

**ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ
НАУКОВОГО СИМПОЗИУМУ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «МОЗОК ТА СТРЕС»,
1—2 жовтня 2015 р., м. Дніпропетровськ**

УДК 616.89:616.45-001.1/3:616-001:617.75

*Ц. Б. Абд'яхімова**Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ***Клінічна варіативність неспсихотичних психічних розладів та рівень посттравматичного стресу у осіб з частковою втратою зору травматичного генезу**

На ґрунті порівняльного соціально-демографічного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного, нейрофізіологічного аналізу, на базі профільних клінік травми ока, обстежено 400 осіб (чоловіків) з частковою втратою зору травматичного генезу (ЧВЗТГ), визначено клінічні критерії неспсихотичних психічних розладів (НПР) у даного контингенту.

У усіх хворих спостерігалися прояви депресії та патологічної тривоги, які різнилися як за розповсюдженістю, так і за клінічним змістом. У частини респондентів вони були мозаїчними та такими, що не досягали клінічно окресленого рівня (200 осіб, група порівняння, ГП), а в інших, навпаки, мали дуже значну вираженість (200 осіб, основна група дослідження, ОГД).

У пацієнтів ОГД діагностовано наявність депресивної і тривожної симптоматики з вираженістю на рівні малого (72,5 %) або тяжкого (11,5 %) депресивного епізоду (середній бал — 14,0 балів і 43,0 бали, відповідно), а також тривожного стану (56,0 %) та тривожного розладу (32,5 %) (середній бал — 18,0 балів і 28,0 балів, відповідно).

У 44,5 % осіб ГП виокремлено окремі прояви тривожного стану (середній бал 11,0), тривожного розладу в них не встановлено. Об'єктивних проявів депресії не виявлено у 73,5 % осіб ГП (середній бал 4,0), а в 26,5 % випадків діагностовано окремі депресивні симптоми, що іноді досягали рівня малого депресивного епізоду (середній бал 12,0).

Встановлено недооцінення наявності та вираженості депресивних симптомів та перевищення значущості проявів психопатологічної тривоги в осіб з ЧВЗТГ з відсутністю клінічно окреслених НПР (особи ГП). Для пацієнтів з ЧВЗТГ, в яких діагностовано НПР, характерною тенденцією визначено баланс суб'єктивних і реальних проявів депресії, між тим як під час оцінювання глибини тривожної симптоматики, як і в ГП, має місце перевищення їх проявів, хоча і в меншому ступені.

За нозологічною структурою НПР представлені психічними і поведінковими розладами кластера F43 — реакція на стрес та адаптаційні розлади, серед яких визначені: змішана тривожно-депресивна реакція F43.22 (97 осіб, 48,5 % ОГД); пролонгована депресивна реакція F43.21 (44 особи, 22 % ОГД); адаптаційні розлади з переважанням порушення інших емоцій F43.23 (29 осіб, 14,5 % ОГД); посттравматичний стресовий розлад F43.1 у 23 (11,5 % ОГД) хворих; адаптаційний розлад зі змішаним порушенням емоцій та поведінки F43.25 — у 7 (3,5 % ОГД) пацієнтів.

Синдромологічна структура НПР внаслідок ЧВЗТГ була представлена таким чином: тривожно-депресивні стани (61 особа, 30,5 %); тривожно-фобічна симптоматика (36 осіб, 18 %); астено-депресивні прояви (44 особи, 22 %); астено-іпохондричний синдром (30 пацієнтів, 15 %); обесивно-фобічний синдром (29 хворих, 14,5 %).

Загальний рівень посттравматичного стресу (ПТС) у пацієнтів з НПР складав 76,5 бали, а у пацієнтів ГП — 41,4 бали. Серед осіб з НПР у 88,5 % спостерігалися помірна (з тенденцією до високої) вираженість симптомів вторгнення (середній бал 28,4) і уникнення (середній бал 29,5), а 11,5 % потерпали від дуже високого їх рівня. Виражені ознаки фізіологічної збудливості були притаманні 63 %, в інших (37 %) встановлений помірний її рівень (середній бал 23,6). У обстежених ГП виявлена низька вираженість усіх показників посттравматичного стресу (середній бал вираженості симптомів вторгнення — 14,6, уникнення — 15,4, фізіологічної збудливості — 14,3).

Серед хворих ОГД виявлено диференціацію вираженості складових ПТС в залежності від провідного клініко-психопатологічного феномена: переважання в структурі ПТС проявів «вторгнення» у пацієнтів з провідною тривожно-фобічною симптоматикою й «уникнення» — у хворих з вираженими астеничними проявами, що відбувається на тлі значно підвищеного рівня «фізіологічної збудливості», притаманної для усіх пацієнтів.

На ґрунті отриманих даних створена система спеціалізованої медичної допомоги, що становить комплекс медичних, психологічних, освітніх та соціальних заходів, розроблених з урахуванням впливу біопсихосоціальних чинників в генезі НПР, спрямованих на попередження або усунення клініко-психопатологічної симптоматики та психосоціальної дезадаптації, забезпечення гідного рівня соціального функціонування пацієнтів в повсякденних умовах життєдіяльності, реалізованих міждисциплінарною бригадою фахівців.

УДК 616.89-008.441.13-08

*К. В. Аймедов, Д. В. Возний**Одеський національний медичний університет, м. Одеса*
Організація допомоги хворим на алкогольну залежність

Зловживання алкоголем — другий після трудової міграції фактор катастрофічного спаду кількості населення України. Однією з необхідних мір боротьби з цією проблемою є наявність ефективної допомоги особам, залежним від алкоголю, досягнути довгострокової ремісії. Вивчення ремісії, етапності становлення і динаміки збагачує знання про клініку, перебіг та прогноз алкогольної залежності; стабільність ремісії, її тривалість, відсутність ознак патологічного потягу до алкоголю нерозривно пов'язані з поліпшенням якості життя хворих. Під час створення і реалізації терапевтичних програм, спрямованих на досягнення якісних ремісій, необхідно враховувати клінічні дані щодо кореляції рецидивів з тривалістю ремісії, а також чинників, які сприяють формуванню рецидивів в динаміці алкогольної залежності.

Мета: Дослідження особливості організації етапів надання допомоги хворим на алкогольну залежність як чинників формування ремісії, розроблення заходів медико-соціальної реабілітації осіб з алкогольною залежністю та оцінення їх ефективності. Вивчення сучасних особливостей побудови лікувально-реабілітаційних заходів допомоги особам, які страждають на алкогольну

залежність, в умовах державних та недержавних наркологічних закладів.

Для вирішення поставлених завдань було обстежено 296 чоловіків віком від 28 до 60 років, які мали верифікований діагноз «алкогольна залежність» та досвід лікування та госпіталізації з приводу алкоголізму. Всі досліджені особи були поділені на дві групи методом сліпої рандомізації: до групи дослідження (ГД) були включені особи з синдромом залежності від алкоголю, які дали згоду на участь в програмі комплексної психофармакотерапії та психологічного супроводу протягом стаціонарного та амбулаторного періодів лікування; до групи порівняння (ГП) увійшли особи, які отримували винятково стандартне лікування від алкогольної залежності в умовах медичного стаціонару.

Під час організації системи комплексної допомоги алкогользалежним особам ми враховували біопсихосоціальну модель та холистичний підхід до надання допомоги, яка включала медичну, психологічну та соціальну складову. Найкращі однорічні ремісії отримано в ГД2 та ГП2 (відповідно, 80,90 % та 76,47 %), в яких крім детоксикації застосовано протиалкогольний імплант, різниця з іншими групами є достовірною ($p < 0,05$). Найбільш тривалими (трирічними) були ремісії у групах ГД2 та ГД1 (відповідно, 26,97 % та 19,28 %), в яких протягом періоду ремісії хворим, поряд з медичним лікуванням, обов'язково надавався психологічний супровід. Найгірші результати щодо трирічних ремісій отримано в ГП1 (12,50 %), ($p < 0,05$), що свідчить про недостатність застосування лише базової детоксикаційної терапії. Найбільш ефективними в усіх етапах відстеження виявились ремісії в групі ГД2, в якій було застосовано комплексну терапію, що доводить більшу ефективність комплексних заходів та підтверджує гіпотезу нашого дослідження.

УДК:615.45-001.1/.3:355.257.6 «364»-08

К. В. Аймедов, А. Є. Волощук
Одеський національний медичний університет, м. Одеса
Організація мультидисциплінарної роботи з особами, що постраждали у результаті АТО (досвід Одеського регіону)

Проблеми ефективного та адекватного медичного захисту населення, постраждалого внаслідок антитерористичної операції, є одним з актуальних завдань сучасної охорони здоров'я. Актуальними завданнями медичної катастрофи є збереження психічного здоров'я населення у зоні АТО та учасників ліквідації надзвичайних подій.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це специфічна клінічна форма порушення процесу посттравматичної стресової адаптації. Критерії діагностики ПТСР містяться в міжнародному діагностичному стандарті МКБ-10 — Міжнародному класифікаторі хвороб, ПТСР віднесено до групи розладів, пов'язаних з порушенням адаптації та реакції на сильний стрес.

Діагностичні критерії ПТСР:

Критерій А (визначення травмуючої ситуації)

1. ПТСР виникає в результаті впливу на людину травматичних подій, пов'язаних з загибеллю, серйозними пораненнями людей, можливою загрозою загибелі або поранень.

2. Людина, що пережила подібну травматичну ситуацію, може бути як жертвою того, що відбувається, так і свідком страждань інших осіб, в будь-якому випадку, в момент перебування в травматичній ситуації вона

повинна зазнавати інтенсивний страх, жах або відчуття безпорадності.

Критерій В (критерій вторгнення)

Повторне проживання психотравмуючої події;

«Флешбек»-ефекти;

Кошмарні сновидіння.

Критерій С (уникнення)

Уникання речей, ситуацій і думок, які нагадують про психотравмуючі події;

Неможливість згадати про важливі аспекти травми;

Почуття відчуженості і віддаленості від інших людей;

Знижена інтенсивність вищих емоцій;

Почуття відсутності перспективи в майбутньому.

Критерій D (гіперактивація)

Збільшені неспокій, тривога й емоційне збудження в ситуаціях, що нагадують про травмуючі події;

Труднощі із засипанням або поганим сном;

Дратівливості, напади гніву;

Труднощі із зосередженням уваги;

Підвищений рівень настороженості;

Гіпертрофована реакція переляку.

Критерій E (тривалість перебігу розладу)

Симптоми, перелічені в попередніх рубриках, спостерігаються протягом більше одного місяця після травми.

Критерій F (дистрес і порушення адаптації)

у соціальній,

професійній,

сімейній та ін. сферах життя.

Особливістю цього розладу є тенденція не тільки не зникати з часом, але ставати більш вираженим, а також виявлятися раптово на тлі загального благополуччя.

УДК 616.89-008.441.13-055.2-08

К. В. Аймедов, К. В. Рябухін
Одеський національний медичний університет, м. Одеса
Проблема алкогольної залежності у жінок з урахуванням дисгармонійних особливостей їх гендерного статусу

Проблема боротьби з жіночим алкоголізмом продовжує залишатися однією з найважливіших соціальних проблем у більшості країн світу.

У вітчизняній літературі дослідження цієї проблеми стосується визначення морфоконституціональних, психічних, поведінкових особливостей жінок, що зловживають алкоголем. Дослідники також зазначили, що результат лікування жіночого алкоголізму часто пов'язаний з оточенням жінки, вони більш рішуче підходять до боротьби з алкогольною залежністю (АЗ) і їм легше дається зміна способу життя і вибір нового захоплення або хобі, яке замінює пристрасть до спиртного.

Мета дослідження: Визначити та характеризувати основні групи патологічних наслідків жіночої алкогольної залежності.

Під нашим спостереженням перебували 281 особа жіночої статі з алкогольною залежністю віком від 26 до 68 років — основна група (ОГ). Як групу порівняння було обстежено чоловіків у кількості 42 особи відповідного віку, які також мали алкогольну залежність (ГП). Групи досліджених було набрано в жіночих та чоловічих відділеннях КУ «Одеська обласна клінічна психіатрична лікарня № 1», яка на даний момент репрофільована в КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я».

Вивчення предикторів та патологічних наслідків АЗ надало можливість визначити гендерні особливості жі-