досліджується, однак до сьогодні відсутні узагальнюючі дослідження, у яких було б вивчено залежність ризику виникнення суїцидальної поведінки від клінічної форми деменції, клініко-анатомічних, нейрофізіологічних, психопатологічних, гендерних особливостей. Крім того, відсутні розроблені заходи психосоціальної реабілітації для дементних хворих з суїцидальними проявами та заходи їх превенції.

Необхідність вивчення вказаних питань обгрунтовує актуальність нашого дослідження.

М.О. Овчаренко, Л.Л. Пінський, Ю.О. Євтушенко

НЕПАРАМЕТРИЧНІ КОРЕЛЯЦІЙНІ ЗВ'ЯЗКИ МІЖ ВМІСТОМ ПРОЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ ТА ІНТЕНСИВНІСТЮ ХЕМІЛЮМІНЕСЦЕНЦІЇ СИРОВАТКИ КРОВІ У ХВОРИХ НА ОПІОЇДНУ ЗАЛЕЖНІСТЬ

ДЗ «Луганський державний медичний університет», м. Рубіжне
lond-sever@ukr.net

Під наглядом перебували 109 хворих на опіоїдну залежність (ОЗ) – 84 чоловіків та 25 жінок у віці від 19 до 48 років, в тому числі 84 хворих із коморбідним хронічним гепатитом С (ХГС) (66 чоловіків та 18 жінок) у віці від 21 до 48 років, які перебували під спостереженням у Луганському обласному наркологічному диспансері (м. Лисичанськ) та Сватівській обласній психіатричній лікарні. Серед 84 хворих із поєднанням ОЗ і ХГС, гепатит мав малу активність у 51 пацієнта, помірну – у 33.

У хворих на ОЗ відмічається суттєве збільшення вмісту ФНП-альфа в сироватці крові в усі періоди захворювання, проте найбільша концентрація цього цитокіну має місце в ранньому абстинентному періоді (52,2±3,2 пг/мл) і знижується в пізньому абстинентному та періоді ремісії. У групі хворих на ОЗ із коморбідним ХГС виявлено вірогідне зростання концентрації ФНП-альфа в найбільшій мірі у пізньому абстинентному періоді (85,1±2,5 пг/мл), високі показники цього цитокіну зберігалися і в періоді ремісії (77,4±2,6 пг/мл). Найбільші дискримінантні властивості між групами хворих на ОЗ та ОЗ із ХГС мають показники ФНП-альфа в пізньому абстинентному періоді ($F=89,891$; $P<0,0001$) та періоді ремісії ($F=142,603$; $P<0,0001$), що свідчить про збереженість патогенетичного впливу прозапального цитокіну ФНП-альфа у хворих на ОЗ, поєднану із ХГС.

При оцінці кореляції сироваткового рівня ФНП-альфа із показниками перекис-індукованої ХЛ ми встановили, що помірна активність коморбідного хронічного гепатиту С, порівняно із малою його активністю, обумовлює більш значний вплив цього прозапального цитокіну на інтенсивність перекисного окиснення ліпідів і зсув балансу ПОЛ–АОЗ до активації ПОЛ в ранній ($R=+0,679$; $P<0,001$; $R=+0,525$; $P<0,002$ відповідно) та пізній абстиненції ($R=+0,821$; $P<0,001$; $R=+0,808$; $P<0,001$ відповідно).

При помірній активності коморбідного ХГС у хворих на ОЗ інтерлейкін-6 має найбільший вплив на зростання вмісту прооксидантних речовин у сироватці крові в ранній абстиненції ($R=+0,740$; $P<0,001$), зростання активності ПОЛ в ранній та пізній абстиненції ($R=+0,480$; $P<0,001$; $R=+0,724$; $P<0,001$ відповідно), вірогідний зсув балансу ПОЛ–АОЗ у бік активації ПОЛ в ранній ($R=+0,759$; $P<0,001$) та пізній абстиненції ($R=+0,801$; $P<0,0001$).

В.В. Огоренко

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА С ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепропетровск
ogorenkov@gmail.com

Проблемы ранней диагностики, лечения и реабилитации больных при онкологической патологии головного мозга остаются во многом не решенными. Известно, что формирование опухолей, локализующихся в головном мозге, сопровождается изменениями психического состояния пациентов. Психические расстройства (частота проявлений которых, по данным разных авторов, колеблется в пределах 40–100% случаев) зачастую становятся первыми проявлениями онкопатологии.

Цель исследования – изучение особенностей ранних психических расстройств у больных с опухолями головного мозга.

Материалы и методы. Обследовано 250 больных первичными злокачественными (ЗНО) и доброкачественными (ДНО) опухолями головного мозга. Отбор в исследуемую группу проводился на этапах консультирования, амбулаторного и стационарного обследования и лечения в предоперационном периоде до верификации диагноза.

В исследованную выборку вошли пациенты без преморбидного отягощения психическими расстройствами и расстройствами поведения, с отсутствием сопутствующих болезней нервной системы и соматических заболеваний, вызывающих раннее поражение нервной

системы, без нарушений сознания и признаков гипертензионно-дислокационного синдрома на начальном этапе клинико-диагностического мониторинга.

Результаты исследования. У всех больных, включенных в выборку, на начальном этапе диагностического процесса психические расстройства предшествовали либо сочетались с минимально выраженной неврологической симптоматикой, что послужило причиной увеличения продолжительности диагностического периода. Феноменологический анализ психических расстройств, диагностированных на этапах клинического мониторинга (до верификации диагноза), свидетельствует о более выраженной клинической гетерогенности и неоднозначности психопатологической симптоматики у больных с дебютом ЗНО в виде психических расстройств, по сравнению с группой ДНО: количество наблюдений психических расстройств у пациентов со злокачественными (n=126) и доброкачественными (n=124) новообразованиями мозга составило 227 и 186 наблюдений соответственно. При этом у 98% пациентов из выборки ЗНО на разных этапах диагностировано не менее двух вариантов психических нарушений, квалифицированных как «психическое расстройство», соответствующее рубрикам МКБ–10.

Анализ психопатологической симптоматики, послужившей причиной первичного обращения за помощью в изученной выборке больных доброкачественными новообразованиями головного мозга (ДНО), свидетельствует о преобладании на синдромальном и симптоматическом уровнях невротических состояний (астенического и ипохондрического) и непсихотических расстройств настроения (преимущественно депрессивных), а также изменений личности (98,31%). Именно содержанием психопатологических симптомов инициального периода объясняется тот факт, что в группе пациентов с доброкачественными новообразованиями головного мозга выявлен высокий процент самостоятельного первичного обращения за консультативной психотерапевтической и психиатрической помощью (67,29%). В последующем, до включения больных в исследуемую группу, 73,5% из них были направлены на консультацию психиатра врачами-интернистами. Анализ причин первичного обращения за помощью в изученной выборке больных злокачественными новообразованиями головного мозга (ЗНО) свидетельствует о преобладании на синдромальном и симптоматическом уровнях аффективных расстройств, а также изменений личности (76,7%). В отличие от группы больных ДНО, в которой выявлен высокий процент самостоятельного первичного обращения за консультативной психотерапевтической и психиатрической помощью, из пациентов с ЗНО в периоде до клинической манифестации только 22,46% обращались за помощью соответствующего профиля самостоятельно.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют, что спектр психопатологической симптоматики у больных с дебютом опухолевого процесса в виде психических расстройств достаточно широк и неоднозначен. Клинической гетерогенностью ранних психопатологических нарушений объясняется разнообразие, в некоторых случаях – противоречивость оценки вариантов психических расстройств, их трактовка на этапах диагностики, что, несомненно, влияет на продолжительность клинико-диагностического периода и своевременность оказания специализированной помощи.

В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна

ПОСТТРАВМАТИЧНИЙ СТРЕСОВИЙ РОЗЛАД ТА ПСИХОТИЧНІ ПРОЯВИ: ДИСКУСІЙНІ ПИТАННЯ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
therapy@undisspn.org.ua

Дані літератури вказують на дуже високий рівень коморбідності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) з іншими психічними захворюваннями – до 75% (Freeman et al., 2002). При взаємодії симптомів ПТСР і коморбідного розладу формуються складні симптомокомплекси та феноменологічні утворення. Досить часто в клінічній картині ПТСР спостерігають симптоми, притаманні ендогенним захворюванням (Breslau N., 2001; Sautter F. et al., 1999). Автори підкреслюють, що психотичні прояви найчастіше з'являються в клініці хронічного ПТСР і визначають його тяжчий перебіг, який можна зіставити з прогредієнтними формами шизофренії (Hamner M. et al., 2000). Проте досі немає єдиної думки щодо оцінки характеру взаємовідношення психотичної симптоматики та ПТСР.

Мета роботи – на основі аналізу сучасних даних літератури визначити особливості взаємозв'язку психотичних проявів та ПТСР.

Результати та їх обговорення. На сьогодні виділяють два методологічні підходи до визначення взаємовідношення ПТСР та розладів психотичного регістра. Перший розглядає стресорні симптоми як фактори, що провокують маніфестацію чи загострення психотичного розладу, насамперед шизофренію (Muenzenmaier K., 2005). Другий підхід передбачає виділення специфічних варіантів хронічного ПТСР із змінами як його типових проявів, так і симптомів коморбідного психотичного розладу (Sautter F.J. et al., 1999). Так, K. Jung (2001) запропонував поряд з «типовим ПТСР» виділяти його атипові форми, зокрема «ПТСР з психотичними симптомами». Задля кваліфікації такого клінічного варіанту ПТСР Lindley S.E. et al. (2000) навіть впровадили термін p-PTSD.

Вивчення проблеми поєднання шизофренії та ПТСР дозволило виділити три типи коморбідності: автономний, який проявляється відносно незалежним