

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 BPAQ 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-

діагностичні методи (шкала депресії у хворих на шизофренію Калгарі, шкала PANSS).

Контингент було поділено на 2 групи: 1-ша (31 жінка із симптомами депресії) та 2-га (28 жінок без них) шляхом клініко-психопатологічного дослідження. У клініці перебігу основного захворювання в обох групах жінок переважав параноїдний синдром, з поліморфізмом симптоматики (зоровими і слуховими псевдогалюцинаціями, численними несистематизованими маячними ідеями), зокрема синдром Кандинського — Клерамбо. Також хворі виявляли типові порушення асоціативності мислення, емоційно-вольове зниження.

Було виявлено якісну різницю між групами. Наприклад, в 1-й групі значно вище сумарне значення за PANSS ( $114 \pm 2,8$ ) більш зумовлено загальною підшкалою ( $58,6 \pm 2,8$ ), а ніж позитивними симптомами ( $25 \pm 3,2$ ). Проте в 2-й групі ми бачимо при доволі високому рівні позитивних симптомів ( $30 \pm 3,1$ ) менше сумарне значення ( $104 \pm 1,8$ ).

В 1-й групі на себе звертала увагу неоднорідність депресивних розладів ( $10,1 \pm 2,9$ , проти  $5,2 \pm 0,7$  у 2-й групі, за шкалою Калгарі): депресивний простої структури — 13,04 %, психотична депресія з депресивно-параноїдним синдромом — 39,1 %, психотична депресія зі складним депресивно-параноїдним синдромом — 47,8 %.

Проведене дослідження показало нерівномірність психопатологічної симптоматики в рамках однієї нозологічної одиниці. Виразність порушень при параноїдній шизофренії зумовлена не тільки позитивними чи негативними психопатологічними феноменами.

Відповідно до отриманих у процесі дослідження даних виявлено, що на сучасному етапі вивчення шизофренії, у її клініці часто спостерігаються депресивні розлади. Вони зумовлюють більш тяжку клініку, подовжують термін перебування в стаціонарі та мають привертати додаткову увагу фахівців. Саме через це, необхідно застосовувати диференційований підхід до діагностики, лікування та реабілітації хворих жінок на параноїдну шизофренію на ранній стадії захворювання.

УДК 616.89:616.12-008.331.1.1:612:57.033/034(043.5)

**Коростій В. І., Меламуд К. С.**

*Харківський національний медичний університет  
(м. Харків)*

### **Біоритмологічні особливості пацієнтів з артеріальною гіпертензією та субклінічними психопатологічними проявами**

В психіатрії відомо, що вірогідність і прояви психопатологічної симптоматики не залежать від абсолютних цифр при вимірюванні артеріального тиску (АТ), адже відомо, що на дані однократного вимірювання можуть впливати різноманітні фактори: індивідуальна реакція пацієнта на процедуру обстеження, недосконалість технічних засобів і пристроїв, випадкові помилки вимірювання. Тож для того, щоб аналізувати психопатологічні прояви у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, треба застосовувати досконаліші методи вимірювання.

З метою вивчити біоритмологічні особливості формування психічних розладів у пацієнтів з артеріальною гіпертензією, розробити рекомендації щодо діагностики та профілактики психічних розладів залежно від біоритмологічних особливостей пацієнтів з артеріальною гіпертензією, проведено з дотриманням принципів біоетики і деонтології комплексне клініко-психопатологічне, клініко-психодіагностичне та соматичне обстеження 57 па-

цієнтів з артеріальною гіпертензією на базі Навчально-наукового медичного комплексу «Університетська клініка» Харківського національного медичного університету (ННМК «УК» ХНМУ). Контрольну групу склали 28 здорових осіб з подібними статеві-віковими характеристиками.

Застосовано клініко-психопатологічний метод, що включає в себе вивчення скарг, оцінення психічного статусу обстежених, виокремлення основних психопатологічних синдромів та їх динаміки. Використовували опитувальник для оцінки виразності психопатологічної симптоматики SCL-90-R (шкала Дерогатиса); госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS, 1983); Торонтська алекситимічна шкала, добове моніторування артеріального тиску.

Дослідження, проведене в рамках роботи, показало, що на формування психічних розладів великий вплив мають біоритмологічні особливості динаміки АТ у пацієнтів. Показники добового моніторування АТ, а саме добовий індекс, істотно впливає на наявність психопатологічних проявів. Найменші значення за шкалою соматизації відповідають профілю АТ "normal". У обстежуваних з профілем "nondipper" та "night-peaker" достовірно підвищуються показники за шкалою соматизації ( $p < 0,05$ ). За шкалою тривоги спостерігається майже та ж закономірність зростання показників, що і в попередньому випадку. Достовірно збільшуються тривожні прояви у "nondipper" та "night-peaker" ( $p < 0,05$ ). Причому закономірності зростання показників справедливий як для хворих на гіпертонічну хворобу, так і для здорових осіб. Особливості паттернів "nondipper" та "night-peaker" пов'язані з високою частотою виникнення соматизованих розладів із проявами астенії, тривоги, депресії, іпохондрії. Середні значення, абсолютні цифри АТ, одиничні підвищення істотно не впливають на розвиток несприятливих психічних розладів. Така психологічна риса як алекситимія є чинником ризику порушень та пов'язана із підвищенням частоти проявів психічних розладів у пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Порівнюючи дані за шкалою TAS-26 із даними добового індексу, можна дійти висновку, що у більшості пацієнтів з профілем "nondipper" та "night-peaker" спостерігався проміжний або алекситимічний тип. Кореляційні зв'язки між профілем та психологічним типом є середніми ( $r = 0,62$ ).

Отже, скрінінгові методи діагностики тривоги, депресії, алекситимії є необхідними для пацієнта, в якого наявні одиничні скарги, або для пацієнтів із несприятливими даними моніторингу АТ (високі показники варіабельності). Добовий моніторинг артеріального тиску дозволить клініцисту якнайшвидше виявити субклінічні психічні порушення, якісно контролювати ефективність гіпотензивної терапії.

УДК 616.85-06:616.89-07-08-084(477)

**Коростій В. І., Платинюк О. Б.**

*Харківський національний медичний університет  
(м. Харків)*

### **Принципи корекції та профілактики соціально-стресових розладів у категорії населення, постраждалих внаслідок АТО**

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.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, психодіагностичний, біохімічний, статистичний.

На ґрунті комплексного обстеження 300 осіб, обох статей, у віці 18—55 років, які належать до різних категорій: