

людьми — переважно в осіб 2 групи ($p < 0,05$); у осіб з АЗ та у осіб з залежністю від ПАР більшу кількість днів відбувалися серйозні конфлікти з членами їхньої родини, ніж з іншими людьми. Більша кількість осіб 1 групи, які проживають з родичами, що палять Т, мають проблеми з А, іншими ПАВ, АНП та проблеми з психікою ($p < 0,0001$). Більшість осіб 2 групи проводять свій вільний час з родиною та друзями, а особи 1 групи — на самоті; задоволення від проведення вільного часу отримують частіше особи 1 групи ($p < 0,0001$). Найбільші проблеми в спілкуванні протягом останніх 30 днів та протягом життя виявлені в осіб 2 групи ($p < 0,0001$), які мають стурбованість проблемами спілкування поза межами родини ($p < 0,0001$). Значну/сильну особистісну важливість лікування/консультування з приводу проблем поза межами родини виявлено в осіб 2 групи — в 2,8 рази частіше, ніж у осіб 1 групи ($p < 0,0001$), у осіб 4 групи — в 2,0 рази частіше, ніж у осіб 3 групи. Виявлено, що в осіб 3 групи протягом життя близькі взаємини з батьками — в 2,4 рази частіше, ніж у осіб 4 групи; серйозні проблеми спілкування з колегами в осіб 4 групи — частіше в 2,0 рази, ніж у осіб 3 групи. Проблеми спілкування протягом життя в осіб 3 групи — частіше, ніж у осіб 4 групи, в 1,5 рази.

Таким чином, серед родичів обох ступенів споріднення в осіб 1 групи відмічається найбільша кількість осіб серед родичів з залежністю від А та Т ($p < 0,01$), у осіб 2, 3, 4 груп — з залежністю від Т; особи 1 групи проживають у колі сім'ї; члени родини осіб з АЗ мають проблеми з А та Т, а члени родини осіб 3 та 4 групи — з А, ПАР, АНП. Особи з ВРП (1 та 3 групи) мають близькі взаємини з родичами впродовж життя, ніж особи з НРП.

УДК 616.89-008.441.13-055.1-055.2-06

Л. М. Маркозова

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

Гендерні особливості коморбідної патології в осіб з залежністю від алкоголю на сучасному етапі

Останнім часом серед населення країни спостерігається збільшення кількості осіб, які вживають алкоголь не тільки з метою зняття нервового напруження, що спричиняється дією різних інтенсивних стимул-реакцій довкілля, важкими життєвими ситуаціями, але й під впливом подій, що виходять за межі звичайних напружених ситуацій (Н. В. Тарабрина, 2007; І. В. Лінський, 2014), знаходженням у постійному очікуванні негативних змін у власному житті, у тому числі під впливом психологічної дії інформації про ситуацію в зоні військового конфлікту.

Мета: визначити гендерні особливості коморбідної патології на ґрунті вивчення клініко-біохімічних показників у осіб з алкогольною залежністю на сучасному етапі.

Методи: клініко-анамнестичний, анкетний, біохімічний (АлАТ, АсАТ, холестерин, білірубін), статистичний.

Одна стандартна доза алкоголю (СДА) дорівнює 40 мл 40 % горілки.

На базі ОКНЛ м. Харкова обстежені особи з алкогольною залежністю жіночої ($n = 10$) — 1 група та чоловічої ($n = 10$) статі — 2 група. Середній вік складав $45,5 \pm 3,41$ роки у осіб 1 групи та $43,4 \pm 2,99$ роки в осіб 2 групи. Вищу освіту та середню спеціальну мали 90 % осіб 1 групи та 60 % осіб 2 групи. Спадкову обтяженість мали 80 % осіб 1 групи та 70 % осіб 2 групи, з яких в 50 % випадків в обох групах зловживав алкоголем батько, в решті випадків — мати. Строки формування залежності від алко-

голю в середньому складала $3,7 \pm 0,91$ роки в осіб 1 групи та $4,3 \pm 1,01$ роки в осіб 2 групи, тривалість хвороби складала $8,3 \pm 1,83$ та $11,5 \pm 1,83$ роки відповідно. Добова доза вжитого алкоголю в осіб 1 групи складала $13,4 \pm 1,66$ СД, у осіб 2 групи — $26,38 \pm 3,09$ СД ($p < 0,05$). Вперше лікувались 50 % жінок та 40 % чоловіків. Особливістю перебігу хвороби було почастищення запоїв протягом останніх 1,5 років, збільшення днів вживання алкоголю, зменшення світлих проміжків між запоями, що хворі обох груп пов'язували із тривалим стресом внаслідок воєнного конфлікту в країні, а також негативним впливом інформації про події в зоні АТО. При обстеженні на тест для виявлення розладів, які пов'язані з вживанням алкоголю, виявлена наявність цих розладів у осіб обох груп ($25,1 \pm 2,25$ бали у осіб 1 групи та $28,4 \pm 1,27$ бали у осіб 2 групи). Клінічно в усіх обстежених під час огляду виявлено помірно виражені прояви синдрому відміни алкоголю.

В процесі обстеження виявлено скарги хворих обох груп. Так, особи 1 групи висували скарги на головний біль, запаморочення, шум у вухах, хиткість, роздратованість, коливання цифр артеріального тиску, біль в ділянці серця, парестезії у кінцівках, слабкість, порушення ходи, ін. Особи 2 групи частіше скаржились на абдомінальний біль переважно в ділянці правого підребер'я, нудоту, блювання, зниження/відсутність апетиту, інколи на біль, що оперізує, безперервну гикавку, ін.

В результаті біохімічного дослідження виявлено, що в осіб обох груп спостерігалась гіперферментемія, гіперхолестеринемія. В осіб 2 групи виявлена гіпербілірубінемія ($31,83 \pm 7,02$ мкмоль/л проти $18,26 \pm 3,34$ мкмоль/л у осіб 1 групи).

Під час вивчення коморбідної патології (КП) в осіб 1 групи виявлені ураження з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ) (гастрит, стеатогепатоз, панкреатит, ін.), серцево-судинної системи (хронічна ішемічна хвороба серця, дисметаболична кардіоміопатія), ендокринологічної системи (дифузний зоб), сечовивідної системи (пієлонефрит), дерматологічні ураження, в 100 % випадків — з боку ЦНС (гіпертонічна хвороба, енцефалопатія, полінейропатія, синдромологічно в неврологічному статусі превалювали вегетосудинна дистонія, лікворовенозна дисфункція, астено-невротичний синдром, атактичний синдром, ін.). У осіб 2 групи превалювали ураження з боку ШКТ (гепатит, стеатогепатоз, цироз, панкреатит), серцево-судинної системи (дисметаболична кардіоміопатія), з боку ЦНС (гіпертонічна хвороба, астено-невротичний синдром, ін.).

Таким чином, на сучасному етапі особливістю коморбідної патології у осіб з алкогольною залежністю 1 групи є поліморфізм КП з переважним ураженням ЦНС, у осіб 2 групи переважала патологія ШКТ, на фоні ідентичності груп за віком, спадковістю, терміном формування алкогольної залежності та строком тривалості хвороби.

УДК 616.89-008.441.13-008.46-036.22

Л. М. Маркозова

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

Особливості когнітивних розладів в групах осіб з алкогольною залежністю з різною спроможністю утримуватись в когорті

Поширеність захворювань наркологічного профілю на сьогодні в Україні складає 2,5 тис. на 100 тис. населення (І. В. Лінський, 2014), а кількість залежних від алкоголю (А)

приблизно в 5 разів перевищує кількість хворих, що перебувають на обліку в наркологічних диспансерах. Звісно, що залежність від А та інших психоактивних речовин (ПАР) розвивається в досить молодому віці, впливає на розумовий розвиток людини, приводить до виникнення церебральних розладів, в першу чергу когнітивних (КР), які, в свою чергу, спричиняють обваження захворювання. Ось чому вивчення КР у хворих із залежністю від А вельми актуально.

Мета: вивчити розлади когнітивних функцій в групах хворих з різною спроможністю утримуватись в когорті.

Методи: тест AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test); тест TLFB; тест на здатність ідентифікувати відчуття людини за вираженням обличчя; методи математичної статистики.

Протягом п'яти років проведено лонгітудинальне обстеження осіб з алкогольною залежністю (АЗ) ($n = 281$) на базі ОКНЛ м. Харкова. Обстежені склали 2 групи: 1 група (середній вік — $40,68 \pm 0,99$ роки) — особи з АЗ з високою спроможністю утримуватись в когорті (54,1 %) протягом останніх (перед першим візитом) 30 діб; 2 група (середній вік — $36,85 \pm 0,94$ роки) — особи з АЗ з низькою спроможністю утримуватись в когорті (45,9 %).

Аналіз тесту TLFB показав, що вживання спиртного у 1 групі на протязі 27 діб мало характер важкого пияцтва (майже на рівні інтервалу 6—12 СДА*), у осіб 2 групи — на рівні інтервалу 1—4 СДА ($p < 0,001$). Звернення до спеціаліста було пов'язане з «обривом» вживання А майже на фоні синдрому відміни. Протягом життя довше вживали А особи 1 групи серед алкоголь-залежних ($19,24 \pm 0,74$ роки проти $14,17 \pm 0,68$ роки, $p < 0,001$). Тривалість останнього періоду добровільного утримання від вживання А склала в осіб 1 групи $214,39 \pm 43,38$ днів проти $47,39 \pm 12,73$ днів у осіб 2 групи ($p < 0,001$). Закінчився період утримання від вживання А в осіб 1 групи $49,96 \pm 13,16$ днів тому проти $10,44 \pm 2,36$ днів у осіб 2 групи ($p < 0,01$). Щодо вживання алкоголю до стану сп'яніння, також усі показники були достовірно вищими у осіб 1 групи. Вживання А до стану сп'яніння протягом останніх 30 діб — $12,06 \pm 0,76$ днів проти $5,92 \pm 0,49$ ($p < 0,01$); вживання до стану сп'яніння протягом життя $9,30 \pm 0,63$ роки проти $11,24 \pm 0,68$ роки ($p < 0,01$); тривалість останнього періоду добровільного утримання від вживання алкоголю — $106,20 \pm 42,03$ проти $56,32 \pm 14,12$ днів ($p < 0,01$); закінчився період утримання від вживання А $50,61 \pm 12,77$ днів проти $10,30 \pm 2,39$ днів ($p < 0,01$). Особи 1 групи лікувались частіше ($2,41 \pm 0,29$ рази), ніж особи 2 групи ($0,95 \pm 0,12$ рази) ($p < 0,01$). Протягом останніх 30 діб особи 1 групи мали проблеми, пов'язані з ПАР, у середньому $10,08 \pm 0,84$ діб, особи 2 групи — $6,67 \pm 0,60$ діб ($p < 0,01$).

За результатами тесту на здатність ідентифікувати емоційний стан людини за вираженням обличчя у осіб 1 групи отримані нижчі результати визначення емоційного стану людини за вираженням обличчя взагалі ($66,53 \pm 1,23$ проти $70,52 \pm 1,00$ % безпомилкових відповідей ($p < 0,01$); за результатом тесту «на здатність ідентифікувати емоційний стан людини» за вираженням обличчя чоловіка — $71,72 \pm 1,50$ проти $77,69 \pm 1,23$ % безпомилкових відповідей ($p < 0,05$); за результатом тесту «на здатність ідентифікувати емоційний стан

людини» за вираженням обличчя жінки — $61,99 \pm 1,31$ проти $64,24 \pm 1,18$ ($p < 0,05$).

Таким чином, вираженіші порушення когнітивних функцій в осіб 1 групи ($p < 0,05$) обумовлені високою добовою дозою А ($p < 0,001$), тривалим вживанням А протягом життя ($p < 0,001$), тривалишим вживанням А до стану сп'яніння за останні 30 діб ($p < 0,01$), тривалим періодом від початку вживання А до звернення по допомогу в лікарняний заклад ($p < 0,01$).

УДК 616.89+159.96-008.47

Н. А. Марута, С. В. Билоус

*ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», г. Харків*

Клинико-психопатологические особенности продромальной стадии психоза

Всемирная психиатрическая ассоциация и Европейская ассоциация психиатров в качестве основной стратегии, в условиях роста психической патологии среди населения, предлагают раннее выявление этой патологии и своевременное медицинское вмешательство. Прежде всего это касается психозов в целом, и шизофрении в частности, как наиболее инвалидизирующих психических заболеваний.

В этом смысле особое значение придается раннему вмешательству в продромальной стадии психоза, которое позволяет предотвратить развитие патологического процесса, способствует решению бытовых и финансовых проблем больных и раннему восстановлению социального функционирования.

При этом доказано, что раннее вмешательство в продромальном периоде психоза приводит к снижению тяжести заболевания; более быстрому развитию ремиссии; снижению риска когнитивного дефицита и суицидального поведения; предотвращению хронизации патологии; уменьшению количества госпитализаций и их продолжительности; восстановлению социального функционирования и качества жизни.

Наличие продрома при шизофрении отмечалось уже во время первых описаний этой болезни. Однако в последние 15 лет исследования в этой области активизировались благодаря развитию нейропсихологии, генетики, методов нейровизуализации. Возможность идентификации лиц, которые находятся в группе высокого риска развития острого психоза, обусловлена необходимостью раннего вмешательства в формирование психоза с целью предотвращения дальнейшего его развития и последствий. Современные исследования доказывают необходимость смещения акцентов в терапии и реабилитации пациентов с психотическими расстройствами на более ранние этапы формирования этого заболевания.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-психопатологических особенностей продромальной стадии психоза для выделения факторов риска его формирования.

Для реализации поставленной цели были обследованы 137 пациентов с впервые выявленным психозом, которые были разделены на две группы:

1) 65 пациентов (2—3-я госпитализация) — с диагнозом параноидная шизофрения (F20.0) — основная группа;

2) 72 пациента (первая госпитализация) — с диагнозом острое полиморфное психотическое расстройство

* Средняя добовая доза (СДА) дорівнює 40 мл алкоголю / 330 мл пива.