

установок, оценок и представлений супругов в области сексуального взаимодействия.

На втором этапе психотерапевтической коррекции усилия были направлены на дезактуализацию переживаний, связанных с сексуальной дезадаптацией, компенсацию неадекватных эмоциональных реакций на нее, а также на повышение сексуально-эротической привлекательности брачного партнера.

На третьем этапе психотерапии повышался практический уровень их сексуальной компетентности, достигалась оптимальная согласованность взаимодействия, формировалось новое адаптированное сексуальное поведение.

УДК 616.85-039-055.2-008.47-036.66

*Л. О. Герасименко*

*ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава*

### **Принципи медико-психологічної реабілітації у жінок із невротичними розладами за наявності психосоціальної дезадаптації**

В індустріальних країнах підвищення інтересу до соціального функціонування, якості життя, психосоціальної реабілітації пацієнтів є показником прагнення до розвитку цілісного погляду на індивіда в медицині і в соціальних науках. У сучасному світі концепція реабілітації включає і профілактику, і лікування, і пристосування до життя і праці після хвороби та особистісний підхід до хворої людини. Провідні фахівці розрізняють медичну, професійну та соціальну реабілітацію. За останні роки в усьому світі термін «психосоціальна реабілітація» використовують надзвичайно широко та актуальними є питання щодо реабілітації, профілактики, психосоціальної допомоги за наявності невротичних розладів.

Апробацію розробленої програми психосоціальної реабілітації проводили у 94 пацієнтів із психосоціальною дезадаптивною поведінкою при невротичних розладах та у 79 жінок з аналогічною патологією, але без ознак психосоціальної дезадаптації, які отримували лікування за традиційними принципами. Загальним спрямуванням реабілітаційних заходів було формування гармонійного ставлення до хвороби, позитивних настанов, корекція психоемоційного стану, невротичних розладів, компенсація патоперсоналогічних рис, формування конструктивних модулів поведінки, міжособистісної взаємодії між усіма членами родини та підвищення рівня мотивації щодо терапевтичного процесу. Система реабілітації загалом складалась із двох базових блоків — власне реабілітаційного та реадaptaційного. Процес реалізації запланованих заходів відбувався у трьох напрямках: медично-соціальному, індивідуальному та внутрішньосімейному. Власне реабілітаційна складова являла собою диференційовану програму психокорекції, що виконувалась нами у два етапи. Перший етап — психодіагностично-адаптаційний, другий — корекційний, що реалізовувався у стаціонарі та амбулаторно. Застосовували гіпно-суггестивну і раціональну психотерапію, а також когнітивно-біхевіоральну, психоаналітично-орієнтовану психотерапію. Власне терапевтичний вплив був спрямований на лікування невротичних розладів та декомпенсацію патохарактерологічних змін, а також досягнення відповідного рівня компенсації. Під час лікування невротичних розладів широко застосовували психосвітні програми. На етапі стаціонарного лікування здійснювали індивідуальний

підбір фармакологічних препаратів відповідно типу невротичного розладу і тяжкості його перебігу.

Ревадaptaційна складова системи психосоціальної реабілітації включала у себе соціальну, трудову та сімейну реадaptaцію. Це був фактично підтримуючий етап у системі психосоціальної реабілітації, і він проводився в умовах амбулаторного сімейного лікування після відповідного попереднього навчання жінок і їх сімейного оточення належним методам та методикам. Тут основним методом психокорекційного впливу була супортивна терапія. Таким чином досягали повної чи парціальної адаптації, що наближало пацієнтку до відчуття індивідуальної й суспільної повноцінності, властивих їй до хвороби.

Зіставлення результатів в основній та групі порівняння свідчать на користь ефективності розробленої системи реабілітації, про що вказує достовірне переважання показника одужання та відсутність пацієнтів із погіршенням психічного стану в основній групі.

УДК 616.831-005-036.12-092-085

*И. А. Григорова*

*Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков*

### **Клинико-патогенетические аспекты хронических нарушений мозгового кровообращения**

Хронические нарушения мозгового кровообращения, именуемые в Украине как дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ), является одной из наиболее актуальных проблем клинической неврологии. Известно, что ДЭ — медленно прогрессирующая цереброваскулярная недостаточность, приводящая к развитию множества мелкоочаговых некрозов мозговой ткани, нарушению функции мозга, а в последней стадии ДЭ — к мозговой атрофии. ДЭ, в зависимости от её стадии, может иметь обратимый характер психоневрологических и когнитивных синдромов при I и II стадиях заболевания, а в её III стадии наблюдаются как выраженные очаговые синдромы, так и эмоционально-волевые нарушения, а также одно из самых драматических нарушений, приводящих к развитию деменции.

У наблюдаемых нами 200 больных с ДЭ в I стадии заболевания преобладал неврастенический синдром, во II стадии — сочетание неврологических и когнитивных нарушений, преимущественно мнестических (снижение когнитивных функций по шкале MMSE до 20—23 баллов), с развитием деменции легкой степени выраженности. У пациентов с III стадией заболевания отмечено выраженное уменьшение объема жалоб, снижение критики к своему состоянию. Объективно наблюдались псевдобульбарный, амиостатический, вестибуло-атактический, пирамидный синдромы, эмоционально-волевые нарушения и деменция (степень выраженности по шкале MMSE — до 13—11 баллов). Всем больным проводили комплекс общепринятых методов обследования: измерение артериального давления, аускультация магистральных артерий головы, офтальмоскопия, электрокардиография (ЭКГ), холтеровское ЭКГ-мониторирование, эхокардиография, биохимические исследования крови, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) экстра- и интракраниальных сосудов головного мозга, электроэнцефалография, ядерно-магнитно-резонансная компьютерная томография.

При ДЭ продолжается ишемический, повреждающий мозговую ткань каскад, проявляющийся повышением уровней стресс-гормона кортизола, диеновых

конъюгатов, малонового диальдегида, свободных перекисей и гидроперекисей со снижением показателей антиоксидантной системы: глутатиона, SH-групп, витамина С, супероксиддисмутазы, каталазы, пероксидазы. Важным также является состояние биохимических процессов, обеспечивающих эндогенную защитную активность, к которым относятся нейротрофичность, нейропротекция, нейропластичность и нейрогенез.

Нейротрофика — процесс, подразумевающий пролиферацию, миграцию, дифференциацию и выживаемость нервных клеток. Нейропротекция — комплекс механизмов, противодействующих повреждающим факторам. Нейропластичность — процесс постоянной регенерации, в случае естественного или патологического повреждения, адаптирующий нервную систему к новым функциональным условиям. Активация нейропластичности сопровождается стимуляцией экспрессии определённых генов, биосинтезом молекул рецепторов, ионных каналов, компонентов синаптической мембраны, нейромедиаторов, молекул межклеточной адгезии, образованием новых контактов, реорганизацией активных синапсов. В эксперименте показана возможность постинсультного нейро- и ангиогенеза.

Нами использовалась патогенетическая медикаментозная коррекция, направленная на улучшение антистрессовых механизмов: препараты, улучшающие нейропластичность, когнитивные функции (цитиколин (Лира), глиатилин (глиатон); уменьшающие эндотелиальную дисфункцию и дисметаболизм (вазопро, тивортин); средства, улучшающие мозговое кровообращение (везинорм), и симптоматическая терапия.

UDK 616.89-008.447-037

*М. М. Денисенко**ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков***Определение видов риска развития аддикций среди населения Украины**

Эпидемиологическая ситуация в сфере психического здоровья в Украине характеризуется неуклонным возрастанием различных вариантов зависимостей, многие из которых остаются вне поля зрения специалистов.

Такая эпидемиологическая ситуация и выраженность медико-социальных последствий зависимостей, во многом обусловлена экономическими, социальными и психологическими изменениями, достигающими степени кризисных, что постоянно повышает требования к механизмам личностно-психологической адаптации, способствует формированию фрустрации и невротического конфликта.

В качестве инструмента, замещающего неудовлетворенную потребность и снижающего мотивационно-эмоциональное напряжение, люди часто используют «искусственные» стимуляторы, положительные эмоций в виде фармакологических (прием веществ, воздействующих на психику) и нефармакологических (сосредоточение на определенных предметах и активностях, которые сопровождаются развитием субъективно приятных эмоциональных состояний) агентов.

Исходя из приведенных данных, нами было проведено исследование для изучения распространенности непсихотических аддикций у здоровых для совершенствования ранней диагностики, терапии и профилактики данных состояний.

В качестве мишеней исследования были избраны актуальные в современной среде пристрастия и зависимости, для обследования которых были использованы восемнадцать соответствующих AUDIT-подобных тестов.

В соответствии с целями исследования было обследовано 52 здоровых испытуемых.

При усредненной оценке аддиктивного статуса обследованных, давших определенные ответы, установлено, что «употребление» пяти аддиктивно опасных объектов превысило в ней «порог» относительной безопасности (7 баллов в соответствующих AUDIT-подобных тестах), а именно: чай/кофе (10,85 балла), еда (9,73 балла), использование Интернета (9,23 балла), работа/учеба (9,00 баллов), просмотр телевизора (7,38 балла).

Не превышался «порог» относительно безопасного «употребления» в тестах по показателям: употребление табака (6,65 балла), шопинг (5,27 балла), чтение книг/журналов (5,54 балла), секс (4,83 балла), компьютерные игры (3,48 балла), употребление алкоголя (3,79 балла). Наименьшие показатели наблюдались в тесте на азартные игры (0,63 балла). Отрицали обследованные употребление каннабиноидов, растворителей, снотворных и седативных средств, психостимуляторов, опиоидов и галлюциногенов.

Согласно полученным результатам, 19,24 % обследованных отнесены в группу высокого риска формирования аддикций, 32,69 % — в группу среднего риска, 26,92 % — в группу низкого и 21,15 % — в группу отсутствия риска развития аддикций.

Полученные результаты указывают, что изучение риска аддикций среди здоровых является важным профилактическим мероприятием.

UDK 616.89

*М. Driuchenko**Zakarpats'kyi Regional Narcologic Dispensary, Uzhhorod***Clinical observation: posttraumatic stress disorder as a factor of affective disorders**

**Clinical case.** A patient is a migrant from Donetsk. Reason of a force migration in Zakarpattia tragic death of man became as a result of battle actions. Remained with two minor children and aged parents. Migration took place in 4 months after a tragedy and patient got in the situation of low level of domestic comfort, unemployment and foreign surroundings, having an own house to that, stable work with a sufficient acuests. On this background for a patient insomnia, anxiety and opinions of hypochondria maintenance, began to show up. Abnormal psychology symptomatology made progress and purchased the clinically expressed forms; appeared suicidal thoughts. Ambulatory treatment by antidepressants (Paroxetine 40 mg), it appeared tranquilizers (Gidazepam 100mg) ineffective. In October, 2014 a patient is hospitalized in psychiatric permanent establishment, the diagnosis of posttraumatic stress disorder (PTSD) is set, through a month written in the satisfactory state (des intoxication therapy, Mianserin 60 mg, quetiron 400 mg). In April 2015 during a routine consultation the patient revealed a steady decline in mood, pessimistic thoughts, anhedonia and reconstruction suicidal disposition. Since depressive disorder patient repeatedly hospitalized, but during the holiday made suicide attempts (poisoning medicines). After resuscitation, activities all returned to the psychiatric hospital for two months of treatment. Psychodiagnostics depression scales revealed severe depressive disorder with psychotic