Змішані епізоди БАР спостерігалися у 9 випадках (42,86 % обстежених пацієнтів). Їх тривалість складала (7,72 ± 2,97) місяці. Ремісії після таких фаз були нетривалими — (2,24 ± 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 травмуючи 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 ПТРС та БАР, під час ремісії ендогенного 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 ендогенного 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 therapeutical 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.

УДК 616.831:616.893-053.8

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

Особливості структурних змін головного мозку та ліквороміщуючих 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 ліквороміщуючих 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 ліквороміщуючих просторів всім дослідженим пацієнтам з ХА було проведено комп'ютерну томографію (КТ) та магнітно-резонансну томографію (МРТ) головного мозку. Нейровізуалізаційне дослідження проводили на обчислювальному рентгенівському комп'ютерному томографі CPT 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 половини 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 парастовбурових 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-