

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

технологіями, такої зручної форми як дистанційне навчання, особливо на циклах тематичного удосконалення та під час підготовки лікарів загальної практики — сімейної медицини з надання допомоги психічно хворим.

На сучасному етапі відбуваються значні зміни в здійсненні первинної медичної допомоги; підготовка лікарів загальної практики в сімейній медицині стала ключовою ланкою реорганізації охорони здоров'я. Реалізація завдань багатопрофесійної первинної медичної допомоги вимагає диференційованої підготовки лікарів з різних питань надання допсихіатричної допомоги при різній психічній патології з чітким поетапним визначенням порядку лікарських дій та посиланнями на законодавчі акти.

Дистанційна форма підготовки дозволяє лікарям з мінімальним відволіканням від робочих місць одержати суттєвий обсяг потрібної інформації, обговорити різні питання, зокрема і правові, щодо надання допомоги, а також сучасні вимоги до роботи з психічно хворими та їхніми сім'ями.

Така форма значною мірою дозволяє вирішити питання підготовки сімейних лікарів з надання допомоги психічно хворим та обговорити принципи їх взаємодії з спеціалістами психіатричної служби.

УДК 616.892-159.9.072

*Козьявкін В. І., Волошин Т. Б.
Міжнародна клініка відновного лікування
(м. Трускавець, Україна)*

Клініко-психопатологічні особливості дітей з аутизмом та їх динаміка в процесі реабілітації за Системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації

Зміни психічної сфери, наявність психопатологічних розладів є одним із провідних симптомів дитячого аутизму. Хоча існує велика кількість психометричних інструментів, як-от клінічне інтерв'ю, опитувальники, тестування для допомоги в постановці діагнозу, ці інструменти розроблені та стандартизовані для виявлення симптомів у загальній популяції, абсолютна більшість з них не є валідними для пацієнтів з аутизмом. Незважаючи на недосконалість діагностичного алгоритму, клініко-психопатологічні розлади мають бути діагностовані щоразу, коли наявні значні поведінкові проблеми (наприклад, неухважність, імпульсивність, нестійкість настрою, тривожність, порушення сну, агресія, аутоагресія тощо).

Метою дослідження було визначити основні клініко-психопатологічні особливості пацієнтів з аутизмом, оцінити ефективність реабілітації за Системою інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації (СІНР) на ґрунті вивчення динаміки змін їх клініко-психопатологічних показників.

Проведено психопатологічне та психодіагностичне обстеження 64 дітей з аутизмом. Критерії включення у вибірку: вік дитини від 11 до 18 років, відповідність діагностичним критеріям діагнозу «Дитячий аутизм» (F84.0) за МКХ-10. Спостереження відбувалося в період 2013—2016 роки, дослідження здійснювали двічі: до початку реабілітації та після проведення двотижневого курсу реабілітації за СІНР.

Для обстежень використовували інтерв'ю супутніх синдромів при аутизмі ACI-PL (О. Лейфер, 2006), коефіцієнт спектра аутизму ASQ (С. Коген, 2001), шкала підліткової депресії KADS-11 (Катчер, Стан, 2003), опитувальник агресивності AGQ (Басс, Перрі, 1992), шкала дитячої тривожності SCAS (Спенс, 2003), шкала вираженості obsесивно-компульсивних розладів Y-BOCS (Ель, Браун, 1989).

Домінували в структурі психопатологічної симптоматики мовні порушення, затримка формування когнітивних здібностей, порушення соціалізації, поведінкові порушення. Також згідно з інтерв'ю супутніх синдромів при аутизмі (ACI-PL) було встановлено, що коморбідна психопатологічна симптоматика спостерігається у 70 % пацієнтів, а саме розлади настрою — у 52 %, тривожно-фобічні розлади — у 49 %, синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) — у 42 %, хронічний нервовий тік — у 20 %, астенія — у 8 %. Середній бал коефіцієнта спектра аутизму ASQ склав 41 для хлопчиків та 40 для дівчаток з аутизмом. Після курсу реабілітації за СІНР цей показник склав 37 та 38 відповідно, що свідчить про зменшення вираженості проявів аутизму. Згідно з даними шкали підліткової депресії KADS-11 визначено, що середній бал вираженості депресивного компонента знизився з 17 до 15 балів у процесі курсу лікування за СІНР. Згідно з опитувальником агресивності ВРАQ визначено, що найбільш вираженими компонентами агресивного синдрому у пацієнтів з аутизмом є фізична агресія (0,69 бали) та вороже ставлення (0,73 бали). Після курсу реабілітації в клініці прояви фізичної агресії значно знизились, а саме — до 0,43 бали. Компонент ворожого ставлення знизився до 0,56 бали. Згідно з шкалою дитячої тривожності SCAS середній бал рівня тривоги знизився з 94 до 75 після курсу реабілітації за СІНР. Obsесивно-компульсивні розлади згідно з шкалою вираженості obsесивно-компульсивних розладів Y-BOCS виявлені у 18 % пацієнтів, середній бал склав 26 до та 23 — після курсу лікування.

Після двотижневого курсу реабілітації за СІНР спостерігалось зменшення вираженості психопатологічних порушень у абсолютній більшості пацієнтів, поліпшилися настрої, концентрація уваги, поведінка, зменшилась вираженість проявів агресії, рівня тривоги.

УДК 616.89

*Коровіна Л. Д., Кондратенко А. П.
Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Вплив депресії на перебіг параноїдної шизофренії

Дослідження депресій, що виникають при шизофренії, протягом довгого часу залишаються актуальною проблемою психіатричної науки і практики (Аддингтон Д.; Марута Н. О., Чабан О. С.). В останні десятиліття дослідники констатують збільшення кількості депресивних розладів як в популяції загалом (Хобзей М. К., Волошин П. В., Марута Н. О. та ін.; Кожина Г. М., Зеленська К. О.), так і серед хворих, що перебувають на лікуванні в психіатричних закладах. Депресивні розлади спостерігаються при всіх формах шизофренії, на будь-якому етапі розвитку захворювання. Депресивна симптоматика (Марута Н. О., Мішиєв В. Д.) нерідко займає провідне місце в клінічній картині у хворих на шизофренію і на певних етапах захворювання найбільше впливає на тяжкість стану хворого (Upthegrove R.).

Метою роботи було визначення особливостей клінічної картини депресивних розладів серед жінок, хворих на параноїдну шизофренію, на ранньому етапі захворювання.

В нашому дослідженні взяли участь 59 жінок, хворих на параноїдну шизофренію, віком $37,5 \pm 4,5$ роки що перебували на лікуванні у різних відділеннях стаціонару Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3. Усі хворі отримували терапію антипсихотиками другого покоління; вони не мали значної соматичної чи неврологічної патології.

У рамках дослідження були використані такі методи: клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психо-