

апарат для лечебного электронаркоза «ЛЭНАР», разработанный для «замены фармакологических веществ — анальгетического и седативного действия» — в различных областях клинической медицины.

В процессе реализации метода, как результат психофизиологической наведенной латерализованной активности зрительного и слухового анализаторов, отмечалось снижение общей выраженности клинических проявлений тревоги в среднем на $8,7 \pm 0,5$ балла, а депрессии — на $4,5 \pm 0,3$ балла соответственно. Указанная динамика уровня клинических проявлений, характеризующих общую активность выраженности показателя асимметрии конвергенции, сопровождалась критически-литическим «реверсом» латеральных показателей асимметрии КГР и ЛДГ — от правосторонней активности — к «левополушарной», с формированием устойчивых показателей — «контралатеральной» активности на 20—23-й день терапии.

Результаты проведенного исследования позволяют утверждать, что отдельные электротранквилизирующее и электростимулирующее воздействия на лево-правополушарные структуры головного мозга пациентов с применением ЛАТЕН — вызывает динамическую редукцию эмоционально-аффективных психопатологических нарушений в эмоциональной сфере пациентов с ОРС и ПТСР. Указанная динамика, помимо клинических характеристик, сопровождается динамическим «дрейфом» латеральных характеристик показателей КГР/ЛДГ в виде межполушарной психофизиологической ответной реакции на терапевтическое воздействие («раздражители», «стимулы»), путём создания латеральной контр-доминирующей психосенсорной активности.

УДК 616.89-008.447-037:001.8

З. Б. Петролюк, О. О. Фільц

*Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького, м. Львів*

Прояви негативістичної поведінки у основних груп пацієнтів психіатричного стаціонару загального профілю

Метою дослідження було виявлення ознак негативістичної поведінки у пацієнтів загальнопсихіатричного відділення з трьома основними групами: психотичні (шизофренія), афективні (депресивні) та органічні (з домінуючими експлозивними проявами).

Базовою гіпотезою роботи було припущення, що негативістичні прояви поведінки у названих трьох групах можуть виявити ознаки типоспецифічності, а тому даватимуть змогу суттєво уточнити (або й переглянути) клінічний прогноз наростання негативних (дефіцитарних) проявів у досліджуваних групах.

Обстежено 100 хворих, з них: психотичних (шизофренія) — 36 хв., депресивних — 32 хв., органічних — 32 хв. Усі пацієнти отримували стаціонарне лікування у зв'язку з хронічним перебігом. Середня тривалість госпіталізації — 45 днів. Усі пацієнти — чоловіки, віком від 25 до 55 років.

Пацієнти обстежені за допомогою: а) клініко-психологічного інтерв'ю; б) шкали PANSS, адаптованої до умов України; в) селективного вибору ознак негативістичної поведінки у шкалі PANSS; г) спостереження за експресивними (зовнішніми) проявами поведінки, які або підтверджували, або суперечили даним шкали PANSS.

В результаті побудови дендрограми з'являється можливість класифікувати негативістичні прояви у пацієнтів в залежності від типу розладу.

За першими оцінками результатів можна вважати, що:

1) кореляційний аналіз показав статистично значущі зв'язки негативістичних симптомів між собою;

2) факторний аналіз виокремив (поділив на) три основні групи проявів негативістичної поведінки;

3) однофакторний аналіз дав можливість порівняти інтенсивність проявів досліджуваної поведінки у кожній групі пацієнтів.

Детальніше методологія та результати роботи будуть подані у окремих публікаціях.

УДК 616.895-001.1:616.45-001-036.66

**В. С. Підкоритов, О. І. Серікова, О. В. Скринник,
С. О. Український, О. С. Серікова**

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

Клінічні особливості ремісії при біполярному афективному розладі, коморбідному з посттравматичним стресовим розладом

Поєднання в рамках одного стану реактивних й ендогенних розладів традиційно привертає увагу клініцистів. Це пов'язане з різноманіттям варіантів взаємодії вказаних симптомокомплексів (Yehuda et al., 1995; Breslau N., 2001; Тухватуліна Л. Ш., 2004; Фастцов С. А., 2012). Також наголошується на значній поширеності коморбідності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) з іншими психічними розладами, зокрема біполярним афективним розладом (БАР). В останній рік на Україні у зв'язку з подіями на Сході це питання стало дуже актуальним. Особливостями психотравмуючих ситуацій в країні на сьогодні є їх значні сила, тривалість та велика кількість людей, що стають свідками трагічних подій.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей ремісії БАР, коморбідного з ПТСР. Нами був амбулаторно обстежений 21 пацієнт з БАР (F 31 за МКХ-10), що раніше перебували на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ ІНПН НАМНУ та зазнали впливу екстремальних подій, а саме: був свідком бойових дій в Луганській та Донецькій областях. У таких хворих внаслідок останніх подій виникли психопатологічні порушення, що відповідають ПТСР (F 43.1 за МКХ-10). Серед пацієнтів було 15 жінок та 6 чоловіків (співвідношення 2,5:1), віком від 24 до 52 роки.

У 12 пацієнтів (57,14 % обстежених) ремісія, що вивчалася нами, йшла після депресивного епізоду, середня тривалість якого складала $(6,92 \pm 3,14)$ місяці. Як правило, вплив екстремального стресового фактора припадав на початок фази або, взагалі, провокував її. Тривалість ремісії в середньому була $(5,58 \pm 3,81)$ місяці. В усіх випадках можна говорити про неповну ремісію через ангедонію, зниження реакції на оточення, соціальну відчуженість, емоційне відсторонення. Також на перший план виходили такі симптоми ПТСР: повторні нічні сновидіння травматичного змісту, мимовільні спогади про перенесену психотравму. Останні виникали без будь-яких зовнішніх стимулів та супроводжувалися такими сильними переживаннями, начебто трагічні події відбувалися саме в той момент. В деяких випадках хворі були схильні звинувачувати себе в негараздах, що трапилися з ними останнім часом.

Змішані епізоди БАР спостерігалися у 9 випадках (42,86 % обстежених пацієнтів). Їх тривалість складала $(7,72 \pm 2,97)$ місяці. Ремісії після таких фаз були нетривалими — $(2,24 \pm 0,39)$ місяці. Мала місце нестійкість настрою, дратівливість чи спалахи гніву та агресії, що були немотивованими. Останні іноді супроводжувалися маніпулятивною поведінкою, що ґрунтувалася на уявленні про себе як про жертву трагічних обставин. Симптоми ПТСР, а саме, часті мимовільні та інтрузивні спогади про травмуючі події, напади паніки, порушення сону, соціальна відчуженість, також зберігалися протягом ремісії. У трьох випадках (14,29 % всіх обстежень) мало місце надмірне вживання алкоголю.

Серед пацієнтів, що зверталися до нашої клініки, не було випадків маніакальних епізодів, коморбідних з ПТСР.

Таким чином, в разі коморбідності ПТСР та БАР, під час ремісії ендogenous захворювання не утворювалися спільні симптоми з реактивним розладом. Подібні стани можна кваліфікувати як паралельне співіснування в клінічній картині психогенного та афективного симптомокомплексів без значних змін симптоматики кожного з них. Зазвичай подібний тип коморбідності сприяє ускладненню перебігу як ендogenous афективного захворювання, так і реактивного стану, але не призводить до значних змін у клінічній картині кожного з них.

UDK 616.89-008.48:159.923:615.851-055

O. V. Piontkovska

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv
Integration of medical psychology in the system of care for patients with serious medical conditions is the modern strategies to optimize the treatment process

Scientists proved that physical illness affects the psyche of the patient. The impact depends on the characteristics of the disease and the personality patterns. There are also various psychological aspects of therapeutic process, psychology of health workers and their work, organization of care in health care settings.

Malignant neoplasm today one of the major medical, psychological and social problem in the world and Ukraine. Cancer is a difficult challenge for person and causes various psychological reactions, and in some cases leads to the development of mental disorders. The shift in the psyche of cancer patients may occur at any stage of the treatment process. Psychological injury is subject to not only the patient and his close aides, but also the medical personnel providing medical care to cancer patients. Adequate interaction with the patient can generate therapeutic alliance and increase adherence to treatment; improves quality of life; contributes to psychosocial adaptation; prevents caused by the actions or words of the medical staff of mental disorders. For the doctor — supports high performance and efficiency of work, a sense of professional competence and preventing burnout syndrome. For the organization — an indicator of quality of care, promotes a positive image of healthcare service.

However, in the scientific literature and in real clinical practice, there are no systematic studies focused manifestations and patterns of psychological disadaptation of cancer patients and professional of medical staff that provides medical care to patients with cancer at different stages anticancer treatment. Integrated multilevel system

of psychological measures for cancer patients and health care providers based on their interactions in the treatment process at the different stages of anticancer therapy necessary component of a comprehensive approach to providing patient care that focused on improving the quality of life of the patient, improving quality of care and promote professional adaptation.

UDK 616.831:616.893-053.8

O. V. Piontkovska

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

Особливості структурних змін головного мозку та лікворовміщуючих просторів у пацієнтів з хворобою Альцгеймера

Поширеність деменції серед людей віком старших за 65 років становить 5,4 % і збільшується з віком. В більшості випадків деменція зумовлена хворобою Альцгеймера (ХА).

Метою нашої роботи було вивчення особливостей структурних змін головного мозку та лікворовміщуючих просторів у пацієнтів з ХА та зв'язок їх з клінічними проявами хвороби.

Проведено дослідження 24 пацієнтів віком від 62 до 86 років з синдромом деменції зі встановленим діагнозом: хвороба Альцгеймера. Хворі на ХА були розподілені на дві групи: ХА з раннім початком (до 65 років — 9 пацієнтів) і ХА з пізнім початком (після 65 років — 15 пацієнтів). З метою визначення особливостей структурних змін головного мозку та лікворовміщуючих просторів всім дослідженим пацієнтам з ХА було проведено комп'ютерну томографію (КТ) та магнітно-резонансну томографію (МРТ) головного мозку. Нейровізуалізаційне дослідження проводили на обчислювальній рентгенівському комп'ютерному томографі СРТ 1010 (Київ), та магнітно-резонансному томографі «Образ».

На етапі м'якої деменції в обстежених хворих було виявлено ознаки центральної і кіркової атрофії, що мала дифузний, рівномірний характер. Осередкові зміни речовини головного мозку не виявлялись. Ознаки лейкоареозу спостерігалися більше у хворих з пізнім початком ХА. При МРТ такі зміни були виявлені у більшості випадків (84 %), а при КТ-дослідженні — майже у половині хворих (44 %). Виявлений лейкоареоз у цих хворих локалізувався не лише навколо полюсів бокових шлуночків, але й поширювався на інші, глибші підкіркові зони, все ж займаючи менш ніж $1/4$ білої речовини головного мозку і не мав плямистого або «зливного» характеру, який притаманний хворим з переважно судинною деменцією. Аналіз субтенторіального рівня головного мозку показав наявність у 75 % пацієнтів з ХА розширення парастовбурих цистерн і у 40,3 % хворих — розширення великої цистерни мозку. У хворих з тривалістю захворювання більше 5 років звертало увагу розширення борозен черв'яка та півкуль мозочка. У 93 % хворих визначалось потоншення гіпокампальних звивин, що особливо візуалізувалось на сагітальних та фронтальних зрізах. У 37,5 % хворих мали місце зміни щільності білої речовини мозку в перивентрикулярній зоні і семиовальному центрі.

Проведене дослідження показало, що когнітивні розлади, які призводять до соціальної дезадаптації пацієнтів з хворобою Альцгеймера, пов'язані не стільки з дифузною церебральною атрофією, скільки з локальною атро-