а також певні очікування від лікування, яке проводиться. Також прихильність до лікування базується на якісному контакті

між лікарем і хворим, на довірі хворого до лікаря, на простоті та чіткості інструкцій для хворого, на заходах самоконтролю пацієнта та обов'язково — плановому спостереженні лікаря.

Метою нашого дослідження було встановлення взаємозв'язку між частковим та відсутнім комплаєнсом під час лікування депресивних розладів при ПТСР та розвитком резистентності депресивної симптоматики до лікування.

Вивчення цього питання проводили з використанням анонімного опитування за спеціально розробленою анкетою. Дана анкета складалась із 13 запитань, до кожного запитання було надано декілька варіантів відповіді, а також була передбачена спеціально відведена графа із можливістю вписати свій власний варіант. Також в анкеті був передбачений пункт, в якому пацієнти зазначали свої побажання та пропозиції щодо ходу лікування, його ефективності та переносимості. Опитування пацієнтів проводили двічі: на першому тижні госпіталізації (перший етап) та на етапі становлення ремісії з підготовкою до виписки із стаціонару (другий етап). В дослідження залучалися пацієнти, які проходили стаціонарне лікування в відділі неврозів Комунального закладу «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» на підставі їх письмової добровільної усвідомлюваної згоди на участь у дослідженні, з резистентними депресіями в структурі ПТСР (F43.1). Нозологічна діагностика ґрунтувалася на критеріях МКХ-10 і проводилася за результатами клінічних, клініко-психопатологічних, психодіагностичних, лабораторних та інструментальних методів. Лікування пацієнтів даної категорії проводили із використанням антидепресантів — селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, інгібіторів зворотного захоплення серотоніну/норадреналіну, тимостабілізаторів, психотерапевтичних сесій, також в більшості випадків для подолання резистентності застосовували метод аугментації з призначенням атипичних антипсихотичних засобів. В процесі дослідження взяли участь 19 пацієнтів. Анкетування проводили в першій половині дня, з максимальною вимогою щодо самостійності заповнювання даної анкети, при необхідності пацієнтам роз'яснювали лише суть запитання.

За даними нашого анонімного анкетування, отримано такі результати. В перший тиждень госпіталізації бажання цілком припинити лікування висловили 12 пацієнтів, що становить 63 % опитаних. Серед тих, хто інколи думав про припинення терапії виявилось 6 хворих (32 %). На момент становлення ремісії бажаючих повністю відмовитися від прийому медикаментів було 13 пацієнтів (68 %), бажання частково дотримуватися режиму лікування було присутнє в 5 анкетах (26 %). Серед причин можливого та ймовірного припинення лікування на першому етапі дослідження хворі відмічали: різке погіршення самопочуття — 5 опитуваних (26 %), слабкість адекватної самооцінки — 9 опитуваних (47 %), відсутність ефективності від терапії, що проводилась — 15 опитуваних (79 %). Повторне анкетування на етапі підготовки до виписки із стаціонару засвідчило, що 11 пацієнтів (58 %) першою причиною в бажанні припинити підтримуючу терапію називають погіршення самопочуття та наявність побічних дій. За даними анкетування, комплекс заходів психосоціальної реабілітації (різноманітні тренінги, психоосвітні бесіди, тематичні

заняття, бібліо- та музикотерапія, психогімнастика) в перший тиждень стаціонарного лікування відвідують лише 4 пацієнти (21 %), не бачать сенсу у відвідуванні реабілітаційних заходів 11 респондентів (58 %), в подальшому при позитивній динаміці в клініці резистентних депресій це співвідношення залишається майже на тому самому рівні — 6 осіб в майбутньому висловлюють бажання активно залучатися в реабілітаційну роботу, що становить 32 %, 14 пацієнтів (74 %) не вважають суттєвою свою участь в заходах щодо психосоціальної реабілітації.

Таким чином, в процесі виконання даної наукової роботи нами було встановлено, що проблема комплаєнтності у пацієнтів із терапевтично резистентними депресіями в структурі ПТСР має актуальний характер. Основними складовими даної проблеми на початку терапії є побічні дії медикаментів, а також істотне зниження самооцінки пацієнтів. На етапі виписки хворих із стаціонару основним чинником для відсутності комплаєнсу є низький ступінь розуміння необхідності продовження лікування та динамічного спостереження у спеціалістів. Тому труднощі із формуванням комплаєнсу можуть стати предикторами розвитку резистентних депресивних розладів в структурі ПТСР. Важливим моментом в цьому аспекті є зацікавлення самого пацієнта у своєму одужанні, підтримка з боку родини, збереження можливості робити свій суспільний внесок, бути потрібним та корисним.

УДК 616.895.8:615.86:616.45-001.1/3-06 «364»

**О. С. Серікова**

*ДУ «Інститут неврологій, психіатрії та наркології  
НАМН України», м. Харків*

#### **Типології коморбідних станів ПТСР і шизоафективних розладів**

Незважаючи на безліч досліджень, присвячених вивченню етіопатогенезу, клініки та динаміки психозів шизофренічного спектра (С. Corcoran, 2002; Т. G. Dinan, 2004), питання про участь психогенних чинників в маніфестації та подальшому розвитку ендегенних психозів залишається маловивченим. Поліморфні, клінічно і нозологічно невизначені форми шизофреноформних психозів, що розвиваються безпосередньо після зіткнення з психотравмуючими ситуаціями, становлять в даний час серйозну діагностичну і терапевтичну проблему, що обумовлено клінічним патоморфозом гострих психотичних розладів шизофреноформної структури, наявність клінічно неоднорідних, атипичних афективних порушень, асоційованих з актуальною для хворого психотравмуючою ситуацією, синдромально не оформленою галюцинаторно-маревною симптоматикою (С. Sahner, R. Greenberg, 2002).

Нами було амбулаторно та стаціонарно обстежено 6 хворих на різні типи шизоафективного розладу — F25.0, F25.1, F25.2. Контрольну групу склали 8 хворих з психічними розладами, що відповідають діагностичним критеріям рубрик F20.0, які зверталися до клініки ДУ ІНПН НАМН України. В обох групах, внаслідок впливу стресорних чинників під час бойових дій в Луганській та Донецькій областях, виникли психопатологічні порушення, що відповідають ПТСР (F43.1). Серед пацієнтів було 10 жінок та 4 чоловіки, віком від 21 до 52 років. У продромі загострення шизоафективного психозу