

выраженной субнормативности средних показателей по большинству факторов у подростков с СФ и паттерном употребления ПАВ ОВИ (особенно, по факторам MD, A, C, E, F, H, I, M, Q1, O, L, Q2) по сравнению с другими пациентами с СФ (при  $p < 0,01$ ); 3) наличие выраженных индивидуально-психологических особенностей (преимущественно эмоционально-волевых и коммуникативных) у подростков с СФ и паттерном употребления ПАВ ОВИ, которые существенно затрудняют или делают невозможным их нормативное социальное функционирование (максимально низкие по выборке значения показателей по факторам MD, A, C, E, F, H, I, M, Q1, максимально высокие значения показателей по факторам «O», «L» и «Q2»).

УДК 616.89-008.454-053.6:577.17

*Проскурина Т. Ю.*

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

#### **КЛИНИЧЕСКАЯ И НЕЙРОГОРМОНАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТНОМ АСПЕКТЕ**

Проблеме выявления взаимосвязи между клиническими и нейрохимическими механизмами развития депрессии, клинической феноменологии депрессии. Анализ отдельных нейромедиаторных систем в патогенезе депрессии у взрослых посвящены многочисленные работы. Значительный интерес представляет изучение клинической феноменологии и нейрогормональная характеристика депрессии у детей в возрастном аспекте, что определит выбор патогенетической терапии.

В работе с целью углубления изучения патогенетических механизмов формирования депрессии у детей в возрастном аспекте было изучено состояние обмена серотонина, роль гормонов и биогенных аминов, особенности экскреции гормона эпифиза — мелатонина.

Комплексное исследование проводилось в отделении детской психиатрии в период 2007—2011 гг. на базе клиники ГУ «ИОЗДП НАМН Украины». В исследование были включены 125 детей 7—11 лет с депрессией и 111 подростков 12—18 лет Группу контроля составили 30 детей и 100 практически здоровых подростков I—II групп здоровья.

Содержание серотонина в цельной крови определяли флуориметрическим методом В. И. Кулинского. В суточной моче определяли уровень основного метаболита серотонина — 5-оксииндолуксусной кислоты (5-ОИУК) колориметрическим методом, мелатонина — методом Друэкса (в модификации Г. В. Зубкова).

Клинические варианты депрессии у детей 7—11 лет включают: соматический (23,0 %), поведенческий (29,6 %), тревожный (15,2 %), астенический (12,0 %), апатический (8,8 %), астено-тревожный (7,2 %), фобический (7,2 %), тревожно-тоскливый (6,4 %) и псевдоневрологический (1,6 %) типы. Кластерный анализ синдромокомплексов депрессии у подростков в возрастном аспекте установил ряд особенностей. Так у подростков 12—14 лет формируется астенический (53,5 %) тревожный (34,9 %), астено-тревожный (11,6 %) синдромы, а у подростков 15—18 лет поведенческий (42,7 %), апатический (23,5 %), астенический (20,6 %) и ипохондрический (13,2 %) варианты. У детей 7—11 лет уровень серотонина варьировал как в сторону снижения, так и в сторону его повышения или же сохранялся в пределах возрастной нормы. Следовательно, формирование депрессии у детей обусловлено дисбалансом серотонинергической системы, что, по всей вероятности, обусловлено незрелостью мозговых структур. Что касается мелатонина, то независимо от варианта депрессии у детей его уровень сохраняет преимущественно низкий уровень. Уровень серотонина у больных подростков с депрессией был значительно выше, чем в контрольной группе. Содержание 5-ОИУК в моче больных с депрессией было в пределах возрастной нормы. В тот же время показатели соотношения уровня 5-ОИУК к серотонину, который является критерием оценки обмена серотонина в организме, у мальчиков с депрессией был ниже по сравнению с контролем, что свидетельствует о нарушении обмена этого индоламина. Уровень экскреции мелатонина у подростков с депрессией достоверно снижен (в сравнении с контролем) в среднем на 49 % и составил 33,35 нмоль/сутки. Средний уровень экскреции мелатонина в возрастной группе 15—17 лет составил 29,51 нмоль/сутки. Клиническая и нейрогормональная характеристика депрессии должна учитываться в формировании программ терапевтического вмешательства у больных детей с аффективной патологией.

УДК 616.89-008.454-053.2/.5

*Проскурина Т. Ю., Михайлова Е. А., Михановская Н. Г.,  
Мителев Д. А., Матковская Т. Н.*

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

#### **К ПРОБЛЕМЕ ТЕРАПИИ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

В последние годы появилось много методов лечения депрессии и лекарственных средств, среди которых антиконвульсанты занимают одну из лидирующих позиций. В обзоре P. Wiffen et al., опубликованном в сборнике кокреновского сообщества в 2000 г. обобщены результаты многочисленных исследований, доказывающие эффективность при хронической боли шести антиконвульсантов. Механизм их анальгетического действия до конца не изучен.

Целью исследования явилось изучение частоты головной боли напряжения (ГБН) у детей младшего школьного возраста с депрессией и обоснование целесообразности использования в их терапии антиконвульсантов.

Обследованы дети в возрасте 7—11 лет с депрессией (125 человек). Дизайн исследования включал психопатологический, соматоневрологический, психологический, нейрофизиологические методы.

Исследованиями установлено, что депрессия у детей 7—11 лет включает поведенческий, соматический, тревожный, фобический, астенический, псевдоневрологический синдромы. У большинства детей с депрессией зарегистрирована ГБН (74,4 %). Клиническая картина ГБН у детей с депрессией полиморфна, интенсивность головной боли оценивается большинством пациентов в 5—7 баллов (аналоговая шкала боли ВАШ). Неврологический осмотр детей выявил симптомы повышенной рефлекторной возбудимости (симметричное повышение сухожильных рефлексов, расширение рефлексогенных зон), что доказывает психогенный характер заболевания. Установлена положительная корреляционная связь у больных депрессией с ГБН и нейрофизиологическими паттернами ЭЭГ — дисфункция лимбико-ретикулярных структур. У 18,2 % детей с депрессией зарегистрированы нейроэндокринные сдвиги в виде ожирения с инсулинорезистентностью. У 86,4 % пациентов диагностированы когнитивные нарушения: снижение памяти и внимания по неустойчивому типу, высокий уровень личностной тревожности (тест Люшера), умеренный уровень депрессии (по шкале CDRS-R). Школьная неупеваемость как результат социализации депрессии у детей, формирования поведенческих паттернов депрессии устойчивых к терапии диктует необходимость выделения ГБН в качестве предиктора ранней психосоциальной дезадаптации детей 7—11 лет с депрессивными расстройствами. Дети с депрессией и ГБН рефрактерны, как правило, к лечению только антидепрессивными средствами, им необходима комбинированная терапия. Следовательно, достоверно убедительны данные о частоте ГБН у детей с депрессией, а идея использовать антиконвульсанты в их лечении имеет, как клинические, так и нейрофизиологические предпосылки. Терапия депрессий с ГБН у детей включала депакин из расчета 10 мг на кг веса 2 раза в день в сочетании с когнитивно-поведенческой терапией курсом 4 недели. Гипотимический и анальгетический эффекты депакина были более выражены у детей, пациентов с соматическим, поведенческим и неврологическим вариантами депрессии. Регресс депрессивной симптоматики и алгических проявлений прослежен в 87,6 % случаев, что позволяет рекомендовать включение препарата депакин в комплексное лечение больных детей с депрессией и ГБН.

УДК 616.89-008-053:616.89-008.441.44

*Проскурина Т. Ю., Михайлова Е. А.,  
Матковська Т. М., Мителев Д. А.*

*ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків  
НАМН України» (м. Харків)*

#### **РИЗИК СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ІЗ ДЕПРЕСІЄЮ: ДІАГНОСТИКА, МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ, ПРОФІЛАКТИКА**

Проблема самогубств набуває все більш глобального характеру, а суїциди все частіше стають формою поведінки, до якої схильється людина в кризовій ситуації. Відомо, що перший пік суїцидів припадає на підлітковий і молодий вік. Кількість самогубств серед осіб у віці 15—24 років за останні 15 років збільшилася в 2 рази і серед причин смертності в багатьох економічно розвинених країнах суїциди стоять на 2—3-му місці. Істотно

змінилася і мотивація суїцидальних вчинків. Суїцидальна поведінка є своєрідним проявом дезадаптивних копінгів поведінки і її можна розглядати як результат формування і розвитку певного «життєвого сценарію», що закладається ще в ранньому дитинстві. Головною проблемою, яка може виникнути в цей віковий період, є поглибленість собою й уникнення міжособових стосунків, що є психологічною основою для виникнення відчуття самотності, екзистенційного вакууму і соціальної ізоляції.

Мета роботи: удосконалення діагностики, прогнозу та профілактики суїцидальної поведінки у дітей та підлітків із депресією.

Комплексне клінічне дослідження проводилося у відділенні дитячої психіатрії у період 2008—2011 рр. на базі клініки ДУ «ЮЗДП НАМН України». Обстежено 125 дітей у віці 7—11 років і 220 підлітків 12—18 років із депресією невротичного генезу. Використовували клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психологічний (тест визначення рівня невротичного стану за Б. Д. Менделевичем і К. Н. Яніним; тест визначення рівня депресії за В. А. Журовим; Колумбійську шкалу оцінки тяжкості суїциду (GSSRS) за К. Posner et al., доповнені спеціально розробленими анкетами для стандартизації результатів клінічного обстеження.

Визначено, що питома вага суїцидальної поведінки у дітей із депресіями складає 15,2 %; у підлітків із депресіями — 11,0 %. У структурі суїцидальної поведінки у дітей 7—11 років частіше реєструвалися суїцидальні спроби, а у підлітків — суїцидальні думки, суїцидальні вислови, демонстративна суїцидальна поведінка. Найбільшу питому вагу суїцидальної поведінки зареєстровано у дівчат-підлітків порівняно з хлопчиками. Істинну суїцидальну поведінку зареєстровано у хворих із девіантним і тривожним синдромом комплексом депресії. Шляхом вимірювання кореляції рангів за допомогою коефіцієнтів Спірмена і встановленням статистичної достовірності за таблицею критичних значень t-критерію Стьюдента здійснювали вивчення зв'язку між проявами, що вивчалися. Установлено, що найбільшу діагностичну значущість у формуванні суїцидальної поведінки у підлітків із депресією мали симптоми: гіпотимія, тривога; синдроми — девіантний, тривожний; вік 7—11 та 14—18 років; суїцидальна поведінка у одного з батьків; чинник порушення комунікативної активності з однолітками; низький рівень соціальної адаптації, конфлікти в школі, чинник неповної сім'ї; соціальний стан батьків — безробіття; недостатній рівень соціалізації дитини у школі.

Програма медико-психотерапевтичної інтервенції для дітей з депресією і суїцидальною поведінкою, включала когнітивно-поведінкову терапію, гештальт-експеримент, метод діалогу, роботу з полярностями, психодраматичне програвання ситуації, арт-терапію. Обсяг психотерапевтичних інтервенцій для підлітка зі спробою суїцидальної поведінки включав кризове втручання, поведінкове втручання (навчання навичкам керування), психологічну корекцію в програмі «підліток — проблема», реконструктивну кондуктивну психотерапію, тренінг для зняття комунікативної напруженості, тренінг для формування адаптивних соціальних навичок.

Отримані дані можуть бути використані при формуванні програм первинної і вторинної профілактики суїцидальної поведінки у дітей і підлітків із депресивними невротичними розладами.

УДК 616.895.8:616.89-02-085:615.851

*Н. Г. Пшук\*, М. В. Маркова\*\*, Є. Я. Пшук\**

*Вінницький національний медичний університет*

*ім. М. І. Пирогова\**

*Харківська медична академія післядипломної освіти\*\**

#### **ДИНАМІКА ОЦІНКИ РЕСУРСУ СІМ'Ї, ДЕ ПРОЖИВАЄ ХВОРИЙ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ**

В останні роки спостерігається значний науковий інтерес до удосконалення програм лікувально-реабілітаційного спрямування для хворих, які страждають на шизофренію. В межах реабілітаційного напрямку акцентується увага на вивченні особливостей функціонування сімей, де є хворий на шизофренію. Одним з чинників, що визначає актуальний функціональний стан сім'ї та впливає на рівень її адаптивності, є ресурс сімейної підтримки психічно хворого.

Мета: визначити ресурс сімейної підтримки хворого на шизофренію та його динаміку в процесі хвороби.

За умови інформованої згоди було обстежено 28 сімей, в яких проживає хворий на шизофренію (всі хворі — особи чоловічої статі). Основними критеріями включення в дослідження були: наявність загальних діагностичних критеріїв шизофренії (F 20.0); наявність епізодичних проявів психозу

з прогредієнтним розвитком «негативної» симптоматики у проміжках між психотичними епізодами; стан ремісії; наявність сім'ї власної або ж батьківської; згода дружини (Д,  $n = 13$ ) або ж референтного родича (РР,  $n = 15$ ) взяти участь у дослідженні. Критеріями виключення були: вік хворих молодше 23 років та старше 45 років з метою виключення вікових патопластичних впливів на прояв хвороби; домінування в клінічній картині неадекватності у поведінці; наявність гострої продуктивної симптоматики або ж гострого маніакального чи депресивного стану; наявність ознак шизофренічного дефекту. За діагностичними критеріями (МКХ-10) у 17 пацієнтів діагностувався епізодичний тип перебігу з наростаючим дефектом, у 11 — безперервний. Середній вік хворих на момент обстеження —  $34,1 \pm 0,8$  років. Тривалість спостереження хворих відповідала вимогам МКХ-10 та була не менше 1 року, в середньому 2,7 року. Зі всього загалу обстежених тривалість хвороби у 9 пацієнтів була до 2-х років, у 11 — до 4 років та у 8 — більше чотирьох років. Середній вік маніфестації захворювання —  $25,3 \pm 2,9$  років. 13 пацієнтів мали власну сім'ю, 15 — проживали з батьками.

Оцінку ресурсу сімейної підтримки пацієнта здійснювали за допомогою шкал структурованого інтерв'ю (В. А. Абрамов, І. В. Жигуліна, Т. Л. Ряполова, 2009).

У пацієнтів з загальною тривалістю параноїдної шизофренії до двох років визначався достатній ресурс сімейної підтримки, основою якого було позитивне ставлення членів сім'ї до пацієнта як в емоційному, так і в соціальному плані ( $12,2 \pm 0,7$  РР та  $11,9 \pm 0,2$  Д). Внутрішньосімейні стосунки ґрунтувались на позитивно-емпатичній взаємодії. Члени родини з розумінням та повагою відносились до хворого, намагаючись у будь-якій складній ситуації його підтримати, об'єктивно оцінювали життєві позиції пацієнта та його плани на майбутнє, позитивно впливали на формування комплаєнтності.

З подовженням тривалості хвороби знижувалася мотивація членів родини до надання як соціальної, так і економічної підтримки пацієнтові (обмежений сімейний ресурс, відповідно, в балах —  $18,1 \pm 0,5$  РР та  $19,3 \pm 4,6$  Д). Домінуючим мотивом у висловлюваннях як дружин, так і референтних родичів був акцент на порушеннях внутрішньосімейних стосунків, що пов'язані з матеріальною скрутою, неспроможністю вести продуктивний спосіб життя, надавати емоційну підтримку пацієнту.

У хворих з тривалістю хвороби від 4 до 6 років виявлено низький ресурс сімейної підтримки, достовірно нижчий з боку дружин пацієнтів —  $37,5 \pm 1,9$  Д та  $31,1 \pm 2,4$  РР балів ( $p < 0,01$ ).

Ресурс сім'ї та психологічний дисбаланс у сімейних стосунках в родинах пацієнтів з шизофренією зменшується зворотно пропорційно збільшенню тривалості хвороби та супроводжується відсутністю адекватної оцінки подальшої долі хворого, який стає як моральним, так і економічним тягарем для сім'ї, що може суттєво впливати на подальший перебіг його хвороби.

УДК 615.456-657.356.647.12

*Радіонова С. І., Рачкаускас Г. С.*

*ДЗ «Луганський державний медичний університет»,  
Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня*

#### **СТАН ЛІПОПЕРОКСИДАЦІЇ У ХВОРИХ НА ФЕБРИЛЬНУ ШИЗОФРЕНІЮ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ РЕАМБЕРИНУ**

Фебрильна шизофренія (ФШ) — особлива форма шизофренії, перебіг її завжди важкий, а прогноз захворювання сумнівний або несприятливий. Проте, важливою проблемою в даний час є не тільки лікування нападів ФШ, але також раціональні реабілітаційні заходи після перенесеного фебрильного нападу.

Завданням медичної реабілітації на сьогоднішній день є не тільки відтворення порушених психічних функцій, але також відновлення біохімічного та імунологічного гомеостазу, тому ми вважали за доцільне вивчити динаміку показників ліпопероксидації з метою уточнення можливої патогенетичної ролі порушень цих показників в механізмах формування ФШ та можливості їх корекції при застосуванні в комплексі медичної реабілітації сучасного засобу з детоксикуючою та антиоксидантною активністю реамберину.

Нами було обстежено 65 хворих на шизофренію (28 чоловіків та 37 жінок) у віці від 32 до 58 років, які перенесли фебрильний напад шизофренії та були на стадії ранньої ремісії. Всі обстежені були поділені на дві групи: основну (33 пацієнти) і групу порівняння (32 хворих), рандомізовані за віком, статтю та тяжкістю перебігу ФШ. Хворі обох груп отримували лікування основного захворювання загальноприйнятими методами, крім того пацієнти