

Для нашого дослідження було обрано кветіапін, перевагою якого є широкий клініко-фармакологічний спектр: наявність антипсихотичного, антиманіакального, антидепресивного, анксиолітичного та седативного ефектів. За даними наукових публікацій, препарат здатен формувати швидке настання клінічного ефекту, що супроводжується високим профілем безпеки, та низьким, порівняно з іншими антипсихотичними засобами, спектром побічних проявів.

Програма дослідження клінічного ефекту кветіапіну виконана на 19 хворих жіночої статі, віком від 26 до 59 років, з різними типами епілептичних психозів, за винятком іктального типу. За МКХ-10 всі хворі на епілептичні психози, що брали участь в дослідженні, підпадали під рубрику F06 та приймали кветіапін в поєднанні з антиепілептичним препаратом. На початку дослідження та протягом усього лікування хворим проводили клініко-психопатологічні, лабораторні, нейровізуалізаційні, електрокардіографічне дослідження, контролювали глікемічний та ліпідний профіль плазми крові. Титрування починали з 25 мг на добу, максимальна добова доза складала 600 мг, мінімально ефективна — 200 мг на добу в два прийоми. Клініко-психопатологічно підтверджена стабілізація психічного стану реєструвалась на шостому тижні терапії і була характерна для 73,6 % хворих в нашому дослідженні.

Проведене дослідження показало, що більшість хворих (84,2 %) дали позитивний відгук на лікування та добре переносили терапію. Не було зареєстровано клінічно значимих побічних ефектів щодо вищих психічних функцій. Найпоширенішими побічними ефектами були седація (42,1 % хворих), сонливість (47,3 %), ортостатична гіпотензія (26,4 %), диспепсія (15,7 %), головний біль (21,1 %). Здебільшого, ці побічні ефекти фіксувались у хворих на початку лікування, залежали від дози препарату, редукувались в процесі корекції доз та уповільнення швидкості титрації. Один хворий (5,2 %) на епілептичний психоз припинив прийом препарату через виражену сумачію побічних ефектів та відсутність суттєвих позитивних змін в психічному стані протягом чотирьох тижнів терапії при прийомі 600 мг кветіапіну.

За результатами дослідження було зроблено такі висновки: обираючи чи інші антипсихотичні препарати, треба призначати засоби з мінімальною кількістю потенційних побічних ефектів, враховувати побічні реакції та токсичні впливи, призначати мінімально ефективні дози, суворо дотримуючись їх титрування, не перевищувати малі та середні добові дози, термін прийому антипсихотичних засобів не повинен перевищувати термін психозу, але бути мінімально достатнім.

УДК 614.2:[616.89:616.45-001.1/.3]:[355.292.3+314.745.22]

*Табачников С. І., Харченко Є. М., Осуховська О. С.,
Синицька Т. В., Чепурна А. М., Болтоносів С. В.
Український НДІ соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України (м. Київ)*

Особливості феноменологічної характеристики осіб, тимчасово переміщених з зони АТО, які страждають на посттравматичні психічні порушення, коморбідні із вживанням психоактивних речовин

Потужні негативні наслідки в суспільстві, зумовлені політичною та соціально-економічною ситуацією в Україні, обтяженою довгостроковим воєнним конфліктом на Сході, значно погіршили психофізіологічні аспекти здоров'я населення, що перебувало на окупованих територіях і отримало різного роду посттравматичні психічні порушення (ПТПП). Зокрема, деяка частина переселенців намагається знай-

ти вихід зі стану психологічних навантажень, вживаючи різного роду психоактивні речовини (ПАР), в результаті формується патогенна коморбідність, яка може призводити до ще більш тяжких наслідків для здоров'я.

Відповідно до мети роботи, 2016 року нами проведено дослідження 97 осіб (62 жінки та 35 чоловіків) в центрах для переселенців міст Одеси та Києва. В віковому плані переважала літня категорія осіб (36 років та старше — 63 %). За сімейним станом 62 % досліджених були неодружені; значна частина (23 %) перебували в цивільному шлюбі; як одиноки визначалися 39 %. Більшість досліджених мали дітей (58 %). Щодо освіти — 53 % респондентів мали спеціальну середню, частіше техніко-побутових напрямків; вищу (або неповну вищу) — 18 % досліджених.

В клінічному плані (згідно з МКХ-10) основну категорію становила група з F43 (реакція на тяжкий стрес та порушення адаптації), відповідно F43.1 (посттравматичний стресовий розлад) — 16,2 % осіб; F43.2 (розлади адаптації) — 70,2 %; F62.0 (хронічні зміни особистості після переживання катастрофи) — 4,1 %; F40 (тривожно-фобічний розлад) — 10,2 %; F45 (соматоформні розлади) — 7,3 % осіб.

Під час дослідження вживання ПАР обстеженими виявлено, що чоловіки вживали алкоголь частіше за жінок, відповідно 90,5 % та 84,6 %; тютюн палили 71,8 % осіб чоловічої статі та 45,6 % жіночої; вживали канабіноїди 18,7 % та 3,0 %, відповідно; психостимулятори — 12,5 % та 10,7 %; поєднані форми (частіше алкоголь з тютюнопалінням) було виявлено у 87,4 % чоловіків та 84,3 % жінок. Результати щодо вживання опіоїдів не можна вважати достовірними у зв'язку тим, що більшість респондентів не надали правдивої інформації. Мотивування до вживання ПАР у чоловіків частіше пояснювалось деяким позитивним впливом на погані настрої, самопочуття, переживання щодо вирішення життєвих проблем та ін. У жінок превалювало бажання заспокоїтись, зняти стрес, тривожність, поліпшити настрої, сон.

Дослідження рівня тривоги (опитувальник HADS, Zigmond A. S. та Snaithe R. P., 1983) у загальній кількості респондентів продемонструвало наявність її «субклінічного» рівня — 30,9 %; відповідно «клінічного» рівня — 60,8 %. Результати дослідження депресії продемонстрували наявність «клінічно вираженого» рівня у 37,2 % опитаних. При цьому, маючи на увазі високі показники «субклінічного» рівня (48,4 %), що в подальшому прогностично може трансформуватись в нозологічний (клінічний) стан, треба оцінювати загальну характеристику депресивного стану респондентів як загрози, в плані негативної динаміки.

Отже, отримана характеристика соціодемографічних, клініко-психопатологічних, патопсихологічних особливостей переселенців з зони АТО, що страждають на ПТПП, коморбідні з вживанням ПАР, може стати основою формування фахового діагностичного, лікувального та профілактичного напрямків цих розладів, з відповідною корекцією респондентів за гендерними ознаками.

УДК 616.895

*Токарева І. Л.
Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Якість виконання наукових досліджень в сучасній психоневрології

В теперішній час визначальним для споживачів у світі стало поняття якості. А якістю вихідного продукту можна і потрібно управляти, тобто вміти кількісно оцінювати та аналізувати показники, що впливають на кінцевий

результат. Одним із процесів Системи управління якістю в галузі охорони здоров'я, зокрема, є процес моніторингу, оцінювання, аналізу вимірювань та поліпшення кожного виду діяльності під час їх проведення.

Значно підвищились вимоги до технічної компетентності та спроможності наукових лабораторій виконувати дослідження, вимірювання на високому професійному і технічному рівні.

Під час виконання науково-дослідних та дисертаційних робіт (далі — НДР) важливо дотримуватись вимог організаційних технологій, ґрунтуючись на вимогах міжнародних стандартів серії ISO 9000, у яких одним із аспектів є метрологічне забезпечення. Основною метою метрологічного забезпечення є покращення якості проведення наукових досліджень.

Одним з результатів НДР, що виконуються в сфері забезпечення захисту життя та охорони здоров'я громадян, є одержання числових даних про організм людей і тварин, органів і тканин, біологічних проб, речовин і матеріалів тощо. Поняття «подання числових даних» включає характеристику числових даних і супутню інформацію, необхідну для відтворюваності, критичної оцінки або уточнення результатів досліджень і розрахунків.

Забезпечення належної якості проведення вимірювань під час виконання НДР — це установлення та застосування метрологічних норм і правил, а також розроблення та застосування технічних засобів, необхідних для досягнення потрібної точності вимірювань.

Метрологічна експертиза є складовою частиною комплексу цих робіт при виконанні НДР.

Якісні результати НДР — пріоритет наукової діяльності навчальних та наукових закладів, установ, їх підрозділів МОЗ України!

або розладом; коморбідність є кожним додатковим розладом чи захворюванням. Додатковий розлад може бути поведінковим чи психічним.

У більшості клінічних випадків коморбідність розглядають як спряженість двох чи більше хвороб (розладів) з адитивно-кумулятивним ефектом. Сюди відносять випадки етіологічної, ускладненої, ятрогенної та «арбітражної» коморбідності, при яких додаткове захворювання і є «посилювальним» фактором для основного (див. Gjisenetal, 2011).

Особливо часто таке трактування застосовують у психіатрії, зокрема під час оцінювання ризику виникнення і посилення «основного» захворювання при наявності коморбідного — (Jensen, 1975; J. H. Boyd et al., 1984; W. C. Sanderson et al., 1990; D. L. Robins et al., 1994; A. B. Smulevich, 1997; C. R. Cloninger et al., 2002). Класичні приклади: тривожний розлад і депресія, обсесивно-компульсивний розлад і обсесивна особистість, конверсійний розлад і гістрійна особистість.

Із практичного досвіду лікування (або спонтанного самовиліковування) при залежності (алкогольна, опійна та ін.) нам добре відомо, що наявність панічної атаки (або виразного генералізованого тривожного розладу) може мати наслідком *тривалу ремісію залежності або і повну зупинку аддиктивної поведінки*. На цьому базується, де-факто, будь-яка аверсивна терапія аддикцій. Важливо, щоб панічна атака або виразна тривога виникли під час зловживання.

У таких випадках маємо конкуруючу коморбідність, причому таку, коли спряжений розлад очевидно послаблює або і припиняє перебіг основного. Такі випадки ми пропонуємо визначати як контрморбідні (О. Фільц).

Ми також вважаємо, що випадки очевидної контрморбідності можуть бути з користю використовувані у лікуванні не лише психічних розладів, але й у медицині в цілому.

УДК 616.89-039.53

*Фільц О. О., Фітькало О. С., Лизак О. Л.,
Забор В. С., Костюченко Н. В.*
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького (м. Львів)

Проблеми контрморбідності

Сучасна медицина, і психіатрія зокрема, стоять на порозі перегляду класичних теоретичних нозологічних та нозографічних уявлень, успадкованих ще з початку ХХ століття (Aragma M., 2009; Фільц О., 2016).

Однією з «перехідних» концепцій є концепція коморбідності, широко дискутована як у теоретичному, так і практично-прикладному плані. (Jakovljević M., 2012).

Поняття коморбідності впровадив в медицину Alvan Feinstein 1970 року (Feinstein A., 1970) для описової характеристики всіх випадків, у яких пацієнти, що страждають на головне (індексне) захворювання, мають ознаки додаткового клінічно значимого стану.

Концепцію коморбідності Feinstein пропонував розглядати як окрему наукову дисципліну в рамках медицини. Концептуально виокремлюють транснозологічну (діагностовану — О. Фільц) і транссиндромальну коморбідність. Численні дискусії навколо проблеми коморбідності, включаючи і гостро критичні (напр. Maj M., 2005), вимагали випрацювання консенсусного і якомога широкого її визначення.

Відповідно до цього визначення, коморбідність в медицині є наявністю одного і більше додаткових захворювань або розладів, що трапляються одночасно (тобто, сумісні, спряжені або конкуруючі) з первинним захворюванням

УДК 616.895

Хмаин С.

*Харьковский национальный медицинский университет
(г. Харьков)*

Арт-терапевтическая рисуночная техника «звезда чувств» в комплексном лечении больных с рекуррентным депрессивным расстройством

Актуальность темы обусловлена трудностями понимания истинных причин собственных переживаний больными с депрессивным расстройством, а также предоставления возможности непосредственно углубленно работать с этими причинами как больному, так и психотерапевту.

Целью нашего исследования являлось выяснить влияние арт-терапевтической рисуночной техники «Звезда чувств» в комплексном лечении больных с рекуррентным депрессивным расстройством.

В данном исследовании были применены методы исследования: 1 — клинико-диагностический; 2 — шкала определения уровня ангедонии SHARPS; 3 — шкала депрессии и тревоги Гамильтона; 4 — шкала оценки качества жизни (модификация Н. А. Маруты); 5 — шкала определения уровня социального функционирования.

В исследовании принимали участие 40 пациентов — мужчин в возрасте 18—30 лет. В качестве арт-терапии была использована рисуночная техника «Звезда чувств». Сеансы проводили 1 раз в неделю по 2 часа.

Результаты исследования следующие: у 90 % больных снизился уровень ангедонии; у 70 % больных снизился уровень тревожности; у 75 % больных отмечалось улучшение настроения между сеансами; у 77 % больных увеличилась