

ознакою: 89 чоловіків склали групу один (Г1), а 78 жінок — групу два (Г2). Умови проведення роботи відповідають загальноприйнятим нормам моралі, вимогам дотримання прав, інтересів особистості учасників дослідження. Хворі та їхні родичі були поінформовані про тему, мету, та методи даного дослідження.

Хворі на параноїдну форму шизофренії чоловіки, в порівнянні з жінками, виявляли зниження гостроти емоційного реагування, виразності мімічних реакцій, модулювання емоцій, багатства комунікативної жестикуляції, а також недостатність інтересу, залучення та ефективної участі в життєвих подіях. Серед негативних синдромів у досліджуваних з обох груп рівномірно переважали усі негативні прояви сплосчення афекту, емоційна відгородженість, пасивно-апатичний соціальний відхід, стереотипність мислення.

Серед загальнопсихопатологічних симптомів для жінок більш характерні тривожність, соматична збентеженість, почуття провини, пов'язане з тривогою, манерність, дезорієнтованість. Чоловікам більш властиве порушення мислення, його стереотипність та незвичність змісту.

Отже, в клінічних проявах параноїдної шизофренії для жінок є більш характерними афективні порушення, для чоловіків більш властиві розлади мислення.

УДК 616.45-001.1/3-003.96-006

І. Р. Мухаровська^{1, 2}, М. В. Маркова¹

¹*Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків;*

²*Київський міський клінічний онкологічний центр, м. Київ*

Особливості нозогенно обумовленого стресу та психоадаптивний потенціал пацієнтів онкологічного профілю

Онкологічний діагноз — це потужний стресогенний чинник, що спричиняє глибокі психічні зрушення на емоційному, когнітивному та поведінковому рівнях функціонування особистості. Результуюча адаптації пацієнта онкологічного профілю залежить від багатьох чинників, які умовно можна поділити на персональні, нозогенні, психосоціальні, організаційні.

Яким чином пацієнт відреагує на стрес — безумовно, буде залежати від особливостей самого індивіда, а саме — співвідношення адаптивних та дезадаптивних рис характеру, індивідуального стилю копінгю, загального рівня стресостійкості, життєвого досвіду та успішності подолання попередніх психотравмуючих подій — це персональний чинник.

Нозогенний блок описує біологічні характеристики захворювання — тип перебігу, вираженість соматичного дистресу, тяжкість лікування, ускладнення та прогноз хвороби. В цьому сенсі особливістю онкологічних хвороб є їх прогресуючий перебіг та загроза для життя, високий рівень фізичного дискомфорту, в тому числі і у зв'язку з лікуванням. Таким чином, онкопатологію вирізняє інтенсивний нозогенний стрес, що додатково посилюється соціальною стигматизацією — стійким уявленням про причетність онкологічного хворого.

Психосоціальний компонент відображає соціальний статус та пов'язаний з ним зовнішній психологічний ресурс пацієнта — наявність сторонньої підтримки і можливості заміщення тимчасових чи стійко втрачених функцій. Це обумовлює погляд на сім'ю та близьких хворого як невід'ємних учасників лікувального процесу та суб'єктів

психологічної допомоги, нарівні з пацієнтами на кількох етапах терапії — в кризові періоди рецидиву, переходу на паліативне лікування, коли оточуючі самі переживають сильний натиск стресу.

За допомогою організаційного чинника регулюються питання надання медико-психологічної допомоги хворим онкологічного профілю: укомплектованість спеціалістами, проходження психологами відповідної фахової підготовки та підвищення кваліфікації, наявність приміщень для проведення індивідуальних та групових психологічних заходів, взаємодія медичної, психологічної та психіатричної служб, загальні та локальні протоколи і стандарти медико-психологічної допомоги, документація та звітність.

Вищеназвані чинники формують психоадаптивний потенціал, характеристиками якого є інтегративність, вимірюваність, можливість модульно впливати на його зміну, оцінювати ефективність проведених медико-психологічних заходів.

Варто зауважити, що незважаючи на широкий спектр проблем, пов'язаних з психічним здоров'ям у онкологічній клініці, ініціативи щодо медико-психологічної допомоги в цілому залишаються локальними, розрізненими та ситуативними. На сьогодні клінічна практика потребує визначення єдиної стратегії та створення моделі надання медико-психологічної допомоги пацієнтам онкологічного профілю, розроблення гнучких алгоритмів та протоколів, стандартів, що регулюють роботу психологічної служби.

УДК 616.89-008.441.13:616.895.4-07

Н. Ю. Напрєєнко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Походження та клінічні варіанти депресій при алкогольній залежності

До найпоширеніших психічних порушень у хворих із алкогольною залежністю (АЗ) відносять депресивні розлади (ДР). Наявність ДР при АЗ часто зумовлює актуалізацію патологічного потягу до алкоголю, що є рецидивонебезпечною ситуацією і значною мірою зумовлює зниження якості та тривалості ремісії.

Комплексне обстеження 160 таких хворих показало, що ДР при АЗ є гетерогенною групою афективної патології. В цілому подібні депресії можна поділити на психогенні (106 пацієнтів — 66,3 %), ендогенні (18 — 11,3 %), органічні (36 — 22,4 %) та змішані. Серед причин їх виникнення велику питому вагу мають соціально-психологічні чинники. З одного боку, в таких осіб наявне усвідомлення необхідності докорінної зміни стилю життя, стереотипів, манери поведінки. З другого боку, хворі не спроможні адекватно контролювати власні емоції, реагувати на стресогенні ситуації повсякденного життя без вживання алкоголю. Внаслідок цього у пацієнтів розвивається соціальна дезадаптація, збільшується ризик аутоагресивної поведінки, знижується ефективність лікувальних та реабілітаційних заходів. При цьому формується замкнене коло: зловживання алкоголем спричиняє емоційні порушення, які, в свою чергу, ведуть до посилення алкоголізації. Поглиблення преморбідних тенденцій до депресивного реагування на несприятливі чинники внаслідок соматичних, цереброорганічних і соціальних ускладнень залежності, небажання визнати себе хворими, некритичність, неможливість усвідомити негативний вплив наслідків вживання алкоголю на соціальні відносини, відсутність

настанови на одужання можна розглядати як основні об'єкти впливу психотерапії.

У більшості пацієнтів симптоми депресії «маскуються» астенічними, іпохондричними та соматовегетативними порушеннями: зниження працездатності — у 135 (84,4 %) осіб, надмірна дратівливість — у 119 (74,4 %), швидка втомлюваність — у 114 (71,3 %), порушення сну — у 83 (51,9 %), неприємні внутрішні відчуття — у 47 (29,4 %) обстежених. Але прояви депресії в них завжди виявляються за допомогою тестування за шкалою Гамільтона. Встановлені такі клінічні варіанти депресивних станів: 1) іпохондричний — у 68 (42,5 %) пацієнтів; 2) астенічний — у 33 (20,6 %); 3) тривожно-депресивний — у 31 (19,4 %); 4) дисфоричний — у 14 (8,8 %); 5) простий — у 7 (4,35 %); 6) апатичний — у 7 (4,35 %) хворих. Спільними рисами всіх цих форм ДР є некритичне сприйняття хворими власного депресивного стану, мала виразність почуття провини із прагненням звинувачувати у своїх проблемах оточуючих, наявність інтенсивних короткотривалих або затяжних психопатоподібних реакцій, невідповідність між значною виразністю іпохондричних та астенічних проявів та помірною виразністю наявних соматичних та цереброорганічних порушень. У 78 (48,8 %) пацієнтів існує тенденція до затяжного перебігу недуги з частими епізодами посилення депресивної симптоматики, спровокованими психотравматичними обставинами та/або погіршенням соматичного стану, що супроводжується актуалізацією посилення потягу до алкоголю. Характерна терапевтична резистентність при застосуванні стандартного лікування.

Вивчення причин, закономірностей формування та клінічної структури депресій при АЗ дозволить оптимізувати диференційовану систему лікувально-реабілітаційної допомоги цим хворим.

УДК 616.89-008.441.13-082 (477)

О. К. Напрєєнко, Н. Ю. Напрєєнко
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця, м. Київ

Вдосконалення викладання психіатрії та наркології у вищих навчальних медичних (фармакологічних) закладах — важливий фактор підвищення рівня медичної допомоги населенню України

Основним завданням вищої медичної школи є підготовка лікарів загальної профілю з можливою в подальшому вузькою спеціалізацією, в тому числі з психіатрії. Однак, надзвичайна поширеність психічних, психосоматичних і соматопсихічних розладів, потреба у «виведенні» значної частки психіатричної допомоги за межі спеціалізованих психіатричних установ зумовлюють необхідність підвищення мотивації майбутніх лікарів до більш поглибленого вивчення психіатрії, наркології та медичної психології та відповідного вдосконалення навчально-методичного процесу.

Аналіз досвіду вітчизняних та зарубіжних освітян дозволив нам запропонувати поняття «історичної послідовності викладання», в якому можливо виокремити як найменше два аспекти: 1) збереження та системне розвинення різними поколіннями співробітників кафедри тієї науково-педагогічної школи, яка історично склалася в даному навчальному підрозділі та 2) послідовне вдосконалення навчально-методичного процесу шляхом впровадження в нього найсучасніших наукових положень різноманітних рівнів знань, від філософських

і соціально-психологічних до молекулярно-біологічних. Другою складовою вдосконалення викладання нейронаук є «інтеграція», яка має два напрямки: 1) їх інтеграція, по-перше, з базовими науками, що викладаються в навчальних медичних закладах, й, по-друге, з усіма без винятку галузями клінічної медицини; 2) неодмінною потребою модернізації роботи навчального закладу є активна інтеграція в міжнародні системи організації навчального процесу. Надзвичайно актуальним стало впровадження в навчальний процес кафедри тематики, пов'язаної з наданням психолого-психіатричної допомоги при катастрофах, а також комбатантам, вимушеним переселенцям і мирним мешканцям, які постраждали у зв'язку зі збройними та мирними протистояннями. В плані міжнародної інтеграції — в процесі реалізації проекту TACIS під егідою Європейського Союзу та керівництвом міжнародних експертів нами створено (2006), а потім переглянуто та доповнено (2012) Медичний стандарт допомоги населенню при депресіях без соматичного синдрому та з соматичним синдромом. Відповідно затверджені підготовлені в співавторстві подібний Уніфікований клінічний протокол і Адаптовані клінічні рекомендації. Вони також використовуються при викладанні, оскільки саме депресія є найбільш поширеною психопатологією у пацієнтів із соматичними та психосоматичними розладами, яких лікують лікарі-інтерністи. Однозначно позитивним є те, що у вищих навчальних закладах України було введено Європейську кредитно-трансферну систему та низку її ключових документів, впроваджуються сучасні навчально-технічні підходи обміну інформацією між керівництвом закладу, адміністративними підрозділами, кафедрами і кінцевим споживачем навчально-методичної інформації — студентом (система АСУ «Електронний деканат» та ін.).

Вищезазначені напрямки вдосконалення викладання сприяють підвищенню рівня медичної допомоги населенню України.

УДК 616.831-001.37-07

А. С. Новак
Харьковский национальный
медицинский университет, г. Харьков
**Новое в диагностике
легкой черепно-мозговой травмы**

В настоящее время проблема черепно-мозговой травмы (ЧМТ) имеет большое медико-социальное значение, особенно это актуально для Украины, на востоке которой ведутся военные действия. Во всем мире приобретает актуальность изучение наиболее распространенного вида ЧМТ — легкой ЧМТ, составляющей до 80—85 % всех пациентов с ЧМТ.

В настоящее время довольно хорошо изучен патогенетический «повреждающий» каскад при ЧМТ, к которому относится патологически повышенное свободнорадикальное окисление, глутаматная эксайтотоксичность, нарушение пула макро- и микроэлементов, каспаз, повреждающих цитокинов, стресс-гормона кортизола.

Наше внимание привлекло изучение антистрессовых, адаптационно-репаративных процессов. В последнее время считают, что эндогенную, антистрессовую защитную активность обеспечивают такие фундаментальные биологические процессы, как нейротрофичность, нейропротекция, нейропластичность и ангиогенез.