

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:

100 демобілізованих учасників АТО; 50 звільнених з полону, 50 членів сімей постраждалих в АТО; 100 вимушених переселенців, встановлено розповсюдженість та чинники ризику посттравматичного стресового розладу (ПТСР), описана специфіка клінічної картини соціально-стресових розладів в сучасних українських умовах.

Серед демобілізованих учасників АТО переважними чинниками ризику ПТСР є надтяжки (48,0 %), повторні (32,5 %) та затяжні (8,5 %) стресові події; відсутність соціальної амортизації (52,0 %), серед звільнених з полону — термін перебування більше 12 місяців (74,0 %), серед членів сімей постраждалих в АТО (34 %); серед вимушених переселенців — термінове переселення (15 %), переселення «третьої хвили», наявність членів сім'ї, які залишилися в зоні бойових дій (37 %). Для всіх категорій досліджених чинником ризику є відсутність можливості реалізації активності на протидію або уникнення дії стресового чинника.

На ґрунті отриманих даних науково обґрунтовані засади системи раннього виявлення ПТСР:

1. Психосвітні заходи для категорій населення, залучених до подій, пов'язаних з АТО: демобілізованих учасників АТО; звільнених з полону, членів сімей учасників та постраждалих в АТО; вимушених переселенців.

2. Виявлення осіб з визначеними в результаті цього дослідження чинниками ризику ПТСР: надтяжки, повторні та затяжні стресові події; відсутність соціальної амортизації, термінове переселення, переселення «третьої хвили», наявність членів сім'ї, які залишилися в зоні бойових дій, відсутність можливості реалізації активності на протидію або уникнення дії стресового чинника.

3. Використання скринінгових методик виявлення ПТСР в первинній медичній допомозі лікарями загальної практики — сімейної медицини.

У звітному періоді було поставлено завдання науково обґрунтувати та розробити комплексну систему корекції, профілактики ПТСР та реабілітації хворих.

На ґрунті отриманих даних науково обґрунтовані засади корекції, профілактики ПТСР та реабілітації хворих:

1. Профілактика ПТСР: психофармакологічне та психотерапевтичне втручання в «золоті години» після експозиції стресової події.

2. Психологічна корекція неадаптивних копінг-стратегій в осіб зазначених категорій в період адаптації до нових умов проживання (після переселення, демобілізації, звільнення з полону).

3. Реабілітація пацієнтів з ПТСР: комплексна, мульти-модальна, безперервна.

Ефективність використання системи корекції, профілактики ПТСР та реабілітації хворих така: зниження частоти клінічної маніфестації ПТСР — на 5,6 %, коморбідних психічних розладів на — 8,5 %, тривалості непрацездатності — на 10,4 %, поліпшення якості життя — на 12,6 %.

захворювань, що є надзвичайно важливим для подальшого їх лікування та профілактики.

Провідне місце у виникненні психічних порушень, а саме неспсихотичних психічних розладів, серед екзогенних факторів належить черепно-мозковій травмі (ЧМТ). Актуальною до теперішнього часу є проблема віддалених наслідків закритої ЧМТ, зокрема травми, до якої належать струс та забій головного мозку легкого ступеня. Незважаючи на відносно «легкість» перебігу в гострому періоді, легка ЧМТ небезпечна своїми віддаленими наслідками, які можуть порушувати життєдіяльність, працездатність і навіть призводити до інвалідизації. Тому, на сьогоднішній день є актуальним визначення патопсихологічних та патогенетичних механізмів формування неспсихотичних психічних розладів у віддаленому періоді легкої ЧМТ та пошуку нових ефективних методів сполученої психофармакотерапевтичної корекції з можливістю більш істотного позитивного впливу на їхню якість життя, працездатність, рівень соціального функціонування.

Віддалений період травми характеризувався поліморфністю симптомів і церебрально-органічних скарг хворих, але спостерігалася і патогномонічна симптоматика. У процесі дослідження використовували методи клініко-анамнестичного, психодіагностичного та соціально-демографічного дослідження; були визначені основні напрямки, що потребували втручання та розроблена поетапна модель психо- та фармакотерапії неспсихотичних психічних розладів у хворих з легкою черепно-мозковою травмою.

На ґрунті проведеного комплексного аналізу феноменології та патопсихологічних механізмів формування були визначені мішені подальшої терапії. Основною метою заходів сполученої психотерапії та фармакотерапії у комплексному лікуванні хворих виявилось порушення психоемоційного спектра, із подальшим порушенням соціального функціонування, зумовленого ураженням психологічного та біологічного компонентів психічного здоров'я й адаптації.

Аналіз ефективності проведеної програми сполученої психотерапії та фармакотерапії був оцінений за такими критеріями: рівень реактивної тривоги, наявність депресивної симптоматики за даними суб'єктивного аналізу, рівень якості життя, рівень гормону епіфізу (мелатоніну).

Під час порівняння показників пацієнтів групи втручання з показниками пацієнтів групи контролю були отримані статистично значущі різниці за такими критеріями: рівень реактивної тривоги; нормалізація депресивної симптоматики до легкого рівня за об'єктивним оцінюванням; поліпшення показників якості життя за шкалами фізичне здоров'я та рольове функціонування, опосередковане фізичним і емоційним станом; динаміка нормалізації рівня мелатоніну в крові.

В результаті комплексного (анамнестичний, соціально-демографічний, клініко-психопатологічний, лабораторний, психодіагностичний та математико-статистичний методи) дослідження був встановлений кореляційний взаємозв'язок біологічних, соціально-психологічних та клініко-психопатологічних факторів, які визначають формування неспсихотичних психічних розладів у цього контингенту хворих, та прогнозування ризику неспсихотичних форм порушень психічної сфери.

Отже, аналізуючи показники ефективності проведеної психо- і фармакотерапії в групі втручання хворих у віддаленому періоді закритої ЧМТ, отримали позитивні результати в динаміці неспсихотичних психічних розладів у віддаленому періоді легкої закритої черепно-мозкової травми.

УДК 616.89-02:616.831-001.31-036

Коршніак О. В., Коршніак Т. В.

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

Динаміка неспсихотичних психічних розладів у осіб у віддаленому посткомісійному періоді на фоні сполученої психо- та фармакотерапії

Стан психічного здоров'я населення є важливою ланкою в якійній характеристиці суспільства, де особливу увагу звертає на себе співвідношення соматичних і психічних чинників у виникненні, перебігу і проявах пограничних