

УДК 616.831-005.1-036.1-06:616.89-008.45/47

**А. А. Козёлкин, Л. В. Новикова**  
*Запорожский государственный медицинский  
 университет, г. Запорожье*

### **Когнитивный стресс у больных мозговым ишемическим полушарным инсультом в остром периоде заболевания**

Проблема ишемического инсульта является одной из наиболее актуальных в клинической неврологии и занимает лидирующее положение во всем мире в связи с высокими показателями заболеваемости, стойкой инвалидизации и смертности населения.

Цель: изучить особенности динамики когнитивных нарушений (КН) у пациентов в остром периоде мозгового ишемического полушарного инсульта (МИПИ).

Нами было проведено открытое, сравнительное, проспективное, когортное исследование, которое включало комплексное нейропсихологическое обследование 62 больных (41 мужчина и 21 женщина) в возрасте от 44 до 85 лет (средний возраст —  $65,53 \pm 36$  лет) в остром периоде первичного и повторного МИПИ с использованием шкал: Mini-Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA) и Frontal Assessment Battery (FAB). Первую группу наблюдения составили 32 пациента (75 % мужчин и 25 % женщин, средний возраст —  $63,06 \pm 1,71$  года), у которых МИПИ развился впервые. Вторую группу составили 30 пациентов (56,7 % мужчин и 43,3 % женщин, средний возраст —  $68,10 \pm 1,67$  года) с повторным МИПИ.

Значения суммарного балла по шкалам MMSE, MoCA и FAB у больных с повторным МИПИ на 1—3 сутки заболевания составили соответственно 21,63 балла, 17,43 балла и 12,70 балла, что было достоверно ниже уровней аналогичных показателей на 17,9 % ( $p < 0,01$ ), 21,3 % ( $p < 0,01$ ) и 12,1 % ( $p < 0,01$ ) в группе пациентов, у которых МИПИ развился впервые, при этом в структуре КН на 1—3 сутки острого периода заболевания у пациентов с первичным МИПИ преобладали преддементные КН, а у пациентов с повторным МИПИ — деменция легкой и умеренной степеней. К 13 суткам заболевания значения среднего суммарного балла у пациентов с повторным МИПИ по шкалам MMSE, MoCA и FAB составили: 22,97 балла, 19,04 балла и 13,83 балла, а у пациентов с первичным МИПИ — 26,97 балла, 26,68 балла и 16,41 балла соответственно. Динамика когнитивного дефицита у пациентов с первичным МИПИ проявлялась в улучшении когнитивных показателей к 10—13 суткам заболевания по шкалам MMSE, FAB и MoCA на 8,8 %, 2,7 % и 8,5 % соответственно. Для пациентов с повторным МИПИ КН к 13 суткам острого периода улучшились на 5,8 %, 2,2 % и 3,6 % соответственно, при этом в структуре КН у пациентов с первичным МИПИ доминировали преддементные КН, а у пациентов с повторным МИПИ — деменция легкой степени выраженности. Достоверно более высокая частота КН в дебюте заболевания у пациентов с повторным МИПИ в сравнении с первичным МИПИ определялась по следующим доменам по шкале: «называние» (45 % против 7 %,  $p < 0,05$ ), «серия вычитаний» (72,3 % против 26,9 %,  $p < 0,05$ ), «память» (65,4 % против 12,5 %,  $p < 0,05$ ), «оптико-пространственная деятельность» (56,8 % против 11,4 %,  $p < 0,05$ ). К 10—13 суткам заболевания в группе пациентов с первичным МИПИ отмечалась достоверно положительная динамика в виде регресса дефицита по вышеуказанным доменам, в отличие от больных с повторным МИПИ, КН у которых характеризовалась менее выраженной динамикой.

Выраженная редукция когнитивного дефицита у пациентов с первичным МИПИ, а также доминирование в структуре преддементных КН свидетельствует о транзиторном характере когнитивного дефицита, что обусловлено ситуационной, стрессовой реакцией высших психических функций на церебральную ишемию. У больных с повторным МИПИ адаптационные механизмы были менее эффективны, что и определяло более широкий спектр доменных нарушений и менее выраженный регресс КН.

УДК 616.45-001.1/3-003.96:355.257.6

**П. В. Козира, М. В. Маркова**

*Харківська медична академія післядипломної освіти,  
 м. Харків*

### **Фрустрація, психологічний захист та долаюча поведінка в генезі постстресової дезадаптації у співробітників МВС України — учасників АТО**

Системне вивчення стресу і його наслідків для всіх сфер людини проводиться з часу оприлюднення Г. Сельє теорії стресу. Згідно з виразом автора теорії, жоден організм, що переніс стрес, ніколи не повертається до початкового стану, ніколи не буде таким, яким він був до впливу стресорного фактора. Психічна складова стресорної реакції докорінно відрізняється від реакції на стрес. Змістом терміна «реакція на стрес» є комплекс психічних змін, що становлять спосіб адаптації особистості до порушень (змін), що виникли в результаті перенесеного стресу. Їх діапазон сягає від гострих до хронічних, від психологічних до психопатологічних. Реакції на стрес мають схильність до хронічного перебігу. Це зумовлено фіксацією всіх психічних і соматичних механізмів стресорної реакції в єдиний модуль (контур), який у результаті інтенсивного афективного заряду й значимості сформованого модуля, легко оживляється в пам'яті з повторними відповідними переживаннями й запуском механізмів стресорної реакції. У такий спосіб стресорна реакція втрачає обмеженість у часі й стає причиною розвитку так званого «хронічного» психічного стресу. Іншим важливим фактором, що визначає характеристики реакції на стрес, є передстресові особливості особистості, способи та ефективність психологічного захисту, стійкість до фрустрації та способи її подолання. Важливим фактором, що визначає параметри реакції на стрес, є соціальні умови, такі показники як благополуччя, упевненість у захисті, належній допомозі, надійність, захищеність, опора й підтримка з боку соціуму, перспектива майбутнього й інше. Наявність або відсутність таких умов, тим паче — загрози з боку соціуму визначають важкість й форми реакції на стрес. Самі по собі різні соціальні зміни й потрясіння можуть виступати джерелом стресу. Взаємодія та зв'язок факторів стресу з умовами корінних змін соціально-економічної й політичної ситуації, особливості перебігу постстресової дезадаптації є досить важливими для розуміння механізмів їх формування та розвитку, проведення психопрофілактики та психокорекції цих розладів. Але це питання висвітлено в наукових дослідженнях вкрай мало.

Нами було досліджено психічний стан 97 співробітників МВС України віком 29—37 років, які знаходились на службі не менше як з 2010 року та брали участь в проведенні АТО протягом 2014 року. В результаті аналізу даних встановлено, що 91 % співробітників мали різні за вираженістю дезадаптивні прояви. У 9 % — виявлено клінічного рангу симптоми, але які були недостатніми

для встановлення клінічно окресленої нозологічної форми порушень. Вони мали пароксизмальний характер. В соматичній сфері у 69 % обстежених виявлені ознаки вегетативної дисфункції.

Під час аналізу якості та вираженості психологічного захисту виявилось, що у 47 % оглянутих рівень його був низьким, у 34 % середнім та у 19 % — високим. Рівень фрустрації у 67 % випадків був високим, решта 33 % характеризувались як з середнім. Під час аналізу змісту способів психологічного захисту у 78 % випадків він був розцінений як неадекватний в порівнянні з виявленими психотравмуючими подіями та чинниками. Аналіз долаючої поведінки в контексті фрустраційних обставин у 82 % випадків вона була розцінена як неадаптивна. Таким чином, дослідження психологічного захисту, фрустрації та долаючої поведінки у співробітників МВС — учасників АТО виявило зміни, що вказували на високий рівень фрустрації при низьких рівнях та неадекватному психологічному захисті. Долаюча поведінка також у більшості була неадаптивною. До того ж, була виявлена залежність між частотою вегетативних симптомів, викривленням психологічного захисту та фрустрації.

Отримані дані дозволили виявити групи ризику серед службовців МВС, які є учасниками АТО, за формуванням та подальшим розвитком станів психічної та психологічної дезадаптації, що було враховано нами під час розроблення специфічних заходів їх психокорекції і психопрофілактики.

УДК 616.853-008.46-008.447:001.8

**В. І. Коростій<sup>1</sup>, Б. О. Герасимов<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Харківський національний медичний університет;

<sup>2</sup>КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3», м. Харків

### **Вплив когнітивних порушень на ефективність стрес-долаючої поведінки в пацієнтів з різними клінічними формами епілепсії**

Недементні когнітивні розлади при деменції погіршують якість життя і призводять до соціальної дезадаптації хворих.

Серед сучасних досліджень когнітивних порушень у хворих на епілепсію переважають роботи, присвячені вивченню впливу протиепілептичних препаратів у хворих дитячого віку. Нейропсихологічні особливості недементних когнітивних розладів при епілепсії, клініко-патогенетичні закономірності їхнього розвитку, роль в розвитку соціальної дезадаптації вивчені недостатньо.

Мета роботи — вивчити та систематизувати когнітивні розлади недементного рівня, їх взаємозв'язки з клінічними особливостями, формами епілептичної хвороби, соціально-психологічними особливостями та емоційним станом пацієнтів.

Методи: клініко-психопатологічний, психодіагностичний.

На базі Харківського обласного протиепілептичного центру (ХОКПЛ № 3) обстежені 300 хворих на епілепсію: 50 — ідіопатична, 50 — криптогенна, 100 — симптоматична (50 — зі скроневою та 50 — з лобною локалізацією епілептичного вогнища).

Вперше апробована як методика виявлення та кількісного оцінення когнітивних розладів у даного контингенту (хворих на епілепсію) Аденбрукська шкала когнітивних розладів, проведене оцінювання відповідності одержаних показників даним батареї лобних тестів. Вказана

шкала достовірно виявляє порушення когнітивних функцій від легкого ступеня до деменції та дозволяє диференціювати переважання порушень окремих психічних процесів. Це є перевагою для використання її у даного контингенту (хворих на епілепсію) над найпоширенішою скринінговою методикою MMSE.

Ідентифіковані особливості когнітивних розладів у хворих на епілепсію в залежності від локалізації епілептогенного вогнища, якості ремісії та частоти нападів, медикаментозної терапії, коморбідних психічних та соматичних захворювань, соціально-психологічних особливостей пацієнтів.

Визначені особливості когнітивних розладів у хворих на епілепсію в залежності від клінічної форми епілепсії доцільно використовувати як додаткові диференціально-діагностичні критерії форм епілепсії (симптоматична, ідіопатична, криптогенна).

Визначені особливості когнітивних розладів у хворих на епілепсію в залежності від локалізації епілептогенного вогнища, якості ремісії та частоти нападів, медикаментозної терапії, коморбідних психічних та соматичних захворювань, соціально-психологічних особливостей пацієнтів.

Виявлено, що одним з патогномічних механізмів розвитку психогенних афективних розладів в пацієнтів, які страждають на епілепсію, є зниження ефективності стрес-долаючої поведінки за рахунок когнітивних порушень в сферах мислення та уваги.

Результати дослідження особливостей когнітивних розладів у хворих на епілепсію лягли в основу індивідуалізованого комплексу лікувальних заходів для пацієнта з епілепсією, який має недементні когнітивні розлади.

Розроблений комплекс психотерапевтичних та психокорекційних заходів для хворих на епілепсію, які мають недементні когнітивні розлади, спрямований на покращання соціального функціонування та якості їхнього життя.

Створені рекомендації з профілактики когнітивних розладів у хворих на епілепсію.

Проведено оцінювання ефективності вказаних розробок на ґрунті динамічного дослідження когнітивних функцій пацієнтів, їх соціального функціонування та якості життя.

УДК 616.45-001.1/3-053.2:001.8

**В. І. Коростій, Д. А. Молчанюк, О. П. Шоно**  
Харківський національний медичний університет,  
м. Харків

### **Використання модифікованої шкали оцінки впливу травматичної події для дітей "CRIES-8"**

В період соціально-травматичних подій діти є найуразливішою частиною населення та страждають як внаслідок втрати батьків, безпосереднього перебування в зоні воєнних дій, так і внаслідок вимушеного переміщення на інше місце проживання.

Наслідки психологічних та психопатологічних реакцій на стресові події у дітей є дуже значущими внаслідок суттєвого впливу на психічне здоров'я та подальшу долю у майбутньому. Психодіагностичні інструменти для виявлення таких негативних проявів опрацьовані в вітчизняній популяції недостатньо.

Шкалу оцінки впливу травматичної події (IES) було вперше запропоновано Горовіцем та ін. (1979 р.) для відстеження основних проявів повторного переживання травматичної події та уникнення цієї події й почуттів, спричинених нею. Спочатку існувало 15 пунктів і чотирибальна шкала з двома субшкалами для «Втручання» та «Уникнення».