

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

(ОГ) та контрольну групу (КГ). За результатами обстеження пацієнтів було умовно поділено на дві групи: ОГ1 — (ЦВХ з наявністю субкортикальних гіперінтенсивних вогнищ в ГМ за даними МРТ-дослідження + F06.3) кількістю 38 осіб; ОГ2 — (ЦВХ з гострим порушенням мозкового кровообігу) у відновному періоді + F06.3) кількістю 32 особи. В КГ увійшли особи з клінічно вираженою депресією без суттєвих змін на МРТ ГМ, її кількість становила 68 осіб.

В процесі дослідження було встановлено, що пацієнти ОГ мали значно більший рівень факторів запалення в периферійній крові, ніж пацієнти КГ. Суттєвої різниці в лабораторних даних серед осіб ОГ1 та ОГ2 не відзначалось. У пацієнтів ОГ депресивний і тривожний компоненти були вираженішими, ніж у пацієнтів КГ. Але важчий ступінь депресивного розладу був в ОГ1, через наявність астеничного компонента, на відміну від ОГ2, де на перший план виступав іпохондричний та тривожний синдроми. За даними МоСА серед досліджуваних зниження когнітивної функції не виявлено. Але у пацієнтів ОГ1 спостерігалось порушення виконавських функцій у вигляді вираженої брадифренії та розподілення уваги, тоді як у пацієнтів ОГ2 більше страждали зорово-просторовий праксис та моторна координація. За шкалою якості життя в осіб ОГ низькі показники були за шкалами фізичного, рольового функціонування, що обмежувалось станом або боєм, а в осіб КГ ці обмеження були пов'язані з емоційним станом. Життєва активність, загальний стан здоров'я та показники психічного стану суттєво не відрізнялись в обох групах обстежуваних.

Проведене дослідження допоможе виявити цільову групу пацієнтів для розроблення стратегії більш раннього та ефективного виявлення афективних розладів з метою профілактики розвитку можливих подальших ускладнень та поліпшення якості життя пацієнтів.

УДК 616.45-001.1/3-071:355/359

Пугач Е. А.*, Панченко О. А.**

* ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины» (г. Константиновка);

**Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика (г. Киев)

Иновационные подходы к лабораторной диагностике острого стресса в условиях антитеррористической операции

В настоящее время внутривойсковая напряженность в Украине достигла состояния военного конфликта. В этих условиях индивидуум становится не только свидетелем вооруженного противостояния, но и его активным участником. Ситуация боевых действий провоцирует значительное увеличение патологических психических реакций, так называемых социально-стрессовых расстройств, требующих своевременной диагностики и внедрения эффективных реабилитационных мероприятий.

Целью данного исследования является изучение инновационных подходов к лабораторной диагностике острого стресса в условиях антитеррористической операции (АТО).

Исследование проведено на базе ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины», с использованием лабораторного оборудования иммунологического анализатора EL-800 (США). В исследовании принимали участие 75 человек: внутренне перемещенные лица — 61 человек (81 %) и участники АТО — 14 человек (19 %), у которых проводили лабораторную оценку концентрации кортизола, альдостерона, Т-лимфоцитов, В-лимфоцитов, NK-клеток.

На основании полученных результатов лабораторного анализа у данных лиц установлено двукратное увеличение концентрации кортизола ($820 \pm 26,6$ нмоль/л) в сыворотке крови, повышение уровня альдостерона ($293 \pm 19,2$ пг/мл). Также отмечалось увеличение количества иммунных клеток: увеличение числа NK-клеток ($21,14 \pm 0,82$ %) и их нормализация после лечения, увеличение абсолютного числа Т-хелперов ($49,96 \pm 0,64$ %) и уменьшение абсолютного числа Т-супрессоров ($20,14 \pm 0,78$ %), увеличение числа В-лимфоцитов ($16,98 \pm 0,70$ %), снижение уровня лимфоцитов.

Острый стресс оказывает серьезное влияние на надпочечники, они начинают работать с напряжением в ответ на возникшую стрессовую ситуацию, фактически это состояние гипердрении, при этом происходит усиленный выброс глюкокортикоидов в коре надпочечников. Значительное увеличение кортикостероидов в крови ведёт к гибели лимфоцитов, отвечающих за ответ организма на внедрение инородного фактора, снижается возможность образования антител и процессов фагоцитоза. Если стресс продолжается достаточно долго, надпочечники в конце концов будут истощены и возможно полное нарушение множества функций организма. Повышение уровней Т- и В-лимфоцитов свидетельствует о реакции иммунной системы на острый стресс.

УДК 616.895.1-616.895.6

Пшук Н. Г., Белов О. О.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)

Особенности инициального этапа эндогенных депрессивных расстройств у osób молодого віку

Депрессивні розлади є однією з центральних проблем сучасної психіатрії. Дослідження клініко-психопатологічної феноменології різних форм депресій є важливою складовою

Були досліджені клініко-психопатологічні особливості ініціального періоду 150 хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні у Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. акад. О. І. Ющенка протягом 2015—2016 років у зв'язку з депресивними розладами ендogenous характеру, зокрема з діагнозом «Біполярний розлад, поточний епізод депресії» (F31.3, F31.4) — 35 осіб, «Депресивний епізод» (F32.1, F32.2) — 33 осіб, «Рекурентний депресивний розлад» (F33.1, F33.2) — 82 осіб. Серед обстежених 58 чоловіків (38,7 %) та 92 жінок (61,3 %). Середній вік обстежених хворих склав $34,2 \pm 4,2$ роки (віковий діапазон — від 20 до 42 років), чоловіків — $33,4 \pm 3,9$ роки (віковий діапазон — від 22 до 41 роки), жінок — $34,7 \pm 4,4$ роки (віковий діапазон від 20 до 42 роки). 68,0 % обстежених проживають у міській місцевості, 32,0 % — у сільській.

Обстежені здебільшого (94,6 %) вказували на безпосередній зв'язок початку захворювання з психотравмуючою ситуацією: 88,6 % хворих на біполярний афективний розлад (БАР), 93,9 % хворих з депресивним епізодом (ДЕ) та 97,6 % хворих на рекурентний депресивний розлад (РДР). При цьому у 80,6 % хворих психоемоційний стрес, що ініціював розвиток захворювання, мав хронічний характер.

Середня тривалість захворювання від появи перших проявів до звернення за медичною допомогою склала $1,9 \pm 4,0$ роки, з суттєвими відмінностями за нозологіями: $1,9 \pm 4,3$ роки для БАР, $0,4 \pm 0,6$ роки для ДЕ та $2,6 \pm 4,5$ роки для РДР.