

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-

фією скроневих доль і гіпокампа. Вираженіші порушення вищих мозкових функцій відзначались у пацієнтів, у яких церебральна атрофія супроводжувалась лейкоареозом. Мала значення його локалізація — для хворих з лейкоареозом в лобових відділах були характерні нейродинамічні розлади. Збільшення вираженості лейкоареозу супроводжувалось клінічними розладами рівноваги, а за даними МРТ — значнішим розширенням шлуночків. На постуральні функції при хворобі Альцгеймера значний вплив мав вік, при цьому динамічні характеристики (хода) також були пов'язані з розмірами шлуночкової системи, а порушення рівноваги — з наявністю і вираженістю перивентрикулярного лейкоареозу. На томограмах хворих з раннім початком ХА виявлялася зовнішня атрофія, у хворих з пізнім початком ХА візуально виявлялися ознаки кіркової атрофії, що мала дифузний, рівномірний характер. Осередкові зміни речовини головного мозку у досліджених хворих не виявлялися. Ознаки лейкоареозу відзначались більше у хворих з пізнім початком ХА.

УДК 616-009:616.45-001.1/3:616.895 «364»

**О. В. Пісоцька<sup>1</sup>, І. О. Якущенко<sup>2</sup>, К. О. Пісоцька<sup>1</sup>**  
<sup>1</sup>ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»; <sup>2</sup>КП «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3», м. Харків

### **Больові синдроми різної локалізації у ветеранів бойових дій як наслідок бойового стресу**

Біль і стрес часто мають загальне психологічне і емоційне забарвлення, що включає тривогу, страх, безпорадність та ін. (Sharp T. J., 2004). Будь-який біль завжди проявляє властивості стресу. В результаті активації стрес-реалізуючої системи відбувається послаблення больового відчуття, мобілізація пластичних і енергетичних ресурсів організму на відновлення пошкоджених тканин. Біль різної локалізації — найчастіша причина звернення ветеранів війни в центри реабілітації (Asmundson G. J. G., Coons M. J., Taylor S., Katz J., 2002). При цьому в 10—20 % випадків у пацієнтів працездатного віку гострий біль в спині трансформується в хронічний (Gatchel R. J., Gardea M. A., 1999;).

Метою даного дослідження стало вивчення поширеності і особливостей клінічних проявів больових синдромів різної локалізації у ветеранів бойових дій.

Нами обстежені 115 чоловіків — учасників бойових дій у віці від 47 до 75 років (середній вік — 56,8 ± 0,7 роки), що перебували на лікуванні в 23 відділенні для ветеранів війни ХОКПЛ № 3. Усім пацієнтам проводили стандартне клініко-неврологічне обстеження, інтенсивність больового синдрому оцінювали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) і за опитувальником Мак Гілла (McGill Pain Questionnaire, MPQ). Дію стресових чинників в період бойових дій відчували 110 (96,2 %) пацієнтів. Найбільш виражений вплив на виникнення і розвиток больових синдромів мали такі чинники як участь в озброєних зіткненнях, власні поранення, полон, поранення і загибель товаришів по службі. У 47,2 % обстежених пацієнтів мали місце два і більше стресових чинників. Після закінчення служби під дією стресу продовжували перебувати 89 (77,4 %) пацієнтів. Серед стрес-чинників найбільше значення мали травми, втрата майна, втрата роботи, розлучення, смерть і хвороби близьких. Больовий синдром різної інтенсивності визначався у 113 пацієнтів, середній бал — 46,8 ± 1,8. Поширеність головного болю в обстежених

пацієнтів досягала 65 %, причому у 13 % ветеранів він був вираженим. Біль в грудній клітці спостерігався у 23 % обстежених, біль в нижній частині спини — у 51 %, біль в суглобах — у 18 %, біль іншої локалізації — у 11 %. Больовий синдром супроводжувався порушеннями сну в 53,5 % випадків, тривогою — в 32 %, зниженням пам'яті — в 51 %. Поширеність хронічного болю у ветеранів бойових дій склала 81,5 %. Найчастішими локалізаціями хронічного болю були нижня частина спини (58 %), голова (55 %) і плечові суглоби (21 %). Психологічна дія отриманих травм і поранень, як і зміни ЦНС, в результаті самої травми виразно впливали на формування хронічного головного болю, болю в грудях, в нижній частині спини. Інтенсивність хронічного болю усіх локалізацій за ВАШ була вища, ніж гострого, що було результатом порушення балансу взаємодії між ноцицептивною і антиноцицептивною системами. Аналіз психічних порушень, що супроводжували хронічний біль, показав найбільшу вираженість тривоги, депресії, порушень сну та пам'яті при хронічному головному болю. Пацієнтам з болем в нижній частині спини також були притаманні такі порушення. Хронічні болі в шиї та іншої локалізації (болі в грудній клітці, животі, кінцівках) меншою мірою визначали порушення в психічній сфері.

Таким чином, бойовий стрес і подальші стреси мирного часу мали різний вплив на характеристики болю в обстежених пацієнтів. На початку основними механізмами виникнення болю були ноцицептивний і невропатичний як наслідок отриманих травм і поранень, в подальшому ж велику роль відіграє психогенний чинник.

УДК 616.45-001.1/3-008.447

**В. Т. Поліщук<sup>1</sup>, В. І. Заворотний<sup>1</sup>,  
І. М. Соколова<sup>2</sup>, Г. М. Кожина<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Військово-медичний клінічний центр Північного регіону МО України;

<sup>2</sup>Українська інженерно-педагогічна академія;

<sup>3</sup>Харківський національний медичний університет, м. Харків

### **Проблема психологічних та психопатологічних наслідків бойового стресу в сучасних умовах**

На сьогодні серед військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичних операціях, збільшилась кількість тих, хто страждає на бойовий стрес. Розроблені системи превентивної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України з бойовим стресом в умовах збройних конфліктів має велике практичне значення у вирішенні багатьох завдань, що виникли перед військовою системою охорони здоров'я в останній рік. Серед численних наслідків (економічних, політичних, соціальних тощо), які будь-яка війна приносить суспільству, не менш важливими є і психологічні. Через жерло армії, яка бере участь у війні, проходять сотні тисяч психічно та фізично здорових людей, котрі після демобілізації повертаються в мирне життя, приносячи з собою всі особливості мілітаризованої свідомості і здійснюючи суттєвий вплив на розвиток соціуму.

Діапазон впливу факторів війни на людину надзвичайно широкий. При цьому набагато більший масштаб мають пом'якшені і відтерміновані наслідки війни, що впливають не тільки на психофізичне здоров'я військовослужбовців, а й на їхню психологічну рівноважність, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій тощо. Військові медики все частіше використовують такі