

системи, без порушень свідомості та ознак гіпертензійно-дислокаційного синдрому на початковій стадії клініко-діагностичного моніторингу.

**Результати дослідження.** У всіх хворих, включених у вибірку, на початковій стадії діагностичного процесу психічні розлади передували або поєднувалися з мінімально вираженою неврологічною симптоматикою, що послужило причиною збільшення тривалості діагностичного періоду. Феноменологічний аналіз психічних розладів, діагностованих на етапах клінічного моніторингу (до верифікації діагнозу), свідчить про більш виражену клінічну гетерогенність та неоднозначність психопатологічної симптоматики у хворих з дебютом ЗНО в формі психічних розладів, порівняно з групою ДНО: кількість спостережень психічних розладів у пацієнтів з злоякісними (n=126) та доброякісними (n=124) новоутвореннями мозку становить 227 та 186 спостережень відповідно. При цьому у 98% пацієнтів з вибірки ЗНО на різних етапах діагностовано не менше двох варіантів психічних порушень, кваліфікованих як «психічне розлад», що відповідає рубрикам МКБ-10.

Аналіз психопатологічної симптоматики, послужившої причиною первинного звернення за допомогою в дослідженій вибірці хворих з доброякісними новоутвореннями головного мозку (ДНО), свідчить про перевагу на синдромальному та симптоматичному рівнях невротических станів (астеничного та іпохондричного) та непсихотических розладів настрою (переважно депресивних), а також

змін особистості (98,31%). Саме змістом психопатологічних симптомів початкового періоду пояснюється той факт, що в групі пацієнтів з доброякісними новоутвореннями головного мозку виявлено високий відсоток самостійного первинного звернення за консультативною психотерапевтичною та психіатричною допомогою (67,29%). В подальшому, до включення хворих у досліджувану групу, 73,5% з них були направлені на консультацію психіатра лікарями-інтерністами. Аналіз причин первинного звернення за допомогою в дослідженій вибірці хворих з злоякісними новоутвореннями головного мозку (ЗНО) свідчить про перевагу на синдромальному та симптоматичному рівнях афективних розладів, а також змін особистості (76,7%). Відмінність від групи хворих ДНО, в якій виявлено високий відсоток самостійного первинного звернення за консультативною психотерапевтичною та психіатричною допомогою, з пацієнтів з ЗНО в період до клінічної маніфестації тільки 22,46% зверталися за допомогою відповідного профілю самостійно.

Результати проведеного дослідження свідчать, що спектр психопатологічної симптоматики у хворих з дебютом опухольового процесу в формі психічних розладів достатньо широкий та неоднозначний. Клінічна гетерогенність ранніх психопатологічних порушень пояснюється різноманітністю, в деяких випадках – протиріччю оцінки варіантів психічних розладів, їх трактування на етапах діагностики, що, безсумнівно, впливає на тривалість клініко-діагностичного періоду та своєчасність надання спеціалізованої допомоги.

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 ендogenous захворюванням (Breslau N., 2001; Sautter F. et al., 1999). Автори підкреслюють, що психотичні прояви найчастіше з'являються в клініці хронічного ПТСР і визначають його тяжкий перебіг, який можна зіставити з прогресивними 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, К. Jung (2001) запропонував поряд з «типовим ПТСР» виділяти його атипівні 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

співвідношенням психотичних та стресорних проявів; синергічний – з утворенням загальних симптомів між психотичним та невротичним регістрами; синергічний – із розщеплюванням синдрому, при якому загальні симптоми виявляються на рівні лише деяких складових симптомокомплексів (Тухватуліна Л.Ш., 2004).

Аналіз взаємодії симптомів різних регістрів у структурі шизофренії та ПТСР в учасників бойових дій дозволив виявити подібні симптоми, зокрема нівелювання емоційних реакцій, яке може бути як проявом шизофренічного дефекту, так і наслідком емоційного заціпеніння в клінічній картині ПТСР. На фоні психотичних проявів у хворих на шизофренію також нерідко виникають симптоми ПТСР, а в структурі розладів шизофренічного спектра у військових зміст психотичних розладів може збігатися з тематикою постстресорних переживань (Opler L.A. et al., 2006).

M. Braakman (2013) взагалі виділяє новий психіатричний розлад – «психотичний ПТСР», який відрізняється

клінічною картиною і потребує специфічного лікування. Автор пропонує низку діагностичних критеріїв, які дозволяють диференціювати вказаний розлад від шизофренії. Наприклад, маячня та галюцинації при психотичному ПТСР майже ніколи не мають химерного характеру, навпаки, маячні ідеї завжди пов'язані із стресорними факторами. Крім того, у таких пацієнтів спостерігають утричі більше коморбідних психічних розладів, ніж у хворих на шизофренію. При «психотичному ПТСР» також рідко виявляють розлади абстрактного мислення та специфічні порушення мовлення. Запропоновані критерії, на думку автора, дозволяють у 90% випадків встановити коректний діагноз.

**Висновки.** Психотичний варіант ПТСР відрізняється складною психопатологічною структурою та тяжчим перебігом розладу. Наразі актуальним є питання розробки нових терапевтичних підходів до надання медико-соціальної допомоги пацієнтам з даною патологією.

О.В. Прохорова

### СИНДРОМ ВИКОНАВЧОЇ ДИСФУНКЦІЇ У СТРУКТУРІ СУБКОРТИКАЛЬНОЇ ІШЕМІЧНОЇ ДЕПРЕСІЇ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

МОЗ України, м. Київ

prokhorova3773@gmail.com

Зростання кількості людей похилого віку, а відповідно і поширеності захворювань, притаманних цій віковій категорії, а саме органічних психічних розладів на тлі цереброваскулярних захворювань (ЦВХ), безумовно має велике соціальне значення. У пацієнтів похилого віку цереброваскулярні хвороби мають високу коморбідність з депресивними розладами і є фактором предрисповищеності для їх розвитку (Вейн А.М., 2007). Залежно від етіопатогенетичного фактора депресію при ЦВХ можна умовно поділити на депресію при макроангіопатії (постінсультна) та при мікроангіопатії (субкортикальна ішемічна) (Левін О.С., 2013). Одним із патопсихологічних феноменів субкортикальної ішемічної депресії є розлади виконавчих, або керуючих функцій, які є відображенням розриву фронтостріарних шляхів (Mast B.T., 2004; Левада О.А., 2013).

**Метою дослідження** є виявлення особливостей та відмінностей афективних розладів у пацієнтів похилого віку з ЦВХ, а також виділення патопсихологічних феноменів, притаманних субкортикальній ішемічній депресії (СІД).

**Матеріали та методи дослідження.** Ми провели скринінг 115 пацієнтів з ЦВХ (коди стану за МКХ–10 I63.5, I63.8, I67.2, I67.4, G46). За критеріями включення/виключення було відібрано 98 осіб, з яких для подальшого аналізу використано дані 82 осіб, які були поділені на основну (ОГ) та контрольну групи (КГ). За результатами обстеження пацієнтів було умовно поділено на дві групи: ОГ1 – (ЦВХ з наявністю субкортикальних гіперінтенсивних вогнищ (СГВ) в ГМ за даними МРТ дослідження + F06.3) кількістю 26 осіб; ОГ2 – (ЦВХ з гострим пору-

шенням мозкового кровообігу (ГПМК) або остаточними явищами після перенесеного ГПМК + F06.3) кількістю 32 особи. У групу контролю (КГ) увійшли особи з ЦВХ без суттєвих ішемічних змін на МРТ головного мозку в субкортикальних зонах або корі, її кількість становила 24 особи.

Діагностичний алгоритм включав скринінгове тестування за допомогою самоопитувальника стану здоров'я Patient Health Questionnaire (PHQ-9) та, у разі отримання позитивного результату, використання тесту МОСА, госпітальної шкали тривоги і депресії HADS, тесту на семантичну та фонетичну пам'ять, тесту Струпа, тесту зв'язку символів (Trail Making Test (ТМТ-А та ТМТ-В)) та шкали якості життя SF-36.

**Висновки.** Обстеження пацієнтів з ЦВХ виявило, що тяжка депресія в ОГ2 була у 59,4% випадків, а у пацієнтів ОГ1 виявлялись депресивні розлади легкого ступеня – у 88,5% випадків, але більш виражений тривожний радикал з приводу свого стану здоров'я – у 88,1% пацієнтів. У КГ депресивні розлади виявлені у 63,5% пацієнтів. При дослідженні виконавчих функцій за допомогою ТМТ в частині А (динамічні параметри уваги та рівень її довільної регуляції, просторова орієнтація та зорово-моторна координація), та в частині В (розподілена увага, робоча пам'ять та виконавча функція) в ОГ1 у 91,6% пацієнтів спостерігали недостатність виконавчих функцій у вигляді більш вираженої брадифренії при виконанні ТМТ-В, ніж при виконанні ТМТ-А. В ОГ2 у 82,4% спостерігали пропорційне збільшення часу виконання як ТМТ-А, так і ТМТ-В, що свідчить про недостатність концентрації уваги. У пацієнтів КГ час