

когнитивних функцій, которое в некоторых случаях имитирует деменцию (так называемая псевдодеменция). При этом если когнитивные нарушения имеют вторичный характер по отношению к эмоциональным расстройствам, они регрессируют на фоне терапии антидепрессантами.

Для ранней диагностики прогрессирующих заболеваний головного мозга, которые могут приводить к деменции, очень важным является различение допустимых по возрасту изменений когнитивных функций и тех когнитивных симптомов, которые являются, безусловно, патологическими. С этой целью абсолютным необходимым является проведение нейропсихологического тестирования с количественной оценкой выраженности когнитивных расстройств.

Дальнейшее изучение ранней манифестации когнитивных и аффективных нарушений позволит оптимизировать оказание помощи данному контингенту пациентов, осуществив терапевтическое вмешательство на этапе еще возможного приостановления либо замедления патологического процесса.

УДК 616.89

Дзюба А. Н., Хаустова Е. А., Прохорова О. В.

Український науково-дослідницький інститут судової та соціальної психіатрії та наркології МЗ України (г. Київ)

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ СУБКОРТИКАЛЬНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

Актуальность исследования депрессий, коморбидных с сосудистой патологией головного мозга, объясняется рядом факторов. Цереброваскулярная патология является одной из самых ведущих проблем в здравоохранении. Депрессию диагностируют у 22—33 % госпитализированных больных, среди них 47 % больных — с сосудистым поражением головного мозга, что ухудшает течение основного заболевания, задерживает выздоровление и увеличивает смертность. Следует также учитывать, что депрессии серьезно влияют на адаптационные возможности пациента и качество жизни (С. Li и соавт., 2002; F. Creed и соавт., 2002). Решающим условием успешной медицинской помощи при депрессиях является своевременная диагностика.

Понятие субкортикальной ишемической депрессии (вазкулярной депрессии) основывается на выводах, что депрессия впервые возникает у пациентов в позднем возрасте (после 60 лет); она является вторичной по отношению к структурным повреждениям головного мозга, а в глубоких отделах белого вещества фронтальной области и скорлупы (Alexoroulis, J. Am. Ger. Soc., 2003, Krishnan, Biol. Psychiatry, 2004) отмечаются более высокие показатели интенсивности сигнала на структурной МРТ по сравнению с пациентами с началом депрессии в более раннем возрасте. Таким образом лица с факторами риска (атеросклероз, гипертония, диабет, гиперлипидемия и др.) имеют более высокий риск развития сосудистой депрессии в пожилом возрасте. Патология сосудов может привести к структурным изменениям в веществе головного мозга, в частности кортикостриальных путей, которые играют ведущую роль в регулировании настроения, что создает предпосылки для развития депрессии в позднем возрасте, которая характеризуется дефицитом в способности к планированию своих действий.

Существуют доказательства того, что количество перивентрикулярных очагов сопоставимо между группой пациентов с поздней и ранней депрессией, но количество очагов в белом веществе головного мозга значительно больше у пациентов с началом депрессии в более позднем возрасте. В исследованиях de Groot et al. было обследовано 1077 пожилых пациентов без деменции и обнаружено, что у лиц с подкорковыми гиперинтенсивными очагами в головном мозге, но расположенными не перивентрикулярно, а в белом веществе передних отделов головного мозга было более вероятно развитие поздней депрессии. Как известно, префронтальная область головного мозга — область мозга с максимальной плотностью D4-рецепторов. Префронтальная область и связанные с ней подкорковые структуры (головка хвостатого ядра, медиодорсальное ядро таламуса) формируют префронтальную систему, отвечающую за сложные когнитивные и поведенческие функции. Гиперинтенсивные очаги могут быть расположены в белом веществе передних отделов головного мозга, где проходят передние субкортикальные пути, соединяющие дорсолатеральную префронтальную зону коры и переднюю поясную извилину с базальными ганглиями.

Таким образом, диагноз сосудистой депрессии предполагает не только наличие, но и конкретную локализацию очагов гиперинтенсивной плотности. Четких различий между

депрессивными расстройствами в позднем возрасте и у более молодых пациентов нет, но по данным литературы среди пациентов с поздней депрессией отмечалась выраженная заторможенность или апатия.

УДК:616.123-007.64-089+616.89-008-07

Дзюба О. М., Хаустова О. О., Бушинська О. В., Тарновецька К. І. Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ)

ДЕПРЕСІЯ ЯК НАСЛІДОК КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ

Захворювання серцево-судинної системи супроводжуються психічними порушеннями (депресивні, невротичні розлади), як за даними наукової медичної літератури (Смулевич А. Б., 2011), так і за нашими власними дослідженнями. Депресивні розлади, що виникають у пацієнтів до і після операції, статистично достовірно підвищують ризик смерті після кардіохірургічного втручання: у пацієнтів з депресією летальність сягає 12,5 %, тоді як при відсутності депресії лише 2,2 %. Ці факти дають можливість стверджувати, що депресію можна розглядати як негативний предиктор відновного лікування, яка суттєво погіршує комплайнс до терапії серцево-судинної патології, знижуючи якість життя.

За умови інформованої згоди протягом двох років було обстежено 139 осіб: 78 пацієнтів кардіохірургічного профілю (чоловіків — 51, віком $48,6 \pm 8,3$; жінок — 27, віком $52,4 \pm 4,8$) до і після операції та контрольної групи — 61 особа (чоловіків — 30, віком $46,2 \pm 6,2$, жінок — 31, віком — $48,6 \pm 4,9$) з використанням госпітальної шкали тривоги та депресії HADS. Результати проведеного тестування показали таке. Рівень депресії як у чоловіків, так і у жінок кардіохірургічного профілю в порівнянні з контрольною групою посилюється: у чоловіків з 7,4 до 11,3 балів, а у жінок з 8,1 до 11,8 балів. При порівняльному гендерному аналізі у жінок спостерігається більш високий рівень депресії, ніж у чоловіків.

При первинному та вторинному обстеженні кардіохірургічних хворих нами виявлено посилення депресивного фону як у чоловіків так і у жінок, що пов'язане з оперативним втручанням. На нашу думку, оперативне втручання є важким стресовим фактором, який призводить до психічних розладів, внаслідок чого знижується соціальна адаптація прооперованих кардіохірургічних хворих. Для відновлення цих порушень вкрай необхідно розробляти і впроваджувати в практику кардіохірургічних центрів комплекс психотерапевтичної допомоги на всіх етапах реабілітації. Застосування запропонованого нами «Алгоритму психологічної інтервенції у комплексній курації кардіохірургічних хворих», який знаходиться на стадії промислово-дослідної перевірки, виявило чіткі позитивні тенденції в психічному стані та якості життя кардіохірургічних пацієнтів.

УДК:616.123-007.64-089+616.89-008-07

Дзюба О. М., Хаустова О. О., Бушинська О. В., Тарновецька К. І. Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології (м. Київ)

ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН У КАРДІОХІРУРГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ

Більше половини випадків захворювання серця, що призводять до оперативного втручання, пояснюються сьгодні психосоціальними і особистісними особливостями хворих, їх способом життя і поведінки, наявністю ситуації, що провокує хронічний психоемоційний стрес. Можливість хірургічного лікування ішемічної хвороби серця і використання психотерапевтичної допомоги дозволяють повернути працездатність багатьом пацієнтам, відновлюючи їх психоемоційний стан.

Протягом двох років нами було обстежено 139 осіб: 78 пацієнтів кардіохірургічного профілю (чоловіків — 51, віком $48,6 \pm 8,3$; жінок — 27, віком $52,4 \pm 4,8$) до і після операції та 61 особа контрольної групи (чоловіків — 30, віком $46,2 \pm 6,2$, жінок — 31, віком — $48,6 \pm 4,9$) за їх згодою з використанням шкали реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна.

За шкалою реактивної та особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна рівень особистісної тривожності у чоловіків збільшується з 40,4 до 44,7 балів, у жінок — з 40,6 до 40,7 балів; рівень реактивної тривожності посилюється з 39,7 до 45,7 балів у чоловіків, а у жінок — з 39,3 до 47,8 балів в порівнянні з контрольною групою.

Оперативне втручання є важким стресовим фактором, що призводить до психоемоційних розладів. При первинному та вторинному обстеженні кардіохірургічних хворих нами виявлено посилення особистісної та реактивної тривоги від помірної до високої, що свідчить про виражений психоемоційний стан пацієнтів, який потребує підвищеної уваги з боку не тільки лікарів-хірургів, але психіатрів і психотерапевтів для