

у 31 (24,6 %) — в підлітковому віці. Дебют у дитинстві порівняно з підлітковим віком характеризувався більшою кількістю епізодів на рік ($t = 5,46, p < 0,01$).

Вживання психоактивних речовин може передувати початку біполярного розладу. Найбільш поширеною психоактивною речовиною є канабіс. Серед групи пацієнтів, які вживали канабіноїди, середня кількість маніакальних, гіпоманіакальних та депресивних епізодів на рік була більшою, ніж в групі пацієнтів, які їх не вживали ($t = 5,65, p < 0,01$).

Ранній початок захворювання корелював із сімейною обтяженістю біполярним афективним розладом. Багатофакторне моделювання підтверджує гіпотезу, що погана функціональна, але не симптоматична, ремісія пов'язана не з важкістю симптомів захворювання, а з початком біполярного розладу у молодому, особливо в дитячому віці, та з обтяженим сімейним анамнезом. Сімейний анамнез найчастіше був обтяжений у пацієнтів з початком захворювання в дитинстві, також в групі пацієнтів з початком захворювання у віці 15—25 років ($t = 5,35, p < 0,01$).

При маніфесті захворювання у підлітковому віці перебіг хвороби не мав відмінностей від перебігу при маніфесті в дорослому віці — ані за кількістю епізодів на рік, кількістю спроб самогубства, ані за кількістю місяців загострення та частотою госпіталізації, ані за кількістю супутніх захворювань ($t = 1,26, p > 0,05$).

Неповні функціональні ремісії також частіше спостерігались у хворих, в яких захворювання дебютувало в молодому, особливо у дитячому віці ($t = 2,31, p < 0,01$).

Отже, вік початку захворювання і факт вживання канабіноїдів можуть бути використані як прогностичні маркери перебігу біполярного афективного розладу в клінічній практиці.

УДК 616.89-008.454-02:616.895.8-036.8]-092-07-08

Сінча К. А.

*Запорізький державний медичний університет
(м. Запоріжжя)*

Основні результати дослідження негативної постманіфестної симптоматики депресивного спектра при шизофренії

Проблеми шизофренії і шизоформних розладів є одними з найбільш актуальних в психіатричній практиці. У хворих на шизофренію часто відзначаються різні порушення афективної сфери, відмінні від діагностично облігатних нозоспецифічних ознак типу емоційного сплюснення, дефіцитарності, тимчасового компонента дефекту або тимопатичних ремісій. Найчастіше у хворих на шизофренію діагностуються явища депресивного спектра, що знижує якість їхнього життя, перешкоджає відновленню соціального функціонування, поглиблює стигматизацію і підвищує ризик суїцидогенезу.

На практиці весь спектр афективних порушень негативного знаку у хворих на шизофренію в постпсихотичному періоді нерідко відносять до рубрики постшизофренічної депресії, яка описується як депресивний епізод, що розвивається після і внаслідок шуба. Однак прояви депресивного спектра здебільшого виявляються не тільки в постпсихотичному періоді, а й протягом маніфесту, або навіть передують дебюту, і не вкладається в критерії діагностичної рубрики F20.4.

Зовнішня схожість депресивної семіотики з негативною патоафективною симптоматикою шизофренії зумовлює потребу проведення складної диференціальної діагностики для визначення стану емоційної складової або рівня

і характеру її ураження. Діагностика ускладнюється через велику поширеність серед хворих на шизофренію алекситимії, ангедонії, дисфорії і розладів тривожно-анксіозного, іпохондричного і психосенсорного кіл. В актуальному клінічному дискурсі все патоафективні прояви, які не є чисто депресивними, визначаються як «парадепресивні» (ПДС).

Мета дослідження: на підставі аналізу клініко-психопатологічної семіотики і структури депресивних проявів і парадепресивних станів (ПДС) у хворих на шизофренію визначити їх патогенетичні механізми та типологію і розробити неконгруентні підходи до їх корекції.

На базі КУ «Обласна клінічна психіатрична лікарня» м. Запоріжжя в умовах інформованої згоди і з дотриманням принципів біоетики було обстежено 137 хворих, серед яких основну групу (ОГ) склали 107 хворих на шизофренію. Групу порівняння (ГС) склали 30 хворих з шизоафективним порушенням змішаного типу з переважанням депресивних проявів в структурі поточного епізоду. На підставі проведеного комплексного клініко-психопатологічного дослідження та аналізу семіотики і структури депресивних проявів і ПДС у хворих на шизофренію встановлено їх клінічна та патогенетична різноманітність, що дозволило скласти цілісне уявлення про складну структуру патоафективних порушень негативного знаку при цій патології. Виявлені особистісні характеристики і варіанти профілю особистості хворих на шизофренію з депресивними проявами і ПДС дозволили розробити диференційовані підходи до терапевтичних і психокорекційних впливів та патоперсоналогічні і психогенні предиктори розладів патоафективного спектра у цій категорії хворих.

Розроблена система терапії включала два основні напрямки: фармакотерапію і психотерапію, які базувались на засадах комплексності, багатовекторності та персоналізованості. При наявності ПДС у хворих на шизофренію фармакотерапію переглядали у бік вибору нейролептичних препаратів із антидепресивним та активуючим ефектами. При наявності виразної депресії до терапії додавали антидепресанти, перевага віддавалася антидепресантам із збалансованою або седативною дією.

УДК 616.895.4:616-053.5:616.7

Стрельнікова І. М.

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Досвід надання антипсихотичної допомоги жінкам, хворим на епілепсію, що ускладнилась психотичними розладами

В останній час проблематиці епілептичних психозів приділяється все більше уваги, зважаючи на те, що хворі з цією патологією доволі часто перебувають на стаціонарному лікуванні в психіатричних закладах та отримують допомогу в амбулаторних психіатричних установах. Найчастіше спостерігаються епілептичні психози з транзиторним (гострим) типом перебігу (64 %) та нападаподібним типом перебігу (24—28 %), значно рідше спостерігаються хронічні епілептичні психози (8—12 %). На сучасному етапі вивчення цієї патології не існує надійної доказової бази ефективності призначення психотропних засобів хворим з епілептичними психозами. Впровадження в практику засобів та методів фармакотерапії епілептичних психозів є актуальним напрямком в нейрофармакології та психіатрії.

Хворим на епілептичні психози доцільним є призначення атипичних антипсихотичних препаратів, які здатні напряму впливати на більшість механізмів розвитку епілептичних психозів та припиняти їх подальший руйнівний ефект.

Для нашого дослідження було обрано кветіапін, перевагою якого є широкий клініко-фармакологічний спектр: наявність антипсихотичного, антимаіакального, антидепресивного, анксиолітичного та седативного ефектів. За даними наукових публікацій, препарат здатен формувати швидке настання клінічного ефекту, що супроводжується високим профілем безпеки, та низьким, порівняно з іншими антипсихотичними засобами, спектром побічних проявів.

Програма дослідження клінічного ефекту кветіапіну виконана на 19 хворих жіночої статі, віком від 26 до 59 років, з різними типами епілептичних психозів, за винятком іктального типу. За МКХ-10 всі хворі на епілептичні психози, що брали участь в дослідженні, підпадали під рубрику F06 та приймали кветіапін в поєднанні з антиепілептичним препаратом. На початку дослідження та протягом усього лікування хворим проводили клініко-психопатологічні, лабораторні, нейровізуалізаційні, електрокардіографічне дослідження, контролювали глікемічний та ліпідний профіль плазми крові. Титування починали з 25 мг на добу, максимальна добова доза складала 600 мг, мінімально ефективна — 200 мг на добу в два прийоми. Клініко-психопатологічно підтверджена стабілізація психічного стану реєструвалась на шостому тижні терапії і була характерна для 73,6 % хворих в нашому дослідженні.

Проведене дослідження показало, що більшість хворих (84,2 %) дали позитивний відгук на лікування та добре переносили терапію. Не було зареєстровано клінічно значимих побічних ефектів щодо вищих психічних функцій. Найпоширенішими побічними ефектами були седація (42,1 % хворих), сонливість (47,3 %), ортостатична гіпотензія (26,4 %), диспепсія (15,7 %), головний біль (21,1 %). Здебільшого, ці побічні ефекти фіксувались у хворих на початку лікування, залежали від дози препарату, редукувались в процесі корекції доз та уповільнення швидкості титрації. Один хворий (5,2 %) на епілептичний психоз припинив прийом препарату через виражену сумачію побічних ефектів та відсутність суттєвих позитивних змін в психічному стані протягом чотирьох тижнів терапії при прийомі 600 мг кветіапіну.

За результатами дослідження було зроблено такі висновки: обираючи чи інші антипсихотичні препарати, треба призначати засоби з мінімальною кількістю потенційних побічних ефектів, враховувати побічні реакції та токсичні впливи, призначати мінімально ефективні дози, суворо дотримуючись їх титрування, не перевищувати малі та середні добові дози, термін прийому антипсихотичних засобів не повинен перевищувати термін психозу, але бути мінімально достатнім.

УДК 614.2:[616.89:616.45-001.1/.3]:[355.292.3+314.745.22]

*Табачников С. І., Харченко Є. М., Осуховська О. С.,
Синицька Т. В., Чепурна А. М., Болтоносів С. В.
Український НДІ соціальної і судової психіатрії
та наркології МОЗ України (м. Київ)*

Особливості феноменологічної характеристики осіб, тимчасово переміщених з зони АТО, які страждають на посттравматичні психічні порушення, коморбідні із вживанням психоактивних речовин

Потужні негативні наслідки в суспільстві, зумовлені політичною та соціально-економічною ситуацією в Україні, обтяженою довгостроковим воєнним конфліктом на Сході, значно погіршили психофізіологічні аспекти здоров'я населення, що перебувало на окупованих територіях і отримало різного роду посттравматичні психічні порушення (ПТПП). Зокрема, деяка частина переселенців намагається знай-

ти вихід зі стану психологічних навантажень, вживаючи різного роду психоактивні речовини (ПАР), в результаті формується патогенна коморбідність, яка може призводити до ще більш тяжких наслідків для здоров'я.

Відповідно до мети роботи, 2016 року нами проведено дослідження 97 осіб (62 жінки та 35 чоловіків) в центрах для переселенців міст Одеси та Києва. В віковому плані переважала літня категорія осіб (36 років та старше — 63 %). За сімейним станом 62 % досліджених були неодружені; значна частина (23 %) перебували в цивільному шлюбі; як одиноки визначалися 39 %. Більшість досліджених мали дітей (58 %). Щодо освіти — 53 % респондентів мали спеціальну середню, частіше техніко-побутових напрямків; вищу (або неповну вищу) — 18 % досліджених.

В клінічному плані (згідно з МКХ-10) основну категорію становила група з F43 (реакція на тяжкий стрес та порушення адаптації), відповідно F43.1 (посттравматичний стресовий розлад) — 16,2 % осіб; F43.2 (розлади адаптації) — 70,2 %; F62.0 (хронічні зміни особистості після переживання катастрофи) — 4,1 %; F40 (тривожно-фобічний розлад) — 10,2 %; F45 (соматоформні розлади) — 7,3 % осіб.

Під час дослідження вживання ПАР обстеженими виявлено, що чоловіки вживали алкоголь частіше за жінок, відповідно 90,5 % та 84,6 %; тютюн палили 71,8 % осіб чоловічої статі та 45,6 % жіночої; вживали канабіноїди 18,7 % та 3,0 %, відповідно; психостимулятори — 12,5 % та 10,7 %; поєднані форми (частіше алкоголь з тютюнопалінням) було виявлено у 87,4 % чоловіків та 84,3 % жінок. Результати щодо вживання опіоїдів не можна вважати достовірними у зв'язку тим, що більшість респондентів не надали правдивої інформації. Мотивування до вживання ПАР у чоловіків частіше пояснювалось деяким позитивним впливом на погані настрої, самопочуття, переживання щодо вирішення життєвих проблем та ін. У жінок превалювало бажання заспокоїтись, зняти стрес, тривожність, поліпшити настрої, сон.

Дослідження рівня тривоги (опитувальник HADS, Zigmond A. S. та Snaithe R. P., 1983) у загальній кількості респондентів продемонструвало наявність її «субклінічного» рівня — 30,9 %; відповідно «клінічного» рівня — 60,8 %. Результати дослідження депресії продемонстрували наявність «клінічно вираженого» рівня у 37,2 % опитаних. При цьому, маючи на увазі високі показники «субклінічного» рівня (48,4 %), що в подальшому прогностично може трансформуватись в нозологічний (клінічний) стан, треба оцінювати загальну характеристику депресивного стану респондентів як загрози, в плані негативної динаміки.

Отже, отримана характеристика соціодемографічних, клініко-психопатологічних, патофизиологічних особливостей переселенців з зони АТО, що страждають на ПТПП, коморбідні з вживанням ПАР, може стати основою формування фахового діагностичного, лікувального та профілактичного напрямків цих розладів, з відповідною корекцією респондентів за гендерними ознаками.

УДК 616.895

*Токарева І. Л.
Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Якість виконання наукових досліджень в сучасній психоневрології

В теперішній час визначальним для споживачів у світі стало поняття якості. А якістю вихідного продукту можна і потрібно управляти, тобто вміти кількісно оцінювати та аналізувати показники, що впливають на кінцевий