

Третій рік, як критерій оцінки спроможності утримуватись у когорті, було обрано цілком через технічні причини. Менший термін (на другий рік) виявився непридатним через незначні відмінності поточної чисельності груп від первісного рівня цієї характеристики, а більший (на четвертий, чи п'ятий рік) — через занадто малу чисельність осіб, що залишились у когорті.

Оцінювання численних параметрів із розрахунком їхніх діагностичних коефіцієнтів та мір інформативності дозволила на цьому ґрунті створити відповідні діагностичні таблиці для оцінювання реабілітаційного потенціалу шляхом їхнього застосування у стандартній послідовній процедурі Вальда, а також скласти узагальнений образ особи із високою і низькою спроможністю утримуватись в межах лікувально реабілітаційної програми, тобто особи з низьким і високим реабілітаційним потенціалом відповідно.

Сукупність описаних вище даних свідчить на користь робочої гіпотези про те, що — висока спроможність утримуватись у когорті означає високу потребу у продовженні лікування, тобто — про низький реабілітаційний потенціал, і навпаки — низька спроможність утримуватись у когорті свідчить про ефективність проведених лікувально-реабілітаційних заходів і, відповідно, про високий реабілітаційний потенціал.

УДК 616.89-008.441.13-037-036.66:001.8

*О. С. Самойлова*

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

**Аналіз спадкової обтяженості розладами наркологічного профілю у хворих із залежністю від психоактивних речовин у лонгітудинальному когортному дослідженні**

Автори багатьох досліджень з наркології наголошують, що важливим фактором ризику рецидиву вживання психоактивних речовин є несприятливий родинний анамнез, тобто спадкова обтяженість наркоманією або алкоголізмом в сім'ї значно підвищує вірогідність розвитку рецидиву при багатьох станах залежності.

Мета дослідження — визначення впливу спадкових та середовищних факторів на перебіг адиктивних розладів (тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії, ігроманії тощо) та реабілітаційний потенціал хворих наркологічного профілю.

Всього обстежено 435 осіб із залежністю від алкоголю, психоактивних речовин, або з іншими станами залежності (діагностику станів залежності проводили за критеріями МКХ-10), за період 2010—2015 рр.

Дослідження проводили за допомогою батареї тестів, що включала опитувальник виразності психопатологічної симптоматики L. R. Derogatis et al. Symptom Check List — 90 Revised (SCL-90 R), шкалу оцінки якості життя за методикою J. E. Mezzich et al., а також спеціальні скринінг-тести для комплексного оцінення адиктивного статусу респондентів.

Визначення внеску генетичних та середовищних факторів у формування станів залежності проводили методами популяційної генетики.

Гібридність пробандів оцінювали за ступенем екзогамії їхніх батьків, що відбиває генетичну віддаленість їхнього шлюбу. З'ясували національність і точне місце народження батьків обстежуваних. У відповідності до отриманих даних всі родоводи були поділені на 4 групи

за ступенем гібридності. До I групи віднесли мононаціональні шлюби, причому чоловік і жінка походили з одного села; до II групи гібридності віднесли також мононаціональні шлюби, але чоловік і жінка походили з різних сіл або з одного міста; до III групи гібридності відносили шлюби між особами, приналежними до різних народів, але в межах однієї етнічної групи (наприклад, слов'яни); в IV групу гібридності ввійшли особи, що походили від шлюбів осіб, приналежних до народів різних етнічних груп.

Під час аналізу родоводів враховували вік пробанда і його родичів та кількість родичів I й II ступенів споріднення. Причому, враховували тільки тих родичів, про яких вдалося одержати точні відомості, але не тих, про які було відомо лише те, що вони існують.

Для оцінки ролі гібридності у формуванні схильності до мультифакторіальних захворювань був проведений генетичний аналіз опійної наркоманії.

Під час вивчення середніх показників кількості родичів з наркологічними розладами різних категорій, а також індексу спадкової наркообтяженості в групах залежних від алкоголю та залежних від наркотиків встановлено, що серед родичів I ступеня споріднення осіб з залежністю від алкоголю найбільша кількість осіб серед родичів з залежністю від алкоголю, а серед родичів I + II ступеня споріднення осіб з залежністю від наркотиків спостерігається найбільша кількість осіб серед родичів з залежністю від тютюну. Таким чином, розповсюдженість тютюнопаління в родинах пацієнтів, уражених розладами наркологічного профілю, перевищує поширеність пияцтва,

Отримані дані вказують на роль тютюну не тільки як «онтогенетичного», а й «філогенетичного» каталізатора формування залежностей до психоактивних речовин.

УДК 616.89-008.441.13-037-036.66:001.8

*О. С. Самойлова*

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

**Прогнозування реабілітаційного потенціалу в когорті хворих наркологічного профілю протягом п'ятирічного лонгітудинального спостереження**

Реабілітація відіграє одну з головних ролей у системі лікувальних наркологічних заходів, тому що значно покращує якість життя пацієнтів та їхніх родичів. У зв'язку з цим стає необхідним визначення поняття «реабілітаційний потенціал» у хворих наркологічного профілю, у який включається велика кількість психофізіологічних показників, що відображають функціональний стан різних органів і функціональних систем, особистісні особливості індивіда, а також соціально-середовищні та професійні чинники.

Мета дослідження — визначення реабілітаційного потенціалу обстежених пацієнтів і розроблення методики його прогнозування шляхом аналізу результатів лікувально-реабілітаційних втручань, тривалості і якості терапевтичних та спонтанних ремісій.

Дослідження проводилось із січня 2010 р. і триває дотепер (тобто до грудня 2015 р.), когорті формувались із хворих зі станами залежності різного походження. Всього обстежено 435 осіб.

Були використані: опитувальник виразності психопатологічної симптоматики L. R. Derogatis et al. Symptom

Check List — 90 Revised (SCL-90 R); шкала оцінки якості життя за методикою J. E. Mezzich et al., а також спеціальні скринінг-тести для комплексного оцінення адиктивного статусу респондентів.

Відомо, що інформація, яку надають про себе хворі наркологічного профілю, часто виявляється не дуже надійною. Між тим засади доказової медицини вимагають спиратися лише на твердо встановлені факти.

Такою надійною інформацією є динаміка чисельності когорт, що досліджуються.

Протягом п'ятирічного спостереження відбувалося поступове зменшення когорти як серед респондентів, залежних від алкоголю, так і серед респондентів, що були залежні від наркотичних речовин. На другий рік у когорті залишилося 63,85 % хворих на алкогольну залежність та 65,66 % хворих на наркотичну залежність. На третій рік ці показники склали 54,05 % та 34,44 %, на четвертий — 40,20 % та 25,83 % і на п'ятий рік — 34,12 % та 19,21 % відповідно.

Сукупність отриманих у проведеному дослідженні даних свідчить про те, що — висока спроможність утримуватись у когорті означає високу потребу у продовженні лікування, тобто — про низький реабілітаційний потенціал, і навпаки — низька спроможність утримуватись у когорті свідчить про ефективність проведених лікувально-реабілітаційних заходів і, відповідно, про високий реабілітаційний потенціал.

Визначені маркери високого та низького реабілітаційних потенціалів у хворих, залежних від різних психоактивних речовин. Зокрема показано, що найбільш інформативними маркерами високого реабілітаційного потенціалу в осіб, залежних від алкоголю, є: усвідомлення наявних проблем у спілкуванні із членами родини та найближчим оточенням, а також відносно низькі (до 10 стандартних доз алкоголю) середні добові дози алкоголю, що вживались у «п'яні дні» протягом останнього місяця перед зверненням по наркологічну допомогу.

дистрес у батьків після пренатального діагнозу у порівнянні з постнатальним діагнозом. Автори наголошували, що найбільший рівень дистресу спостерігався, якщо аномалію плода було виявлено між 22 та 30 тижнями вагітності. Незважаючи на те, що методологія дослідження обмежує можливості передбачити, які жінки перебувають в групі ризику щодо виникнення психологічного дистресу після пренатального діагнозу ВВС, ми спробували дослідити дану тему.

Метою нашого дослідження було визначення психоемоційного стану вагітних жінок, у яких виявлена фетальна ВВС. Дослідження проводилось на базі ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України». Було обстежено 13 вагітних жінок з ехокардіографічно підтвердженою ВВС у плода. Всі жінки були після 20 тижня гестації, віком від 23 до 33 років, та 9 чоловіків, віком 25—35 років. Для оцінення психоемоційного стану ми використовували Госпітальну шкалу тривоги та депресії (Hospital anxiety and depression scale (HADS)). Визначення психоемоційного стану вагітних показало, що 4 (30,77 %) вагітних мали клінічні ознаки тривожних та/або депресивних розладів та 1 (7,69 %) вагітна мала тільки субклінічні прояви тривоги. Серед чоловіків 3 (33,33 %) особи мали клінічні ознаки тривоги та депресії.

Така ситуація вказує на необхідність залучення лікаря-психолога (медичного психолога) до мультидисциплінарної команди, яка опікується сім'ями з пренатальним діагнозом ВВС. Зрештою психологи зможуть допомогти проаналізувати вплив пренатального та постнатального діагнозу ВВС на психоемоційний стан подружжя та розробити комплексну систему психологічної допомоги дітям з ВВС, починаючи вже з етапу пренатальної ультразвукової діагностики вади та протягом подальшого віддаленого медико-психологічного супроводу.

УДК 616.89-008.441-055.2:615.851:001.8

*В. М. Сінайко, Л. Д. Коровіна*  
Харківський національний медичний університет,  
м. Харків

#### **Клінічні особливості тривожних станів у жінок при соціальній дезадаптації їх матерів**

Тривога стає хронічним явищем в умовах сучасного світу як універсальний психофізіологічний феномен, що виникає як реакція на наявність нерозв'язаних актуальних причин. Не завжди видимі стресові впливи є базисом формування патологічної тривоги.

Під нашим спостереженням перебували 10 пацієнток у віці 18—27 років із діагнозом генералізований тривожний розлад. У клінічній картині захворювання переважали скарги на тривогу, епізоди панічних станів, прояви соціофобії, також було виявлено соматичні еквіваленти тривоги. Оцінення анамнезу дозволило виявити в усіх обстежених наявність психотравмуючих ситуацій, пов'язаних із загибеллю друзів, розлукою з близькими та родичами, погіршенням фінансового стану. Ці ситуації охоче обговорювались хворими, які неодноразово підкреслювали їх актуальність і намагались пов'язати виникнення проявів тривоги саме з ними.

Всі хворі виростили в неповних сім'ях, причому виховувались матерями в умовах гіперопіки. У матерів обстежених пацієнток також було виявлено тривожні реакції та ідеї провини, які не досягали клінічного рівня. Вони в основному були пов'язані із успішними спробами

УДК 616-053.31:612.12:616-073.48

*А. Ю. Сидоренко*

*ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України» м. Київ*  
**Материнський та батьківський психологічний дистрес після пренатального ультразвукового дослідження вродженої вади серця у плода**

Клінічно значима вроджена вада серця (ВВС) спостерігається в 3 % новонароджених. Разом з тим, ультразвукове дослідження та інвазивні пренатальні тести спричиняють значний посттравматичний стрес, депресію та тривогу у вагітних жінок. Пренатальна діагностика вроджених вад корелює зі значним психологічним дистресом, що продовжується протягом 6 тижнів після виставленого діагнозу. Більше того, деякі дослідження повідомляють, що тривога впливає на функціонування судинної системи як матері так і плода. Переривання вагітності через вроджену аномалію плода також асоціюється з високим рівнем психологічного дистресу у жінок.

Для вчасного виявлення та попередження небажаних наслідків вроджених аномалій рекомендована рання пренатальна ультразвукова діагностика, що допомагає лікарям вчасно спланувати пологи та лікувальні заходи, а батькам — поступово підготуватись морально до пологів та таким чином знизити післяпологовий стрес. В літературі повідомлялось про підвищений психологічний