

наслідками ВІЛ, потребують особливої уваги з боку медичних психологів, психіатрів та психотерапевтів для вчасного діагностування депресивних та тривожних розладів й запобігання їх негативним наслідкам (таким як самогубство, істотне зниження якості життя, втрата працездатності, соціальної активності).

УДК 616.89-08-039.76-085.851

Кожина А. М., Гайчук Л. М.

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Психосоціалізація в умовах гібридної війни

Епідеміологічна ситуація в сфері психічного здоров'я населення України залишається складною. Екстремальні події останнього часу, включаючи неоголошену інформаційно-психологічну війну, стали суттєвим випробуванням не тільки для соматичного, а й, перш за все, для психічного здоров'я нашого народу.

Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) 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 для осіб, що перенесли екстремальні події. Важливу роль в реабілітаційному процесі відіграє психосоціалізація втручання.

У процесі роботи нами розроблена та апробована програма психосоціалізаційної роботи з хворими на ПТСР та розлади адаптації, яка становить комплексну, поетапно здійснювану систему інформаційних, психокорекційних та соціокорекційних впливів, що займають особливе місце в структурі реабілітаційних заходів.

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

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

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

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

УДК 616.85-06:616.89-07-08-084(477)

*Кожина Г. М., Коростій В. І., Зеленська К. О.
Харківський національний медичний університет*

Система раннього виявлення, корекції та профілактики суїцидальної поведінки у хворих на посттравматичний стресовий розлад, оцінка її ефективності

Мета роботи — розробити патогенетично обґрунтовані системи корекції та психопрофілактики посттравматичних стресових розладів та реабілітації хворих на ґрунті вивчення особливостей клінічної картини та закономірностей формування в сучасних умовах.

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики та деонтології, на базі Військово-медичного клінічного центру Північного регіону МО України та Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 було проведено комплексне обстеження 255 хворих, обох статей (158 чоловіків і 97 жінок), у віці 20—55 років, з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) та невротичними, пов'язаними зі стресом депресивними розладами, в структурі яких виявлені різні форми суїцидальної поведінки.

Методи обстеження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний з використанням шкали клінічної діагностики ПТСР — Clinical-Administered Ptsd Scale, CAPS (Weathers, Litz, 1994; Blake, 1995), шкали оцінки тяжкості впливу травматичної події — Impact of Event Scale-Revised, IOES-R (Horowitz, Wilner et al., 1979); Міссісіпської шкали для оцінки посттравматичних реакцій у військових; клінічних шкал тривоги і депресії Гамільтона (М. Hamilton, 1967), адаптованих до МКХ-10 Г. П. Пантелеєвою, 1988 (HDRS); шкали Монтгомери — Асберга (Montgomery S. A., Asberg M., 1979), адаптованої до МКХ-10 Guelfi G. D., 1993 (MADR); методик «Спосіб визначення суїцидального ризику» (Гавенко В. Л., Сінайко В. М., Соколова І. М., 2001) та «Спосіб оцінки самосвідомості смерті» (Гавенко В. Л., Сінайко В. М., Соколова І. М., 2001); «Тест самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів» (Пилягіна Г. Я., 2004); дослідження якості життя за допомогою однойменного опитувальника, розробленого H. Mezzich, Cohen, Ruizperez, Liu & Yoon, 1999, у модифікації Марути Н. О., 2004; шкали визначення рівня ангедонії SHAPS (Snaith-Hamilton Pleasure Scale); клініко-біохімічний: методом імуноферментного аналізу (ELISA) визначали концентрацію серотоніну в плазмі крові за допомогою набору фірми IBL (Німеччина) RE59121, концентрацію мелатоніну в плазмі крові — за допомогою набору фірми IBL (Німеччина) RE54021, концентрацію адреналіну в плазмі крові за допомогою набору IBL (Німеччина) RE5925.

Встановлено, що клінічна картина ПТСР представлена тривожним (32,5 %), астеничним (24,1 %), дисфоричним (18,4 %), іпохондричним (15,2 %), соматоформним (4,5 %) та змішаним варіантами (5,3 %).

Посттравматичний стресовий розлад характеризується високим рівнем суїцидального ризику — 35,2 % хворих здійснили суїцидальні спроби, у 41,1 % відзначалися суїцидальні рішення та наміри, у 23,7 % — пасивні та активні суїцидальні думки. Модель формування суїцидальної поведінки хворих на ПТСР представлена комплексом патогенних чинників. Прогностично значимими у формуванні суїцидальної поведінки є тривожний та астеничний варіанти ПТСР, високі показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику в поєднанні з низьким рівнем самосвідомості смерті, обтяженим суїцидологічним анамнезом. Базисом для формування суїцидальної загрози є високий рівень ангедонії, внутрішнього напруження,

імпульсивність, проблеми міжособистісних комунікацій, відсутність метаболічного ресурсу для подолання психотравмуючої ситуації. Тригерами суїцидальної поведінки є фрустрації базових потреб, звуження когнітивних функцій з домінуванням змісту психічної травми у свідомості, втрата цільових настанов особистості, вживання алкоголю, можливий дисбаланс в системі АСР 1 — ген/продукт.

УДК 616.895.4-092.612.017.018.2

Кожина Г. М., Терьошина І. Ф.

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Рівень протизапальних цитокінів (IL-4, IL-10) у сироватці крові хворих на рекурентний депресивний розлад

Рекурентний депресивний розлад (РДР) — хронічне рецидивуюче захворювання з високим ризиком повторних депресивних епізодів. Актуальність цієї проблеми зумовлена значною поширеністю захворювання, тенденцією до рекурентного перебігу, високою смертністю внаслідок суїцидальної поведінки.

З метою розроблення раціональних підходів до попередження виникнення чергового нападу РДР, нашу увагу привернула можливість вивчення показників цитокінового профілю, базуючись на даних сучасної наукової літератури щодо ролі порушень імунологічного гомеостазу у генезі і прогресуванні хвороб психічної сфери.

Проведено клініко-психопатологічне та клініко-психодіагностичне обстеження 96 хворих на РДР. Діагноз РДР триваючий епізод легкого ступеня (F33.00) був встановлений у 31,3 % хворих, РДР триваючий епізод помірної важкості (F33.1) — у 36,5 % і РДР триваючий епізод тяжкий без психотичних симптомів (F33.2) — у 32,3 % хворого. Крім загальноприйнятого лабораторного обстеження у хворих, що були під наглядом, вивчали рівні протизапальних цитокінів (ЦК) — IL-4, IL-10 у сироватці крові.

До початку проведення загальноприйнятого лікування що у хворих на РДР відзначалися різноспрямовані зсуви з боку концентрації протизапальних ЦК, при цьому ступінь зрушення вивчених показників був найбільш суттєво виражений у хворих з РДР (F33.2). Індивідуальний аналіз показав, що у 70,0 % хворих з РДР (F33.00), рівень IL-4 у сироватці крові був помірно підвищеним, у 23,3 % — в межах норми та у 6,7 % — помірно зниженим; у 80,0 % з РДР (F33.1) концентрація цього протизапального ЦК була помірно збільшеною, у 14,3 % — була в межах норми та у 5,7 % — помірно зниженою; у 96,8 % пацієнтів з РДР (F33.2), рівень IL-4 у сироватці крові був помірно збільшеним та у 3,2 % — помірно зниженим. Загалом концентрація IL-4 у крові обстежених хворих з РДР (F33.00) до початку лікування була збільшена у середньому в 1,31 рази стосовно значень норми і складала при цьому $66,9 \pm 1,6$ пг/мл ($P < 0,05$), вміст IL-10 — у середньому в 1,44 рази та дорівнювала $1,84 \pm 0,06$ пг/мл ($P < 0,05$). У пацієнтів з наявністю РДР (F33.1), вміст IL-4 був підвищений в середньому в 1,62 рази стосовно норми і дорівнював при цьому $76,4 \pm 1,5$ пг/мл ($P < 0,001$), рівень IL-10 — у середньому в 1,64 рази, що складало $2,1 \pm 0,07$ пг/мл ($P < 0,001$). Найбільш суттєві зсуви з боку протизапальних ЦК відбувалися при РДР (F33.02) — рівень IL-4 збільшувався в середньому в 1,74 рази від норми і складав $82,1 \pm 1,7$ пг/мл ($P < 0,001$), рівень IL-10 — у середньому в 1,76 рази, що складало $2,25 \pm 0,06$ пг/мл ($P < 0,001$).

Під час вивчення концентрації протизапальних ЦК на момент завершення лікування із застосуванням загаль-

ноприйнятих препаратів було встановлено, що вивчені показники мали тенденцію до поліпшення, але повної нормалізації не відбувалося. Слід відмітити, що більш виразна позитивна динаміка спостерігалася у хворих з діагнозом РДР, триваючий епізод легкого ступеня (F33.00). Отримані дані свідчать, що на момент завершення терапії із застосуванням лише загальноприйнятих препаратів не відбувалося повної нормалізації вивчених показників, що у клінічному плані відзначалося виникненням наступних епізодів РДР, в низці випадків — з погіршенням клінічної симптоматики. Отже, у хворих на РДР до початку загальноприйнятого лікування в амбулаторних умовах спостерігалася збільшення концентрації протизапальних ЦК IL-4 та IL-10 у сироватці крові, більш суттєво виражене при РДР триваючий епізод тяжкий без психотичних симптомів (F33.2), при цьому проведення загальноприйнятого лікування не забезпечує нормалізації концентрації протизапальних ЦК (IL-4, IL-10) у сироватці крові обстежених хворих, що потребує відповідних методів корекції.

УДК 616.89:378.046.4

*Козідубова В. М., Долуда С. М., Гончаров В. Є.,
Баричева Е. М., Брагін Р. Б., Гурницький О. В.*

*Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)*

Питання вдосконалення післядипломної підготовки фахівців психіатричної допомоги в діяльності опорної кафедри

На сучасному етапі післядипломної підготовки лікарів-психіатрів важливе значення має застосування новітніх інформаційних та освітніх технологій викладання на однопрофільних кафедрах. Важливим є удосконалення інформаційної складової та методів навчання, підвищення ефективності оцінки якості професійної підготовки лікарів-психіатрів, безперервного професійного розвитку спеціалістів, впровадження ефективних освітніх технологій у післядипломній освіті.

Для оптимізації підготовки спеціалістів за фахом має значення використання не тільки комп'ютерних технологій, але й навчальних фільмів, що допомагає суттєвому підвищенню сприйняття навчального матеріалу та дає можливість поліпшити формування знань у слухачів, засвоєння практичних навичок для надання психіатричної допомоги пацієнтам з різною патологією.

Важливе значення має заохочення слухачів до самостійної підготовки на різних циклах. Крім того, впроваджуються різні технології контролю знань для правильної об'єктивної оцінки кінцевих результатів навчання за фахом.

Значна увага приділяється питанням впровадження в психіатричну практику нових знань на ґрунті вивчення важливих положень адаптованих клінічних настанов спектра аутизму у дорослих та іншої патології на моделі мультидисциплінарної роботи щодо виявленню відповідних психічних розладів, зважаючи на показники діагностичних оцінок, та здійсненню диференційованої комплексної терапевтичної допомоги пацієнтам.

Надання інформації з важливих питань виявлення патології та терапевтичної допомоги пацієнтам з маловивченими формами психічних розладів дає можливість слухачам на різних циклах підготовки удосконалювати, поглиблювати професійні знання, що є необхідною умовою висококваліфікованої допомоги хворим.

Окремим напрямком надання важливої інформації є реалізація, поряд з традиційними комп'ютерними