

нили їх прийом не менше ніж за 2 місяці до дослідження. Лівостор призначали в дозі 20 мг 1 раз на добу протягом 6 місяців незалежно від прийому їжі в комбінації з терапією іншими препаратами, що входять до вторинної профілактики. Вміст ХС у сироватці крові до початку терапії склав $(6,88 \pm 0,70)$ ммоль/л; показник альфа-холестерину складав $(1,21 \pm 0,32)$ ммоль/л, ліпопротеїди дуже низької щільності (ЛПДНЩ) — $(0,91 \pm 0,35)$ ммоль/л, ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ) — $(4,76 \pm 0,73)$ ммоль/л, бета-ліпопротеїди — $(72,00 \pm 16,00)$ ммоль/л, рівень тригліцеридів був $(1,99 \pm 1,08)$ ммоль/л. Коефіцієнт атерогенності склав $(4,69 \pm 1,00)$. Після 6 місяців терапії Лівостором рівень загального ХС зменшився до $(4,94 \pm 0,50)$ ммоль/л, тригліцеридів — до $(1,38 \pm 0,92)$ ммоль/л, бета-ліпопротеїдів — до $(56,00 \pm 12,00)$ ммоль/л. ЛПДНЩ знизилась до нормальних показників $(0,80 \pm 0,26)$ ммоль/л. Показник альфа-холестерину змінився незначно — $(1,30 \pm 0,25)$ ммоль/л. Коефіцієнт атерогенності знизився до $(3,00 \pm 0,91)$. Побічних проявів і клінічно значущих підвищень трансаміназ, які б зумовили відміну препарату виявлено не було.

Дослідження стану судинно-рухової функції ендотелію за даними проби потік-залежної вазодилатації на початку лікування виявило значне зниження судинно-рухової функції ендотелію в усіх хворих. В процесі лікування визначено суттєве її покращання. У 25,7 % хворих функція ендотелію нормалізувалась (розширення плечової артерії після лікування в пробі потік-залежної вазодилатації складає більш 10 %), у 68,6 % хворих виявлено суттєве збільшення розширення плечової артерії в пробі. У 5,7 % хворих динаміка судинно-рухової функції ендотелію не виявлено. В результаті лікування не було виявлено достовірних змін товщини комплексу «інтима — медіа». До лікування цей показник склав 1,12 мм $(0,75 \div 1,8)$ мм, після лікування — 1,09 мм $(0,67 \div 1,81)$ мм.

Таким чином, при проведенні терапії препаратом Лівостор було виявлено найбільш значуще зниження таких показників, як загальний ХС, ЛПДНЩ, бета-ліпопротеїдів та коефіцієнта атерогенності. Також виявлені нормалізація або суттєве покращання судинно-рухової функції ендотелію. Препарат Лівостор може бути ефективно використаний з метою вторинної профілактики цереброваскулярних захворювань.

УДК 616.895 (477.62)(477.61) «364»

О. О. Хаустова, Н. В. Коваленко

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Попередній аналіз проблем і скарг внутрішньо переміщених осіб

Вимушена міграція належить до найгостріших проблем сучасного світу, з якою сьогодні зіткнулась і Україна у зв'язку з тривалим військовим конфліктом в Донецькій та Луганській областях, а також після анексії Автономної Республіки Крим. За даними Міністерства соціальної політики, станом на 31 липня 2015 року загальна кількість зареєстрованих внутрішньо переміщених осіб (ВПО) становить 1 414 800, приблизно 20 000 — з Криму, 743 014 — виїхали за кордон. Із загальної кількості ВПО — 12,6 % діти, 4,2 % — люди з обмеженими можливостями, 23,6 % — працездатного віку, 59,1 % отримують різні види пенсії. Але у зв'язку з тим, що процес встановлення централізованої системи реєстрації досі триває, реальна кількість ВПО залишається невідомою та може бути значно вищою.

Метою дослідження є удосконалення ранньої діагностики психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб.

Було проведено пілотне дослідження психічного стану 60 внутрішньо переміщених осіб, що тимчасово проживали в 4 санаторіях Одеської області, в тому числі проаналізовано пасивні і активні скарги (з використанням РНQ, MINI — міжнародне нейропсихіатричне інтерв'ю), а також актуальні життєві проблеми.

За умови інформованої згоди обстежено 60 ВПО, які тимчасово перебували в 4 санаторіях Одеської області. 42 % мали групи інвалідності по різних соматичним і психічним захворюванням, 36 % були пенсіонерами, 22 % здійснювали догляд за хворими родичами. 92 % були свідками психотравмуючих ситуацій, 8 % виїхали раніше.

Близько 90 % обстежених після переселення оцінювали своє матеріальне становище як «погане» або «дуже погане»; 93 % були незадоволені житловими умовами, в яких вимушені перебувати; 36 % відмічали напружені стосунки з сусідами у зв'язку з високою щільністю поселення; 87 % наголошували на відсутності адекватної їжі; 89 % відчували недостатність соціальної допомоги; з проблемами адаптації зіткнулись 44 %; 74 % відчували дискримінацію з боку місцевого населення та співробітників органів місцевого самоврядування; 98 % назвали себе жертвами військових дій; 76 % скаржились на недостатність або недоступність медичної допомоги.

Таким чином, переважна більшість ВПО сприймали своє життя як проблемне, перебували в стані певної дезадаптації, що негативно впливало на стан їх психічного здоров'я. Більшість скаржилися на порушення сну (67 %); відчуття безпорадності (58 %); тривоги (52 %); пригнічений настрій (49 %); апатію (47 %); втому, знесилення (44 %); труднощі з зосередженням (34 %); дратівливість (14 %); 12 % мали суїцидальні думки. Батьки повідомляли про негативні зміни у поведінці дітей, зокрема про підвищення рівня страху й агресії. Кілька осіб описували психосоматичні еквіваленти.

Феноменологічно окреслені скарги відповідають депресивним, тривожним і когнітивним порушенням різного ступеня виразності. Вони потребують подальшої верифікації шляхом застосування клінічних шкал РНQ, MINI для визначення оптимальної тактики терапевтичного втручання.

Стан психічного здоров'я ВПО потребує своєчасної діагностики з метою профілактики виникнення психічних розладів. Заходи з охорони психічного здоров'я мають бути зосереджені на виявленні психічних розладів, а також посттравматичного стресового розладу, з використанням скринінгових методик, одразу після прибуття ВПО.

УДК 616.89-008-053.6:616-009

О. В. Чернишов

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Дисморфні больові відчуття у підлітків з психічними розладами

Феноменологія психічних розладів у підлітків описана в працях багатьох фахівців в галузі підліткової психіатрії, побудовано теоретичні концепції, які обґрунтовують клінічні особливості зазначеної патології в даній віковій групі. Як вказують чимало дослідників, клініко-морфологічні прояви психічної патології на початкових етапах захворювання максимально поліморфні і можуть в подальшому реалізуватися в порушеннях сенсорної або

рухової сфери, визначаючи появу неспецифічного соматичного синдрому, зокрема, больового. Проте дотепер не існує наукових робіт, які розглядали б феноменологію дисморфних больових відчуттів у підлітків з психічними розладами.

Також, на даний час недостатньо досліджень, спрямованих на створення та втілення у клінічну практику методичних розробок щодо діагностики та комплексної терапії больових синдромів при психічних розладах у підлітків.

Мета дослідження: На підставі дослідження особливостей клінічної структури дисморфних больових відчуттів у підлітків з психічними розладами розробити комплексну психофармакотерапію і психотерапію та оцінити ефективність проведених заходів. Встановити основні соціально-демографічні характеристики обстеженого підліткового контингенту.

Вибір цільових груп дослідження, методів дослідження й організація його процедури були зумовлені метою і завданнями роботи. За дослідженням з метою вивчення особливостей больового синдрому в підлітково-юнацькому віці нами було відібрано 367 підлітків. Пацієнтам надавалось право не відповідати на будь-яке питання, а також перервати опитування, нічого при цьому не пояснюючи. Серед загальної кількості обстежених для участі в подальшій роботі було відібрано 304 підлітки, з них — 174 дівчини (57,2 %) і 130 юнаків (42,8 %), віком 16—17 років (середній вік дівчат склав $16,8 \pm 0,4$ роки, середній вік юнаків — $16,6 \pm 0,7$ роки). Всі пацієнти мали незакінчену середню освіту: 267 осіб (87,8 %) навчалися в 10 або 11 класах середньої школи, а 37 (12,2 %) — на першому чи другому курсі середнього спеціального навчального закладу (коледж або училище).

В результаті аналізу *соціально-демографічних характеристик* обстежених було виявлено такі фактори, які мають негативний вплив на стан здоров'я досліджених: конфліктність родини (в результаті порушення дисморфних больових відчуттів з батьком — 26,64 %; в результаті порушення дисморфних больових відчуттів з матір'ю — 43,09 %; в результаті порушення подружньої взаємодії між батьками — 42,43 %), відсутність взаєморозуміння між батьками та підлітками (між батьком та підлітком — 18,75 %; між матір'ю та підлітком — 25,66 %); середній або низький рівень успішності навчання (71,38 %).

УДК 616.89-092:355.257.6 «364»

В. В. Чугунов, Н. В. Данилевская, В. А. Курило
Запорожский государственный медицинский
университет МОЗ Украины, г. Запорожье

Структурно-динамические особенности ПТСР у военнослужащих в условиях «гибридной войны»

Постстрессовое расстройство (ПТСР) занимает доминирующее место в структуре психических нарушений, ассоциированных с боевыми действиями, как провоцирующим фактором амплификации психопатологии. Несмотря на обозначенные «классические» симптомы ПТСР, которые составляют ядро патологии, нельзя говорить об абсолютной идентичности клинической картины ПТСР в контексте «гибридной войны».

На современном этапе отслеживаются следующие структурно-динамические особенности ПТСР у военнослужащих АТО в Украине, в дополнение к «классическим»:

— развитие ПТСР у военнослужащих обычно имеет более пролонгированный «латентный период». Имею-

щиеся симптомы заболевания военнослужащий начинает трактовать как болезненные только тогда, когда они обостряются до «угрожающих жизни», приводящих к невозможности адекватного выполнения военных задач;

— развитие ПТСР обычно носит прогрессивный характер, где основные симптомы закрепляются медленно, по мере наслаивания психотравмирующих факторов, с выраженной экзакербацией в периоды «постстрессорного благополучия» (демобилизация, отпуск и т. п.);

— основной симптоматике чаще всего предшествует диссомнический синдром с тягостными сновидениями; он же выступает экзакербирующим фактором заболевания; высок удельный вес тревожно-фобических реакций, страха смерти; доминирование депрессивного компонента на поздних этапах заболевания, по симптоматике приближающегося к эндогенной депрессии;

— провоцирующим фактором навязчивых, фобически окрашенных воспоминаний часто выступают не внешние, а интрапсихические обстоятельства: рассуждения о собственном «бесперспективном» будущем, ожидания неминуемой гибели в случае продолжения службы, ощущение собственной беспомощности и другие компоненты аутоиндуцирования;

— тенденции к нарушению комплаенса к терапии через диссимуляцию и дезагравацию проявлений заболевания, преуменьшение значения терапевтических мероприятий, малопродуктивность контакта в раскрытии своих переживаний;

— доминирование аутосоциального дистанцирования на первых этапах госпитализации, что очень быстро сменяется желанием вернуться «на войну, к товарищам» вопреки тяжести заболевания;

— психогенная фиксация на психотравме с чувством жалости к себе и размышлением о других, лучших моделях реагирования в стрессорной ситуации, не характерна на первых этапах формирования ПТСР у военнослужащих, привлеченных к АТО, и приобщается только на более поздних этапах;

— психоорганический синдром верифицируется почти у всех больных, что объясняется коморбидной патологией, связанной с боевыми действиями, в т. ч. контузией, черепно-мозговой травмой и т. д.

— наличие психопатизации личности как коморбидного ПТСР состояния идентичного с ПТСР генеза;

— пролонгированность и малокурабельность симптоматики, отсутствие достаточного ответа на фармакологические вмешательства, в т. ч. на анксиолитики и антидепрессанты.

Не последнюю роль в экзакербации и амплификации ПТСР в реалиях «гибридной войны» играют:

— наличие базовой невротизации: самовосприятие собственной социальной и физической незащищенности и беспомощности как во время психотравмирующих факторов, так до и после них;

— трезвый образ жизни, как это не парадоксально, выступает фактором риска развития ПТСР, что ставит задачу поиска альтернативных алкоголю релаксантов в среде военнослужащих, привлеченных к боевым действиям в условиях «гибридной войны»;

— «социально-психологическое несоответствие», в т. ч. несоответствие «катастрофической» ситуации собственным представлениям военнослужащих о ней, психологическая неготовность к боевым действиям.

Таким образом, можно заключить, что проявления ПТСР у военнослужащих Украины, привлеченных к участию в АТО, наравне с сохранением симптоматики,