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 (Тухватулина 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 на 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 предиспозиції 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 порушенням 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 MOCA, госпітальної шкали тривоги і депресії HADS, тесту на семантичну та фонетичну пам'ять, тесту Струпа, тесту зв'язку символів (Trail Making Test (TMT-A та TMT-B)) 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 TMT 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 TMT-B, ніж при виконанні TMT-A. В ОГ2 у 82,4% спостерігали пропорційне збільшення часу виконання як TMT-A, так і TMT-B, що свідчить про недостатність концентрації уваги. У пацієнтів КГ час

виконання тесту зростав пропорційно у 53,6% обстежуваних. При оцінці показників тесту Струп 1 суттєвих міжгрупових відмінностей не виявлено. При виконанні другої та, особливо, третьої частини тесту Струпа пацієнти ОГ1 із завданням справлялись набагато гірше, ніж пацієнти ОГ2. Таким чином, ми спостерігаємо у пацієнтів ОГ1 порушення керуючих (виконавчих) функцій, порівняно з пацієнтами ОГ2, що є наслідком розриву фронтостріарних шляхів у результаті мікроангіопатії судин головного мозку.

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

ВИКОРИСТАННЯ ДИСКРИМІНАНТНОГО АНАЛІЗУ В СТВОРЕННІ АЛГОРИТМУ ПРОГНОЗУВАННЯ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

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

Метою роботи стало створення методу прогнозування розвитку адиктивної поведінки у осіб молодого віку. **Завданням роботи** було визначення діагностичної та прогностичної значущості комплексу психологічних ознак у підлітків щодо розвитку адикції. Для цього ми обстежили 127 учнів середніх шкіл та навчальних закладів I та II рівнів акредитації у віці від 12 до 18 років. Серед обстежених 89 підлітків не вживали наркотичних препаратів (1 група), а 38 (2 група) мали досвід вживання наркотичних речовин без ознак фізичної залежності.

Ми провели міжгруповий непараметричний аналіз Манна-Уітні та дискримінантний міжгруповий аналіз загального індексу спроможності підлітків щодо прийняття конструктивного рішення в стресових ситуаціях. При порівнянні показників загального індексу ми встановили, що в 2 групі – у осіб, які вживають наркотичні препарати, – цей індекс нижчий, ніж у 1 групі, в 1,3 раза (36,4±0,96 балів; 47,8±0,24 балів відповідно; P<0,001 за критерієм Манна-Уітні).

Встановлено, що вірогідні міжгрупові відмінності мають 8 з 10 ознак. Найбільше зниження конструктивності виходу із стресової ситуації для осіб, які мали досвід вживання наркотиків, проявлялося при спробі оточення підлітка свідомо його принизити – I_4 (F=35,20; P<0,0001), при відчутті фізичної небезпеки – I_{10} (F=32,70; P<0,001), при негативній оцінці підлітка особами протилежної статі – I_2 (F=30,70; P<0,001), при наявності тривалих внутрішньосімейних конфліктів – I_1 (F=29,24; P<0,001), при загрозі суттєвого погіршення стану здоров'я підлітка – I_5 (F=14,13; P<0,003), при можливій смерті близького родича – I_3 (F=13,99; P<0,004). Такі фактори, як погіршення матеріального становища та можлива зміна підлітком навчального закладу практично не мали дискримінантних властивостей між групами із та без вживання наркотичних препаратів.

Для верифікації зниження спроможності підлітків до конструктивного виходу із стресових ситуацій як предиктора адиктивної поведінки ми запропонували дискримінантне рівняння, яке включає чотири ознаки, що мають найбільші міжгрупові дискримінантні властивості.

$K1 = 2{,}8319*A+1{,}1924*B+0{,}4715*C+1{,}9716*D-12{,}7667;$

$K2 = 3{,}6949*A+1{,}8995*B+0{,}9239*C+2{,}8129*D-23{,}8943,$

де A – значення I_4; B – значення I_{10}; C – значення I_2; Д – значення I_1.

При перевищенні K_1 над K_2 прогнозують адиктивну поведінку підлітка.

Н.В. Чередніченко,[1-2] О.А. Левада [1]

ЗНАЧЕННЯ ПАРАМЕТРІВ ВИКЛИКАНОГО КОГНІТИВНОГО ПОТЕНЦІАЛУ P300 ДЛЯ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ОСНОВНИХ ЕТІОЛОГІЧНИХ ТИПІВ М'ЯКИХ НЕЙРОКОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ

ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України», м. Запоріжжя[1]
КЗ «Центральна лікарня Комунарського району», м. Запоріжжя[2]
cheredni-natalya@yandex.ua

Згідно з DSM–5, клінічний конструкт «м'який нейрокогнітивний розлад / mild neurocognitive disorder» (МНКР / MNCD) прийшов на зміну діагностичній категорії «м'яке когнітивне порушення / mild cognitive impairment (МКП / MCI). МНКР розглядають як проміжну стадію між нормальним когнітивним старінням та дементуючими процесами. Його поширеність серед людей похилого та старечого віку сягає близько 17,5%. Основними етіологічними типами МНКР є МНКР внаслідок хвороби Альцгеймера (МНКР-ХА) і МНКР внаслідок цереброваскулярного захворювання. Серед останніх найпоширенішим є субкортикальний судинний м'який нейрокогнітивний розлад (ССМНКР). Потенційна можливість запобігти прогресуванню МНКР в деменцію спонукає до вивчення їх патогенетичних механізмів та пошуку валідних параклінічних методів діагностики.