

Метою нашого дослідження було вивчення ролі стресових факторів на розвиток ТРД та встановлення корелюючих зв'язків із формуванням клініко-психопатологічної картини депресій, резистентних до проведеної терапії.

За умови усвідомленої добровільної згоди в дослідженні було залучено 30 хворих із ТРД. Для досягнення поставленої мети нами використовувалися такі методи: клініко-психопатологічний, психометричний, патопсихологічний, статистичний.

Результати проведеного дослідження засвідчили, що роль стресового чинника у маніфестації та розвитку ТРД є значною. Встановлено, що у 86 % випадків маніфестація захворювання відбувалася на тлі стресової ситуації, особливо вагоме місце посідають довготривалі несприятливі обставини. Серед стресорів, що пов'язуються із виникненням депресій та формуванням резистентних станів, хворі називають, зокрема такі як стресори поразок (в кар'єрі, особистому житті) — 23,4 %, стресори обмежень (проблеми із здоров'ям, недоїдання, сексуальна дисгармонія) — 20 %, інформаційні стресори (повідомлення про війни, катастрофи, терористичні події) — 13,3 %, стресори, пов'язані з політичними поглядами, нестабільним економічним становищем, безробіттям, невпевненістю в завтрашньому дні — 13,3 %, виробничі (інформаційне перенавантаження, відповідальна робота за умов дефіциту часу) — 10 %, стресори відокремлення (конфлікти, непорозуміння) — 10 %, фізичні стресори (надмірне фізичне навантаження, травми, медичні процедури) — 10 %. Також виявлено вплив якості стресового чинника на розвиток клініко-психопатологічної специфіки ТРД. Зокрема, дія короткотривалої стресової ситуації в переважній більшості випадків призводила до формування тривожно-ажитованої, сенесто-іпохондричної, астено-анергічної симптоматики. Тривалі негативні стресові чинники більше сприяли появі апато-адиномічного, obsesивно-фобічного, та меланхолічного радикалів в клінічній картині ТРД.

Таким чином, проведене дослідження засвідчило, що негативні стресові ситуації є одним із важливих чинників в розвитку ТРД та формуванні особливостей клінічної картини депресій.

хоч і не основним симптомом ПТСР, але є супутнім гострим і найнебезпечнішим проявом. Відповідно загальноприйнята практика обстеження пацієнта з ПТСР має включати оцінювання суїцидального ризику і вивчення суїцидального анамнезу.

Метою роботи було узагальнити відомості і визначити кореляцію рівня саморуйнівної поведінки у пацієнтів з ПТСР з коморбідними депресією, генералізованим тривожним розладом та поведінковими порушеннями та без них.

З цією метою проведено клінічне інтерв'ювання 24 учасників бойових дій, різної вікової приналежності (від 20-ти до 53-х років) та різного військового статусу (військові контрактної служби, мобілізовані, добровольці). Дослідження проводили за допомогою індивідуального клінічного інтерв'ю, «Шкали оцінки важкості суїциду Колумбійського університету», «Міссісіпської шкали для бойового ПТСР», «Шкали самооцінки тривоги (Чабан О. С, Хаустова Е. А.)», «Тесту самооцінки рівня депресії Beck A. T.»

Виявлено значний рівень саморуйнівної поведінки в учасників бойових дій в зоні АТО — 25 % опитаних пацієнтів з діагнозом ПТСР зазначили наявність суїцидальних ідей та намірів, як на період перебування в умовах дії стресового чинника, так і в постстресовий період. У 56 % випадків пацієнтам з діагнозом ПТСР діагностовано і депресію. У пацієнтів з ПТСР і депресією була більша частота суїцидальних думок, ніж суїцидальних дій. У пацієнтів з ПТСР без депресії спостерігалась висока частота активних суїцидальних дій, проте, серед них ПТСР часто був коморбідний з афективними порушеннями, наприклад, розладами афекту, схильністю до імпульсивних дій, психопатіями. Частота розвитку генералізованої тривоги та спорідненого з нею соматичного дискомфорту, за самооцінкою пацієнтів, становила 66 % від загальної кількості пацієнтів з ПТСР та була стовідсотковою серед пацієнтів з ПТСР і суїцидальною активністю.

Опосередковано, враховуючи ці дані, можемо зазначити, що супутні розлади, такі як розлади настрою, панічні або тривожні розлади, пов'язані з високою здатністю до формування і розвитку суїцидальних ідей та їх здійснення.

УДК 616-001:616.45-001.1/3:616.85 «364»

О. П. Романів, К. М. Погоріляк

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

Роль інтратравматичних розладів невротичного спектра в структурі формування аутодеструктивної поведінки у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом внаслідок бойових дій в зоні АТО

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це тяжкий психічний стан, який виникає в результаті одиної або повторюваної психотравматичної події, як в результаті безпосереднього, так і опосередкованого переживання травми. Велика кількість лікарів різних спеціальностей по всій Україні серед своїх пацієнтів спостерігають вимушених переселенців зі сходу та учасників бойових дій в зоні АТО, їхніх рідних та близьких. Майже кожен спеціаліст в структурі надання психіатричної допомоги зіткнувся та побачив зсередини проблему діагностування, психолого-психотерапевтичного супроводу та психофармакологічної корекції ПТСР, зокрема, з коморбідними невротичними порушеннями і аутодеструктивною поведінкою. Аутодеструктивна поведінка

УДК 616.895.8-085.214.2

І. Р. Ромаш

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ

Окремі аспекти порушення вуглеводного обміну в пацієнтів із параноїдною шизофренією при застосуванні нейролептичної терапії

Дослідження останніх десятиліть свідчать про важливу патогенетичну роль метаболічних порушень при психічних розладах (І. Й. Влох, Р. І. Білобровка, 2006; L. Citrome, L. Blonde, C. Damatarca, 2005). В численних наукових публікаціях наводяться дані про порушення вуглеводного обміну у хворих на шизофренію у процесі антипсихотичної терапії (О. К. Напрєєнко, 2014; П. В. Алфимов, П. В. Рыбкин, 2014; В. Н. Ebdrup, F. K. Knop, 2014; Н. А. Марута, Г. С. Рачкаускас, 2011).

Мета роботи: Вивчити особливості показників глікемії та глікованого гемоглобіну (HbA1c) при лікуванні пацієнтів із шизофренією нейролептичними препаратами.

Проведено обстеження 80 пацієнтів із параноїдною шизофренією віком 18—55 років. Хворих було поділено

на дві групи (I група — 40 осіб із ознаками метаболічних порушень, які отримували галоперидол; II — 40 осіб із аналогічними порушеннями, які отримували рisperidon). Для обчислення даних використовували параметричні статистичні методи із встановленням коефіцієнта Стьюдента.

Як свідчать отримані нами дані, галоперидол більш надійно, ніж атипичний нейролептик, редукує гостру продуктивну симптоматику. Так, за шкалою PANSS в I групі відзначалося зниження середнього балу з $120,3 \pm 11,2$ бали до $84,6 \pm 10,6$ бали ($p < 0,05$). У II групі зафіксовано зниження середнього сумарного балу з $115,8 \pm 11,4$ до $79,7 \pm 11,7$ бали ($p < 0,05$). Таким чином, відмічено достовірну динаміку редукції психопатологічної симптоматики.

Під час аналізу отриманих даних встановлено, що у пацієнтів I групи після лікування галоперидолом достовірно підвищуються показники глюкози крові натще — від $4,13 \pm 0,19$ ммоль/л до $5,01 \pm 0,29$ ммоль/л ($p < 0,05$). В обстежених II групи встановлено більш значне збільшення рівня глікемії — від $3,53 \pm 0,23$ ммоль/л до $5,44 \pm 0,23$ ммоль/л ($p > 0,05$).

У пацієнтів I групи встановлено підвищення показника глікованого гемоглобіну з $68,2 \pm 3,6$ % до $71,7 \pm 4,8$ % ($p > 0,05$), а у обстежених II групи — з $71,4 \pm 4,9$ % до $85,6 \pm 3,8$ % ($p < 0,05$).

Лікування пацієнтів атипичними нейролептиками зумовлює стійку редукцію психопатологічної симптоматики. Негативним чинником є розвиток гіперглікемії та достовірно зростання рівня глікованого гемоглобіну, що зумовлюють зрив компенсації вуглеводного метаболізму і призводять до розвитку цукрового діабету.

УДК 616.89-008.447-055.2-06:001.8

М. В. Савіна

*Харківський національний університет
ім. В. Н. Каразіна, м. Харків*

Щодо необхідності персоніфікованого підходу до вивчення проблеми взаємозв'язків здоров'я сім'ї та адиктивних розладів у жінок

На теперішній час особливої актуальності набувають дослідження, засновані на персоніфікованому підході. Вже зрозуміло, що не можна вивчати усіх хворих з однією нозологією психічних і поведінкових розладів, сучасність диктує необхідність визначення специфіки окремих контингентів. Якщо в полі психіатричних досліджень цей підхід отримав гідне визнання та не викликає суперечок, то науковий простір медицини залежностей, на жаль, досі залишається поза персоніфікованих методологічних підходів. Між тим, не викликає сумніву, що у жінок, які складають 52 % населення Земної кулі, клінічні прояви та прогноз адиктивних розладів інші, ніж у чоловіків. І, якщо дослідження особливостей формування, розвитку та перебігу алкогольної залежності у жінок вивчені досить прискіпливо, то наукова інформація щодо специфіки виникнення, перебігу та терапії інших станів залежності — як хімічної, так і поведінкової — у жінок практично відсутня.

Захворювання жінки на психічні, зокрема, адиктивні розлади, відбиваються не тільки на її психопатологічному стані, рівні соціального функціонування та якості життя. При цьому головного «удару» зазнає сім'я хворої, бо внаслідок розвитку стану залежності у жінки, деформації піддається, в першу чергу, функціонування її родини, з невиконанням кількох базових сімейних функцій — емоцій-

ної, духовної, господарсько-побутової, виховної та інших, що призводить до подальшого руйнування сімейних стосунків, посилює перебіг наркопатології і в багатьох випадках призводить до порушення сімейної взаємодії на психофізіологічному, соціальному та мікросоціальному, психологічному та соціально-психологічному рівнях та кінцевого руйнування сім'ї.

Враховуючи вищезазначене, нами здійснюється робота, спрямована на вивчення взаємозв'язків між механізмами формування й проявами адиктивної поведінки у жінок та феноменом здоров'я сім'ї, метою якої є створення диференційованої системи його психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки.

УДК 616.89-008.441.13-037-036.66:001.8

О. С. Самойлова

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

Визначення маркерів реабілітаційного стану у лонгітудинальному когортному дослідженні

Можливість досягнення стійкої ремісії є одним із пріоритетних завдань клінічної наркології. Оцінювання реабілітаційного потенціалу включає визначення сукупності медико-біологічних і соціальних чинників та прогнозування того, коли і за допомогою яких методів і засобів людина зможе адаптуватись до здорового середовища та досягне певної якості життя.

Метою проведеного дослідження було визначення маркерів реабілітаційної мотивації обстежених пацієнтів шляхом аналізу результатів лікувально-реабілітаційних втручань, тривалості і якості терапевтичних та спонтанних ремісій, що дозволить оптимізувати результати наркологічної допомоги.

Дослідження проводилось в період з 2010 по 2015 р., когорти формувались із хворих зі станами хімічної та нехімічної залежності, які перебували на лікуванні на клінічних базах відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної Академії медичних наук України». Всього обстежено 435 осіб.

Методи дослідження: тест AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) та створені на його ґрунті AUDIT-подібні тести для неалкогольних залежностей; індекс тяжкості залежності (Addiction Severity Index — ASI); шкала виразності психопатологічної симптоматики Derogatis, когнітивні тести, шкала якості життя Mezzich, методи математичної статистики.

В процесі дослідження тестували дві робочі гіпотези, а саме:

— висока спроможність утримуватись у когорті означає низький реабілітаційний потенціал;

— низька спроможність утримуватись у когорті означає високий реабілітаційний потенціал.

З цієї метою було сформовано дві групи порівняння з різними рівнями спроможності утримання у когорті. Для цього, шляхом ретроспективного аналізу, було проведено багатофакторне порівняння первісного (2010 рік) складу когорт з точки зору того, залишилися вони на третій рік спостереження у когорті (група з високою спроможністю утримуватись у когорті — 160 осіб, залежних від алкоголю, та 52 особи, залежні від наркотиків) чи залишили її (група з низькою спроможністю утримуватись у когорті — 136 осіб, залежних від алкоголю, та 99 осіб, залежних від наркотиків).