

тативная дисфункция выявляла на личностном уровне патохарактерологические признаки личностного нарушения (тревожного, сенситивного). Полученные результаты необходимо учитывать при разработке психокоррекционных мероприятий у данного контингента больных.

УДК 616.8-022.7:576.825.11

**Пономарьов В. І., Савицька І. Б.**

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна  
(м. Харків)*

### **Сучасні підходи до ранньої діагностики гострих нейроінфекцій на первинній ланці допомоги**

Загострення уваги лікарів первинної ланки допомоги на особливостях нейроінфекцій зумовлена тим, що діагностика пов'язана з певними труднощами. Клінічна маніфестація багатьох нейроінфекцій може проходити з проявами набряку мозку у клінічному вигляді менінгеального симптомокомплексу та нагадувати гостре порушення мозкового кровообігу, епілепсію, пухлину, психічне захворювання, гідроцефалію та інші захворювання та стани. Все це створює перед лікарем первинної ланки надання медичної допомоги складну проблему як діагностичну, так і тактичну (Кононенко В. В., 2004).

До нейроінфекцій відносять менінгіти, енцефаліти, менінгоенцефаліти, епідуральний абсцес, абсцес головного мозку, що гостро маніфестує, мієліт, а також септичний тромбоз мозкових вен і синусів твердої мозкової оболонки. Найбільш часто виявляються менінгіти та менінгоенцефаліти. Розрізняють первинні (менінгококовий менінгіт, первинний вірусний менінгіт, кліщовий енцефаліт, епідемічний енцефаліт) та вторинні ураження нервової системи (як прояв загального інфекційного захворювання або хвороби — туберкульозний менінгіт, вірусний гриппозний менінгоенцефаліт та ін.).

Невідкладність терапії нейроінфекцій зумовлена такими чинниками:

— частим важким та ускладненим перебігом захворювання. Зокрема, при бактеріальних менінгітах у разі своєчасної діагностики та пізнього початку невідкладної терапії часто спостерігається важкий перебіг набряку мозку та летальність досягає 60 %, нерідко перебіг ускладнюється формуванням абсцесів головного мозку;

— висока летальність при деяких нейроінфекціях (при пневмококовому менінгіті — до 25 %, при герпетичному менінгоенцефаліті — до 40 %, залежно від термінів початку специфічної терапії;

— підвищенням резистентності збудників бактеріальних менінгітів до антибактеріальних засобів;

— розширенням спектра збудників менінгітів, менінгоенцефалітів та енцефалітів.

Лікарю первинної ланки допомоги треба за мінімально короткий термін зорієнтуватися в обставинах захворювання — зібрати анамнез у хворого чи близьких або свідків, з'ясувати обставини захворювання і провести обстеження. У таких умовах надзвичайно важливо чітко спланувати процес експрес-діагностики та транспортувати хворого в стаціонар.

Отже, на первинній ланці допомоги хворим з нейроінфекціями треба негайно виконати такі завдання:

— виявити порушення дихання, кровообігу і вжити заходів до їх екстреної корекції, провести протинабрякову терапію, при епілептичному статусі або часто повторюваних судомних припадках — ввести протисудомні засоби;

— на підставі встановленого діагнозу або виявлення провідного синдрому в першу чергу виокремити категорію

хворих, які потребують невідкладної нейрохірургічної допомоги (хворі з абсцесом головного мозку, субдуральною емпіємою та ін.);

— у випадках, коли в цьому місті спеціалізовані відділення розташовані в різних лікувальних установах, треба визначити профіль госпіталізації відповідно до діагнозу або синдрому, що превалює у клініці.

Отже, дотримання принципів лікування (раннє призначення ацикловіру) при своєчасній діагностиці герпетичного енцефаліту дозволяє знизити летальність до 7 %, при бактеріальних менінгітах — з 60 % до 15 %. Отже, діагностична настороженість щодо гострих нейроінфекцій і вміння вчасно їх розпізнати залишаються важливими чинниками в запобіганні високій смертності та резидуальній інвалідизації.

УДК 616.214-085: 616.895.8

**Пономарьов В. І. \*, Суворова-Григоревич А. А. \*,  
Мінюкова С. Л. \*\***

*\*Харківський національний університет  
імені В. Н. Каразіна;*

*\*\*Навчально-виховний комплекс № 7 (м. Харків)*

### **Про патоморфоз ендогенного-процесуальних психічних розладів**

Безсумнівно, що трансформація клінічної картини будь-яких психічних захворювань відбувається постійно і безперервно під впливом різноманітних зовнішніх чинників. Основною причиною патоморфозу ендогенно-процесуальних розладів, починаючи з 50—60 рр. минулого століття, вважався вплив психотропних препаратів, дослідженню якого було присвячено багато робіт вітчизняних і зарубіжних авторів. Але великий внесок в патоморфоз психічних розладів вносять також соціально обумовлені чинники.

Безліч епідеміологічних, соціологічних і транскультуральних досліджень вказують на існування особливостей клінічної картини і форм перебігу психічних захворювань (зокрема ендогенних) в різних популяціях хворих. Наприклад, встановлено різницю перебігу і наслідків параноїдної шизофренії у міського та сільського населення, в популяціях з різним етнічним укладом, а також вплив інших макросоціальних чинників.

Культуральні, етнічні, демографічні особливості, характеристики рівня і способу життя населення впливають на клінічне оформлення, структуру і перебіг психічних захворювань. Сутність і розуміння психічних розладів, в першу чергу ендогенних, неможливо досягти без урахування традиційного укладу життя досліджуваної популяції хворих, світогляду та особливостей адаптації до середовищних умов і психофізіологічної реадaptaції до нових соціально-економічних умов. Недостатня увага до ролі таких важливих соціально-економічних чинників часто призводить до грубих помилок діагностики, зокрема і при розмежуванні рівня психічних розладів, помилкової лікувальної тактики та неправильного планування профілактичних заходів. Існує думка, що вплив певних стресових чинників зумовлює клінічний патоморфоз шизофренії. Це проявляється поступовим збільшенням представленості ідеаторної симптоматики при галюцинаторно-параноїдному синдромі, появою нових, пов'язаних з психогенним впливом, маячних фобул. З цієї точки зору значний інтерес становить ситуація, що склалася в Україні (політична і соціально-економічна обстановка), яка призвела до міграції величезної частини населення, поміж них і тих, що страждають на психічні розлади. Необхідність соціалізації цієї групи осіб в нових умовах, вирішення безлічі наявних соціальних питань

в умовах соціальної і економічної нестабільності в країні потребує додаткових психолого-психіатричних лікувально-діагностичних втручань.

Є підстави вважати, що сукупність стресогенних зовнішніх впливів, а також особливості психофізіологічних механізмів адаптації психічно хворих осіб безпосередньо впливають на рівень клініко-психопатологічного патоморфозу ендogenousного процесу, а також безпосередньо на клінічні прояви, динаміку і результат психічного розладу. Отже, під час дослідження психічного стану у тимчасових переселенців із зони АТО особливо важливе значення має своєчасність діагностики коморбідних невротичних розладів, використання адекватної тактики лікування та реабілітації для попередження обважнення фонового психічного розладу.

УДК 616.89-008.454-053.2/5

*Проскуріна Т. Ю., Михайлова Е. А., Беляєва О. Е.,  
Матковська Т. М., Мітельов Д. А.*

*ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків  
НАМН України» (м. Харків)*

### **Особливості реабілітації дітей з тривожно-фобічними розладами**

Дослідження останнього часу демонструють підвищену увагу фахівців до вивчення проблематики психогенезу та ролі тривожних розладів у дітей та підлітків в різних аспектах психічного розвитку та формування особистості (Малкова О. Е. 2014, Чутко Л. С. 2016). Тривожні розлади розглядають як найбільш поширений клас психічних розладів дитячого віку (Р. С. Kendall, 2010; Essau С. А., 2013). Усталеність тривожних станів за умов відсутності адекватної терапії та корекції у дітей та підлітків ускладнюється порушеннями психічної адаптації в зрілому віці (Ollendick Т. Н., 2010; Yuqing Zhang et al., 2015). Тривога в нормі відбиває переживання загрози й стимулює поведінку, спрямовану на її усунення. В цьому аспекті тривога постає важливою ланкою психологічних механізмів регуляції поведінки, зокрема й соціальної. Тривожність постає індикатором напруження адаптаційних механізмів (Малкова О. Е., 2014).

Мета дослідження: розробити ефективний метод реабілітації дітей із тривожно-фобічними розладами (ТФР).

Обстежено 84 дітей віком 6—14 років. Стандартні клініко-психопатологічні обстеження, анкетування дітей і батьків щодо наявності страхів — опитувальник А. І. Захарова; структуроване психологічне інтерв'ювання, проєктивні малюнкові тести «Я в минулому», «Я у теперішньому», «Я в майбутньому»; «Людина під дощем»; психотерапевтичні методики.

Реабілітація дітей з ТФР базувалася на реалізації 2-х модулів. Перший — **діагностичний**: з'ясування послідовності виникнення скарг тривожного спектра, враховуючи фобії й симптоми депресії, визначення графічних ознак тривоги (щільна штриховка, коливання сили натиску, багато стирання, профільні зображення, зображення зі спини, початок малювання з ніг), фобій (пусті зіниці, зачорнені зіниці, інтенсивна штриховка волосся) та депресії (дрібний розмір малюнка, розміщення малюнків в нижній частині листа, слабкий натиск, похилі плечі, людина, що промокла під дощем); аналіз та інтеграція інформації, отриманої в проєктивних малюнкових тестах. Другий модуль — **психотерапевтичний**: контроль соматичних проявів, навчання хворої дитини зняття емоційного й моторного напруження, усунення фобічної унікаючої поведінки,

усунення психосоціальних проблем, моніторинг психоемоційного стану для вторинної психопрофілактики прогресування невротичного розладу, залучення до навчання в контексті психоосвітньої програми як дитини, так і її родини, консультування для підтримки. Поведінкова психотерапія (експозиція й профілактика реакцій: подолання фобій та зниження тривоги, спираючись на визначення індивідуальної ієрархії страхів хворої дитини, опанування прийомів м'язової релаксації й подальшої систематичної десенсибілізації, тренування соціальних навичок шляхом моделювання бажаної поведінки, програвання ролей, надавання зворотного зв'язку, самозаохочення й перенесення навичок у повсякденне функціонування. Розроблений підхід до реабілітації дітей із ТФР впливає на модифікацію ставлення до психогенної ситуації, запобігає фіксації тривоги, фобій; сприяє пошуку психологічно адекватних шляхів зміни патологічних ригідних установок і відновленню адаптації дитини.

Можливість залучення інформативних ардіагностичних маркерів (графічні ознаки тривожного розладу у вигляді специфічних елементів малюнку) тривожно-фобічних та тривожно-депресивних розладів у дітей на догоспітальному етапі дозволяє забезпечити своєчасне диференційоване терапевтичне втручання й попередити розвиток тяжких, резистентних до терапії варіантів невротичного порушення, а також в цілому поліпшити якість життя й психічне здоров'я молодого покоління.

УДК 616.89-07

*Прохорова О. В.*

*Український науково-дослідний інститут соціальної  
і судової психіатрії та наркології МОЗ України (м. Київ)*

### **Спільні механізми депресії пізнього віку та стійкого когнітивного зниження**

Депресія в цей час є третім провідним фактором глобального тягаря хвороб, поширена серед усіх вікових категорій і впливає на щоденне функціонування і якість життя пацієнтів (М. К. Wium-Andersen, 2017).

Депресія у людей похилого віку, як відомо, пов'язана зі специфічними формами когнітивної дисфункції (Butters М. А., 2008). Вона, зазвичай, має складний перебіг і припускається, що є фактором ризику розвитку деменції (Левада О. А., 2013). Провідним етіологічним механізмом у виникненні депресії пізнього віку є судинний компонент (Li Su, 2016). В результаті мікро- або макроангіопатії розвиваються вогнища ішемії в сірій і білій речовині головного мозку (ГМ), що призводить до роз'єднання нейронних мереж. Залежно від структурного ураження ГМ відрізняються і патопсихологічні феномени органічного депресивного розладу. Існує гіпотеза, що депресія пізнього віку пов'язана зі збільшенням циркулюючих цитокінів у периферійній крові, що є додатковим підтвердженням ризику розвитку деменції (Thomas А. J., 2005).

Метою дослідження є виявлення патопсихологічних особливостей депресивного розладу та якості життя пацієнтів залежно від етіопатогенезу.

Усі учасники після підписання інформованої згоди пройшли клінічні (включаючи лабораторні) і нейропсихологічні обстеження (PHQ-9, MoCA, HADS, TMT-A та TMT-B, тест на семантичну та фонетичну пам'ять, тест Струпа, SF-36) та мали МРТ-дослідження ГМ щонайбільше протягом року. За критеріями включення/виключення було відібрано 138 осіб віком від 50 до 78 років (середній вік — 63,6 роки), репрезентативні за статтю, які були поділені на основну