

при необхідності всі реанімаційні заходи (за системою АВСДЕ), штучну вентиляцію легень, провести корекцію артеріального тиску, цукру, температури, запобігти набряку головного мозку (підняти головний кінець на 30°, вдихати зволожений кисень).

Госпіталізацію потрібно здійснити не куди-небудь, а в ближнє спеціалізоване судинне відділення (центр).

В інсультному відділенні підготовлені медичні працівники (мультидисциплінарна бригада) терміново обстежуючи хворого, надають допомогу, керуючись протоколами і алгоритмами з контрольними листами, в яких документують всі дані діагностики і лікування. Завданням лікарів в цей період є не тільки діагностика і лікування але й попередження ускладнень (тромбоемболії, набряк головного мозку, легень), проведення ранньої реабілітації (положення, мобілізація, дихання).

Дуже важливим є накопичення досвіду поширення передових технологій, і що дуже важливо — створити спеціальний реєстр, який буде мати достовірні дані про медичні і соціально-економічні наслідки інсульту, стан системи допомоги хворим з інсультом, потреби в матеріально-технічному та кадровому забезпеченні.

Реалізація перерахованих вище заходів потребує і єдиного наукового керівництва і методологічної координації, яку і проводять Українська асоціація боротьби з інсультом, ВГО «Асоціація швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф».

УДК 616.69-06:577.73:615.214

**И. В. Калугин**

*Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев*

### **Проблема полиморбидности и адекватной фармакотерапии у пациентов геронтопсихиатрического профиля**

Современная медицина обладает широким спектром диагностических и лечебных процедур, и в связи с этим возник вопрос — как правильно оценить больного, страдающего одновременно несколькими заболеваниями, с чего начать его обследование и на что в первую очередь и в последующем направить лечение. Сегодняшние реалии таковы, что обнаружив при обследовании больного нарушения многих функций организма, врачи спешат назначить лекарства для коррекции всех этих функций. В методологическом аспекте — это грубая врачебная ошибка. Более того, их одновременное назначение нередко ведет к серьезным последствиям: возникают токсические эффекты, различные осложнения, ухудшение субъективного состояния больного, тяжелый медикаментозный гепатит, обострение и генерализация различных инфекций, поражение кожи и слизистых оболочек и многое другое. В последние десятилетия вместе с научно-технической революцией произошел и «фармацевтический взрыв» — синтезированы и введены в обиход десятки тысяч новых препаратов со сложнейшим воздействием на организм человека. Особое значение данный факт имеет у лиц пожилого возраста. Так, в среднем у одного пациента старше 65 лет, обратившегося за амбулаторной или стационарной помощью, обнаруживается четыре-пять различных хронических патологических состояний в разных фазах и стадиях (полиморбидность). Явление полиморбидности заставляет пациентов пожилого возраста обращаться

и наблюдаться у врачей разных специальностей. Также необходимо отметить, что полиморбидность приводит к полипрагмазии (одновременное назначение врачами, нередко неоправданное, многих лекарственных веществ или лечебных процедур) и полифармазии (одновременный прием нескольких лекарственных средств пациентом), что делает невозможным контроль над эффективностью терапии, увеличивает материальные затраты пожилых пациентов, а поэтому снижает их комплаенс (приверженность к лечению). В мировой практике имеется достаточно примеров, свидетельствующих о негативном влиянии полипрагмазии и полифармазии у пожилых пациентов. В амбулаторных и стационарных условиях пожилым пациентам чаще всего одновременно назначают от 2—3 до 6—10 лекарственных препаратов и более. Количество назначаемых препаратов зависит не только от тяжести состояния, сопутствующих заболеваний больного, но и от настороженности врача и самого пациента. Последний сам себе нередко назначает антибиотики, слабительные, жаропонижающие и анальгезирующие препараты и даже седативные, снотворные, психотропные средства, не представляя всех последствий таких злоупотреблений, что зачастую приводит к развитию синдрома зависимости (фармакомания) и неконтролируемым межлекарственным взаимодействиям. Это значительно усложняет лечение пациентов пожилого возраста и также увеличивает риск развития побочных эффектов. Неблагоприятные эффекты, возникающие при попытке «поправить» возрастные и вызванные заболеванием расстройства с помощью множественной фармакотерапии, часто являются последней каплей, за которой следует неспособность для пожилого человека продолжать относительно самостоятельную жизнь.

С целью определения частоты возникновения явления полипрагмазии и полифармазии у лиц пожилого возраста нами было проведено исследование 578 пациентов геронтопсихиатрического отделения Мариупольской психиатрической больницы в течение 2013 и 2014 гг. Пилотное исследование длилось в течение 2 лет. Были проанализированы 578 историй болезни пациентов в возрасте старше 65 лет.

Нами проведено исследование и ретроспективный анализ данных 382 пациентов в возрасте старше 65 лет с психическими расстройствами, которые находились на лечении в психиатрической больнице № 7 г. Мариуполя с 01.01.2013 г. по 31.12.2013 г. Сформированы основная группа (пациенты с сопутствующей соматической патологией — 258 человек) и контрольная группа (пациенты без соматической патологии — 124 человека). Контрольная и основная группы репрезентативны по полу и возрасту.

Также проведено исследование и анализ историй болезни 196 пациентов (мужчин — 53, женщин — 143), которые поступили в геронтопсихиатрическое отделение больницы в течение 2014 года. Установлено, что из 196 пациентов в возрасте старше 65 лет — 170 человек кроме основного психиатрического диагноза имели два и более соматических заболеваний, что составляет 86,7 % (в абсолютных цифрах — 170 человек). Из общего количества у мужчин — 83 % (в абсолютных цифрах — 44), у женщин 88,1 % (в абсолютных цифрах — 126).

Нами было установлено, что у женщин чаще комбинируется деменция с ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, патологией мочеполовой системы и гипертонической болезнью. У мужчин достоверно чаще регистрируется сочетание деменции с ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными

заболеваниями и заболеваниями мочеполовой системы. Количество сопутствующей патологии на одного человека значительно выше у женщин, чем у мужчин.

Нами было установлено, что на момент поступления в стационар для лечения основного психиатрического заболевания 76,0 % пациентов (из них женщины — 66,8 %, мужчины — 32,2 %) принимали от 0 до 3 лекарственных препаратов, а 24,0 % пациентов (из них женщины — 93,6 %, мужчины — 6,4 %) принимали от 4 и более медикаментов, назначенных врачом-психиатром. К моменту выписки из стационара по основному психиатрическому заболеванию 54,6 % пациентов (из них женщины — 63,6 %, мужчины — 36,4 %) получали от 0 до 3 препаратов, а 45,4 % пациентов (из них женщины — 84,3 %, мужчины — 15,7 %) — более 4 препаратов. То есть имеет место некоторое увеличение получающих 4 и более лекарственных препаратов по основному психиатрическому заболеванию как у мужчин, так и у женщин, при сравнении моментов поступления и выписки. Также следует отметить, что процент женщин, получающих 4 и более препарата для лечения основного психиатрического заболевания, значительно выше, чем мужчин, как на момент поступления, так и на момент выписки из стационара.

Также было установлено, что на момент поступления в стационар для лечения сопутствующей патологии 94,9 % пациентов (из них женщины — 72,6 %, мужчины — 27,4 %) принимали от 0 до 3 лекарственных препаратов, а 5,1 % пациентов (из них женщины — 80,0 %, мужчины — 20,0 %) принимали от 4 и более медикаментов. К моменту выписки из стационара для лечения сопутствующей патологии 77,6 % пациентов (из них женщины — 69,7 %, мужчины — 30,3 %) получали от 0 до 3 препаратов, а 22,4 % пациентов (из них женщины — 84,1 %, мужчины — 15,9 %) — более 4 препаратов. Это свидетельствует о том, что достаточно высокий процент пациентов на момент поступления и момент выписки из стационара имеют сопутствующую соматическую патологию. Также данные говорят о том, что удельный вес как женщин, так и мужчин, получающих 4 и более лекарственных препаратов, незначительно увеличился, сравнивая моменты поступления и выписки.

Анализ данных достоверно показывает, насколько явление полипрагмазии характерно для пациентов пожилого возраста, страдающих психическими расстройствами. Явление полипрагмазии и полифармации у пациентов пожилого возраста является актуальной проблемой не только социальной психиатрии, но и медицины в целом. Успешное ее разрешение позволит не только улучшить эффективность лечения пациентов пожилого возраста, но и значительно снизить риск развития побочных эффектов, уменьшить финансовую нагрузку и в целом улучшить качество жизни.

буванням не тільки для соматичного, а й, перш за все, для психічного здоров'я нашого народу (П. В. Волошин, Н. О. Марута, 2014).

Посттравматичні стресові розлади та розлади адаптації проявляються переважно емоційними порушеннями, які розвиваються внаслідок психотравмуючого впливу та є варіантом захисних та пристосувальних особистісних реакцій в умовах екстремальних подій.

В сучасних умовах гостро відчувається необхідність розроблення комплексних терапевтичних та реабілітаційних програм осіб, що перенесли екстремальні події. Важливу роль в реабілітаційному процесі відіграє психосоціальне втручання.

У ході роботи нами розроблена та апробована програма психоосвітньої роботи з хворими на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та розлади адаптації, яка являє собою комплексну поетапно здійснювану систему інформаційних, психокорекційних та соціокорекційних впливів, які займають особливе місце в структурі реабілітаційних заходів.

В основу психоосвітньої стратегії покладено, власне, «освіту» шляхом формування у хворих і членів їхніх родин адекватного уявлення про ПТСР; корекції спотворених хворобою соціальних позицій пацієнтів і покращання їх комунікативних здібностей; забезпечення «психосоціальної підтримки»; поліпшення адаптації пацієнта і його родини.

Під час проведення психоосвітньої роботи ми використовували такі методи: викладання (міні-лекції), консультування, комунікативні тренінги, проблемно орієнтовані дискусії, тренінги поліпшення сімейних комунікацій.

Відповідно до отриманих у ході роботи даних, на фоні проведення комплексної терапії із застосуванням психоосвітніх заходів, відмічалися швидка редукція психопатологічної симптоматики, нормалізація емоціонального стану, стабілізація поведінки хворих, поліпшення когнітивних показників, підвищення психофізичної активності хворих, що дозволило розширити контакти з оточуючими, відновити звичний руховий режим.

Таким чином, як показали результати дослідження, комплексний підхід в терапії та реабілітації хворих на ПТСР та розлади адаптації який включав в себе психофармакотерапію у поєднанні з психоосвітніми тренінгами, приводить до відновлення соціальної активності і успішної ресоціалізації хворих. Це, в свою чергу, свідчить про те, що психоосвіта не тільки збільшує обсяг знань, посилює впевненість у боротьбі з хворобою, але й вирішує проблему соціальної реінтеграції хворого.

УДК 616.89-008.19-003.96-036.2-036.22

*А. М. Кожина, Л. М. Гайчук, А. О. Черкасова,  
І. М. Стрельнікова, В. В. Шикова*  
Харківський національний медичний університет,  
м. Харків

### **Психоосвітні програми в системі реабілітації осіб, які перенесли екстремальні події**

Епідеміологічна ситуація в сфері психічного здоров'я населення України залишається складною. Екстремальні події останнього часу, включаючи неоголошену інформаційно-психологічну війну, стали суттєвим випро-

УДК 616.895.4-008.441.44-008.447 «364»

*А. М. Кожина, Е. А. Зеленская*  
Харьковский национальный медицинский  
университет, г. Харьков

### **Модель формирования суицидального поведения вследствие экстремальных событий**

В последние десятилетия в мире наблюдается постоянная тенденция к увеличению роста как самоубийств, так и суицидальных попыток. Украина, к несчастью, относится к государствам с высоким уровнем суицидальной активности. Первопричиной формирования