

пациенти (23,4 %) активно жалюб депресивного спектра не пред'являли, но при прямом вопросу отмечали наличие грусти, пессимизма, исчезновения наслаждений, изменение интереса к окружающим, нарушение сна.

Психопатологическая картина обследованных больных характеризовалась наличием аффективных расстройств, личностных переживаний, когнитивных нарушений, соматических проявлений. Аффективные расстройства выявлялись у всех обследованных и проявлялись в виде снижения настроения, тревоги, чувства тоски, плаксивости, раздражительности, эмоциональной лабильности. Снижение настроения имело место у 100 % обследованных и, как правило, сопровождалось тревогой (66,6 %). Эмоциональная лабильность выявлялась у 86,6 %. Чувство тоски встречалось значительно реже — у 30 %. Личностные переживания характеризовались снижением уверенности в себе — у 83,3 %, обидчивостью — у 40 %, отсутствием перспектив в будущем — у 26,6 %. На первый план выступали соматовегетативный (83,3 %), астенический (76,6 %) и тревожный (66,6 %) синдромы.

Для оценки выраженности симптомов депрессии использовали шкалы Бека и Гамильтона. По данным опросника Бека показатели выраженности депрессии были в пределах от 11 до 18 и соответствовали уровню легкой (60 %) или умеренной (40 %) депрессии, суммарный средний балл составил 14. По данным шкалы Гамильтона показатели выраженности депрессии были в пределах от 8 до 18 и соответствовали уровню легкой (63,3 %) или умеренной (36,7 %) депрессии, суммарный средний балл составил 15.

При оценке когнитивных функций выявлено, что на первое место выступало нарушение внимания — у 80 %, психическая утомляемость — у 56,6 %, значительно реже встречалось снижение памяти — у 16,6 %.

Таким образом, в клинической картине ДЭ наряду с неврологическими симптомами и синдромами, когнитивными нарушениями важное место занимают психоэмоциональные нарушения, которые осложняют течение основного заболевания и могут привести к прогрессированию как сосудистой мозговой недостаточности, так и нарушений психических функций, развитию деменции. Своевременная диагностика и коррекция психоэмоциональных нарушений несомненно важна в комплексной терапии этой группы больных.

УДК 547.262-355.257.6:001.8

О. В. Бараненко, Н. М. Лісна

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Перспективи досліджень наслідків вживання алкоголю серед учасників АТО та постраждалого населення

Необхідність розв'язання проблем реабілітації учасників АТО нині є одним з найбільш значущих питань, як для системи охорони здоров'я, так і для українського суспільства взагалі. Багатогранність завдань медичної реабілітації постраждалих в АТО потребує ефективного функціонування цієї системи як самостійного напряму клінічної та соціальної медицини. При цьому питання, які має вирішувати медицина, — проблема щонайменше найближчих десятиліть.

Фахівці вважають, що у разі недостатнього лікування з часом післявоєнні симптоми не просто повертаються, а й навіть посилюються. Так, у 1970-х роках у США було

доведено, що у 25 % учасників бойових дій, які не мали каліцтва, згодом загострилися різні психічні та психологічні порушення, а серед поранених і покалічених таких було 42 %, до 100 тис. ветеранів у різний час наклали на себе руки, а від 35 до 45 тис. донині ведуть замкнутий спосіб життя. Після війни у В'єтнамі Сполучені Штати Америки втратили людей значно більше, ніж під час бойових дій (через алкоголізм, наркоманію, самогубства, криміналізацію колишніх військових).

Єдиним шляхом мінімізації подібних наслідків може бути як можна рання і повна мультидисциплінарна комплексна медико-психологічна та реабілітаційна допомога як безпосередньо учасникам АТО, так і особам, що постраждали внаслідок бойових дій. Однією з частин цієї комплексної допомоги повинна бути й наркологічна її складова, в тому числі щодо вживання та зловживання алкоголем.

Звісно, що суспільні кризові ситуації, до яких у першу чергу належать бойові дії, призводять до «спалаху» негативних явищ, в тому числі і зловживання психоактивними речовинами. Підґрунтям цього є бажання постраждалої людини подолати дистрес за рахунок певної адаптивної (транквілізуючої) дії психоактивних речовин. Особливо це стосується алкоголю, як найпоширенішого та легального «рекреаційного наркотику». Але через певний час на перший план виходять негативні наслідки зловживання алкоголем та формування залежності, що, у свою чергу, стає додатковим фактором дистресу.

Дослідження, проведені раніше у відділах наркології ДУ ІНПН НАМН, довели наявність особливостей формування та перебігу станів алкогольної залежності на фоні психотравмуючої ситуації, але до цього часу вітчизняна медицина не стикалася із наслідками повномасштабних бойових дій. До того ж, у сучасних умовах, за рахунок необмеженого доступу до Інтернет-простору, виникає «інформаційна» складова війни, тобто спроби деморалізувати населення, нав'язати йому хибну точку зору. Подібне може спричинити певні стресові розлади навіть у тих, хто не страждає безпосередньо від бойових дій.

Тому ми плануємо провести дослідження, спрямоване на визначення адаптогенних та патогенних ефектів алкоголю в умовах «гібридної війни». Метою дослідження буде розроблення заходів мінімізації шкідливих наслідків вживання алкоголю в учасників АТО та постраждалого населення. Для цього буде проведено ретроспективне комплексне оцінювання алкогольних уподобань; визначення рівня та стилю споживання алкоголю серед даного контингенту осіб; досліджено психопатологічні наслідки психотравмуючої ситуації, якість життя та їх взаємозв'язок із вживанням алкоголю. На ґрунті отриманих даних буде створено адаптивну тактику щодо профілактики шкідливих наслідків вживання алкоголю шляхом корекції рівня та стилю його споживання, а також психофармакологічні, психотерапевтичні та психокорекційні заходи для досягнення даної мети.

УДК:616.895.8-055.2:615.851

В. В. Баскіна

Одеський національний медичний університет, м. Одеса
**Оптимізація сімейного функціонування жінок
після перенесеного психотичного епізоду**

Значення психосоціального впливу сім'ї на перебіг шизофренічного психозу і на соціальну адаптацію хворих на шизофренію — безперечне. При цьому внутрішньо-

сімейні чинники можуть надавати як негативний вплив на перебіг шизофренії та соціальну адаптацію хворих при неправильному сприйнятті хвороби і хворого родичами, що сприяє черговому рецидиву, так і надавати вплив шляхом формування соціальної підтримки, тобто форми допомоги в подоланні (копінг) у відповідь на вимоги, пропонувані оточенням індивідууму, що позитивно відбивається на адаптації пацієнта.

Мета дослідження: на ґрунті системного підходу вивчити закономірності формування порушень сімейного функціонування у жінок після перенесеного психотичного епізоду та розробити комплексну систему їх психокорекції. Вивчити особливості психоемоційного стану жінок після перенесеного психотичного епізоду.

В результаті дослідження встановлено, що реальна вітчизняна клінічна практика не повною мірою відповідає міжнародним рекомендаціям з проведення підтримуючої протирецидивної терапії, здійснюваної після першого психотичного епізоду. Це свідчить про необхідність подальшого вдосконалення психіатричної допомоги цієї категорії пацієнтів.

Прийнято звинувачувати пацієнта в припиненні лікування всупереч рекомендації лікаря. Пацієнти не завжди діють неправильно, намагаючись ввести поправку на побічні ефекти або мінімізувати стигму, підбираючи дози або час прийому ліків. Не більше ніж 50 % пацієнтів повідомляють лікарю, що перервали лікування через страх, недовіру або сором обговорювати такі побічні ефекти як збільшення маси тіла або сексуальні проблеми. Більше ніж 70 % пацієнтів описують збільшення маси тіла як сумну подію, що переносять важче, ніж інший побічний ефект. Ожиріння вдвічі підвищує ризик недотримання режиму лікування, особливо у молодих дівчат. Статеві розлади — значиме джерело дистресу і зниження якості життя пацієнтів: 40 % молодих чоловіків і 15 % жінок зізналися в тому, що припинили лікування через них. При цьому 75 % ніколи не обговорювали сексуальні питання з психіатрами.

Лікування хворих, яке проходить в клініках первинного психотичного епізоду, ґрунтується на комплексному підході, який передбачає єдність психофармакотерапії і різних методів психосоціального лікування та психосоціальної реабілітації. Допомога здійснюється поліпрофесійною бригадою фахівців (за участю психіатра, психолога, психотерапевта, соціального працівника, середнього та молодшого медичного персоналу), кожен з яких має свої завдання, скоординовані з іншими членами команди.

УДК 616.45-001.1/.3-055.2:616.133.211

О. А. Варібрус

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків*

Особливості переживання стресу жінками з захворюваннями щитовидної залози

Головною особливістю ендокринних захворювань є порушення продукції гормонів, які регулюють різноманітні фізіологічні процеси та підтримують гомеостаз в організмі людини. Щитовидна залоза (ЩЗ) виробляє тиреоїдні гормони, які відповідають за швидкість перебігу метаболічних процесів, фізичну та розумову активність, сон, масу тіла, роботу серцево-судинної, шлунково-кишкової, дихальної систем, впливають на репродуктивну функцію.

Гіпофункція ЩЗ обумовлює нестачу тиреоїдних гормонів та розвиток синдрому гіпотиреозу, тоді як гіперфункція навпаки характеризується їх надмірною продукцією з формуванням стану тиреотоксикозу.

Поширеність гіпотиреозу в Україні становить 22,1, тиреотоксикозу 13,6 на 100 тис. населення. Захворюваність на патологію ЩЗ більшою мірою притаманна жінкам та збільшується з віком.

Найчастішою причиною розвитку гіпотиреозу стає аутоімунний тиреоїдит, менше — стани після оперативного лікування ЩЗ, що супроводжуються її резекцією чи видаленням, а також лікування радіоактивний йодом. Розвиток гіпертиреозу може бути спричинений наявністю дифузного та вузлового токсичного зобу, тиреотоксичної аденони.

Гіпо- та гіпертиреоз обумовлюють зміни не лише у соматичній сфері, але і відображаються на психічному функціонуванні. Психіатричними масками гіпотиреозу є астено-депресивні стани, когнітивні розлади, тиреотоксикозу — тривожні та тривожно-депресивні синдроми.

Зміни у психічному стані при захворюваннях ЩЗ є облігатними симптомами перебігу хвороби, що робить вивчення медико-психологічних аспектів не менш важливими, ніж соматична терапія.

Жінки з гіпо- та гіперфункцією ЩЗ переживають стрес внаслідок:

- соматичного дискомфорту — неприємних фізичних відчуттів, що є сигналом організменного неблагополуччя;
- суб'єктивного відчуття змін у психічній сфері — сповільнення темпу психічних процесів, загальмованість, зниження настрою, пасивність, астения при гіпотиреозі, та невражливості, емоційна лабільність, висока тривожність — при гіпертиреозі;
- необхідності корекції життєвих планів у зв'язку з хворобою, що обумовлено наслідками захворювання та потребою у лікуванні;
- зміни психосоціального статусу через зниження працездатності, включеності у соціальну взаємодію;
- виникнення напруження у міжособистісних стосунках на тлі психоемоційних зрушень.

Високий рівень стресу у пацієнок з ендокринною патологією вказує на необхідність надання їм медико-психологічної допомоги. Напрямами психологічних інтервенцій мають бути мотивація на лікування та прихильність до терапії, навчання навикам саморегуляції психічного стану, формування критичності до психічних симптомів хвороби як нозологічно асоційованих, фасилітація ресурсного потенціалу пацієнтів, психокорекція неадаптивних форм реагування та поведінки.

УДК 616.89-008.441.44:613.816:616-073.97

О. О. Васильєва

*«Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Комплексна оцінка неврологічних та енцефалографічних порушень у хворих з проявами аутодеструктивної поведінки (суїцидальні наміри) на фоні синдрому залежності від алкоголю

Сьогодні з своїми небезпечними екзогенними великомасштабними подіями (екзогенні катастрофи і соціально-воєнні конфлікти) та загрозливими подіями на місцевому рівні (агресія у сім'ї, несприятлива обстановка на роботі, скоєння різних злочинів щодо особистості та інше) чинить психотравмуючий вплив на стан здоров'я