

улаштування свого особистого життя протягом останніх декількох років (повторний або громадянський шлюб).

Комплекс лікувальних заходів включав антидепресанти, анксиолітики, психотерапію. У ході лікування було виявлено конфлікти між успішними спробами самореалізації пацієнток та збереженням їх пасивної ролі у взаєминах із матерями. При цьому основні психотравмуючі ситуації та фобічні стани відтіснялись на другий план.

Було виявлено навіть випадки, коли цілком успішні в соціальній сфері жінки, що проживали окремо від матерів, відмічали погіршення психічного стану та зменшення активності саме після їх відвідування матерями. Подібні випадки потребували трансформації індивідуальної психотерапевтичної програми у сімейну психотерапію.

Результати дослідження підтверджують важливість урахування внутрішньосімейних взаємовідносин під час проведення психотерапії тривожних станів у жінок молодого віку.

УДК 616-001:616.45-001.1/3-055.2-008.47

*А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков*  
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,  
м. Полтава

### **Ризик розвитку психосоціальної дезадаптації у жінок із посттравматичним стресовим розладом**

З досить великого арсеналу поданих в літературі конституціонально-біологічних і соціально-психологічних факторів необхідно виокремити основні фактори, які відіграють провідну роль у розвитку психосоціальної дезадаптивної поведінки у пацієнтів з невротичними розладами. В процесі нашого дослідження ми прагнули виокремити прогностичні чинники формування дезадаптивної поведінки та розробити систему терапевтичних заходів, раннього прогнозування та профілактики.

За допомогою шкали ступеня вираженості соціальної дезадаптації індивідів (І. П. Артюхова, 2009) і запропонованої нами «Шкали психосоціальної дезадаптації», спрямованої на більш повне розкриття особливостей психосоціальної дезадаптації пацієнтів у різних сферах діяльності обстежено 42 жінки з діагнозом посттравматичний стресовий розлад. Всі пацієнтки надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

За результатами обох методів отримано дані про домінування у цієї групі інформаційного варіанту психосоціальної дезадаптації. Ця форма дезадаптації розвивалась у результаті зриву адаптивних механізмів поведінки у відповідь на дію суб'єктивно значимих психотравмуючих інформаційних факторів, на фоні астеничних, сензитивних, компульсивних і педантичних рис характеру, загальної інтровертованості. Найбільш важливим і поширеним фактором інформаційного варіанту психосоціальної дезадаптації у жінок цієї групи стала ситуація надмірного інформаційного стресу на фоні особистісної сензитивності та інтровертованості, іноді педантичності. Однаково важливими патогенними факторами у таких випадках були як преморбідна вразливість особистісних і поведінкових механізмів реагування на стрес, так і фактор суб'єктивної значимості та інформаційної сили самого фактору психогенного стресу. На відміну від інших видів дезадаптації, інформаційний варіант психосоціальної дезадаптації переважно розвивався майже синхронно із розвитком власне посттравматичного стресового розладу. Клінічна симптоматика невротичного генезу

справляла патопластичний вплив на розвиток дезадаптації, суттєво ускладнюючи її перебіг, заважаючи спробам відновити адаптивні механізми реагування на життєві ситуації у обстежених жінок. Ситуація зриву захисних психологічних механізмів ускладнювалась неконструктивним типом внутрішньої хвороби, що не дозволяв повністю усвідомити свій реальний стан і виробити конструктивні шляхи його подолання. Підвищенню рівня реактивної тривожності сприяли риси надконтролю, педантичності, що посилювали стрес від фрустрації потреби у самовпевненості, творчій самореалізації. Поєднання вищевказаних особистісних рис та розвиток механізмів фрустрації сприяли зниженню нервово-психічної стійкості і подальшому ускладненню адаптивного реагування на інформаційні стреси. Ці основні групи взаємопов'язаних факторів і механізмів інформаційної дезадаптації тою чи іншою мірою були присутніми в усіх обстежених жінок із посттравматичним стресовим розладом та інформаційним варіантом психосоціальної дезадаптації. За даними дослідження стану соціальної дезадаптації у жінок із посттравматичним стресовим розладом, у 73,55 % було визначено її інформаційний варіант, та по 26,45 % — виробничий (службовий) і змішаний варіанти. Економічної та сімейної соціальної дезадаптації не було діагностовано у жодної із жінок цієї групи.

Таким чином, виявлені за результатами досліджень жінок із посттравматичним стресовим розладом прояви дезадаптації є наслідком констеляції психопатологічних, патопсихологічних та негативних соціально-психологічних чинників.

УДК 616-092.19

*І. К. Сосін, Ю. Ф. Чуєв, О. Ю. Гончарова*  
Харківська медична академія післядипломної освіти,  
м. Харків

### **Лазерний тест на ідентифікацію латентного тремору при алкогольній та наркотичній залежності в умовах хронічного стресу**

До ключових діагностичних ознак, що вірогідно підтверджують факт наявності патологічної залежності від алкоголю або наркотиків, міжнародна клінічна наркологія відносить синдром позбавлення алкоголю або наркотиків (похмільний, абстинентний синдром). Так, відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), у рейтинговій клініко-психопатологічній і соматоневрологічній структурі стану відміни, тремор посідає перше місце. Візуальним проявом тремору є стереотипні, ритмічні, коливальні рухи, які можуть виникати в будь-якій частині тіла. Виразність тремору в період абстинентних розладів при станах патологічної залежності досить поліморфна, як за ступенем виразності, локалізації, так і за типовою динамікою прискореного наростання: від ледь помітного, латентного, субклінічного, до крупнорозгонистого тремору пальців рук. Добре відомо, що прояви тремору у наркохворих значно посилюються в умовах хронічних стресових навантажень (психогенні стани, соматоформні порушення, конфліктні ситуації, хронічна втома та ін.). Питання підвищення ефективності діагностики та ідентифікації тремору при алкогольній та наркотичній залежності є однією з найважливіших задач кабінетів оглядів на стан сп'яніння, в яких працюють, у тому числі, чергові лікарі районних та міських лікарень (хірурги, терапевти, інфекціоністи, фтизіатри та ін.).

Нами розроблений спосіб експертно-діагностичної ідентифікації латентного тремору при алкогольній та наркотичній залежності шляхом комплексної перевірки здатності випробуваного виконувати тестові завдання на точність координації цілеспрямованих сенсомоторних рухів та дій, за допомогою лазерного тесту. Лазерний тест виявляє спроможність пацієнта шляхом візуально-мануального наведення лазерного променя від лазерної указки на розташовану на відстані 2—3 метрів від пацієнта стандартну стрілецьку спортивну мішень та фіксацію променя в межах центру («десятки») протягом 5—10 секунд. У разі появи у процесі 2—3-кратного виконання тесту спровокованого тремтіння у формі коливання лазерного «зайчика» за межі «десятки», тест на наявність тремору вважається позитивним, а тяжкість тремору оцінюється в пропорційній залежності від амплітуди коливань променя. При коливанні лазерного зайчика за межі центрального кола мішені («десятки») діагностують наявність латентного тремору. Спосіб дозволяє підвищувати ступінь провокації візуальних ознак тремору за рахунок ускладнення тесту: а) збільшення відстані мішені від респондента, що об'єктивізує та полегшує якісну та кількісну ідентифікацію тремору; б) утримання лазерної указки лівою (неведучою) рукою.

Обстежено 25 пацієнтів з алкогольною, та 25 пацієнтів з наркотичною залежністю. Візуальна наявність тремору та його тяжкість у всіх 100 % пацієнтів збіглися з результатами тестування запропонованим способом. Стан тремору визначали таким способом. У разі спроможності утримання лазерного променя в межах десятки — тремор відсутній; наявність коливань лазерного зайчика в межах 9-го — 7-го кіл мішені визначають наявність помірного тремору; в межах 6-го — 4-го кіл — наявність середньої важкості тремору; від 3-го — 1-го та 0-го кола — ідентифікують тяжкий тремор.

Були також обстежені по 25 хворих з алкогольною та наркотичною патологією в період гострої інтоксикації (сп'яніння) та абстинентних розладів, в яких візуальні ознаки тремору були відсутні. За допомогою запропонованого способу із застосуванням лазерного тесту спровокований тремор був ідентифікований у 98,3 % пацієнтів.

Таким чином, запропонований спосіб дозволяє підвищити ефективність діагностики та ідентифікації тремору при алкогольному і наркотичному абстинентному синдромі. Спосіб значно підвищить якість вирішення диференціально-діагностичних питань в кабінетах експертизи станів сп'яніння.

УДК 378.147:004.77:378.046 — 021.68:616

*И. К. Сосин, А. Н. Хвисьюк, В. Г. Марченко,  
С. А. Рудой, Ю. Ф. Чуев, Е. Ю. Гончарова*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков*

**Интегрированные подходы к реформированию системы последипломного образования врачей, занятых в клинической сфере коморбидных патологий, представляющих угрозу здоровью и социальному благополучию нации**

За последние годы в украинской медицинской науке и практике актуализировались патологии, которые в своем взаимопотенцирующем коморбизме оказывают масштабное негативное воздействие на показатели здоровья нации, качества и продолжительности

жизни. К таким патологиям относится, прежде всего, наркотизм, а также тяжелые последствия наркотизма: ВИЧ/СПИД, вирусный гепатит, туберкулез, девиантно-делинквентное поведение в форме преднамеренного инфицирования ВИЧ, венерическими заболеваниями и других правонарушений, связанных с оборотом наркотиков. Концептуальное рассмотрение данной формы коморбизма, ее мониторинга, эффективной терапии и реабилитации, в аспекте единой концептуальной медуко-социальной, наркологической, инфекционной ВИЧ/СПИД, дермато-венерологической, фтизиатрической, сексопатологической, дидактической, информационной проблематики, требует обновления учебных программ и методов обучения, чтобы соответствовать научно обоснованным международным рекомендациям.

Кафедра наркологии ХМАПО совместно с UNODC (Управление ООН по наркотикам и преступности) имплементировала богатый авторский и мировой опыт по лечению наркотической зависимости (немедикаментозные методы, интегрированные подходы к терапии при сочетанной патологии, лечение агонистами опиатных рецепторов, заместительная и поддерживающая терапия, система UNODC TRITNET и др.) в четыре специальных учебных модуля, которые на 20 % обновили программы последипломного обучения. Основными темами обучающих программ стали: скрининг, оценка и планирование лечения; элементы психосоциальных вмешательств; мотивационные вмешательства; когнитивно-поведенческая терапия; медикаментозное лечение зависимости и заместительная терапия и работа со специальными группами населения. Обновленные учебные программы используются кафедрой с сентября 2014 года и имеют хороший результат реализации, 31 врач-нарколог работает в регионах нашей страны по адаптированным международным инновационным стандартам. Создан Ресурсный тренинговый центр ХМАПО, который позволил внедрить новые дискретные, модульные и интегрированные формы последипломного обучения врачей, занятых в лечении коморбидной патологии (наркотической, ВИЧ/СПИД, вирусных гепатитов, туберкулеза). Широкие технические возможности Ресурсного центра позволяют использовать все организационно-дидактические формы и приемы обучения врачей (объединенные лекции, межкафедральные семинары, очно-заочные формы, дистанционные телекоммуникационные формы), т. к. располагает подготовленными специалистами всех необходимых направлений (дерматовенерологи, инфекционисты, фтизиатры, психиатры, психотерапевты, психологи и др.).

Разрабатываются современные информационные и дидактические формы подготовки специалистов, которые основаны на принципиально новых системах контроля знаний (SMART SENTEО, Интерактивный компьютерный комплекс). На этапе внедрения в последипломный процесс находятся новые циклы для преподавателей смежных кафедр, для специалистов, работающих в кабинетах заместительной терапии фтизиатрического профиля, для врачей-соматологов, занятых проблемами диагностики состояния опьянения в условиях ВИЧ.

Стратегической перспективой расширения методов интегрированного обучения в масштабах страны является имеющаяся в Украине сеть вузов и профильных кафедр, имеющих отношение к преподаванию психиатрии и наркологии, так как это реальные предпосылки следующего этапа в распространении накопленного опыта кафедры наркологии ХМАПО.