

із зони АТО були астено-депресивний (75,9 %), астено-тривожний (82,5 %), астено-фобічний (13,2 %) астено-іпохондричний (3,3 %) синдроми.

Результати психодіагностичних досліджень виявили, що у чоловіків показники реактивної тривоги (середній бал — $37,7 \pm 3,0$), були вище, ніж показники особистісної тривожності (середній бал — $32,6 \pm 2,9$). Навпаки, у жінок показники особистісної тривожності (середній бал — $38,6 \pm 2,9$) були вищими за показники реактивної тривоги (середній бал — $34,7 \pm 3,0$). Вираженість депресивної симптоматики також незначно переважала у жінок. Середній бал за шкалою Гамільтона у чоловіків складав $17,0 \pm 2,3$ бали, у жінок — $18,0 \pm 2,3$ бали.

Результати обстеження за шкалою якості життя не показали істотних відмінностей у чоловіків і жінок. Найнижчими за все були оцінені шкали «Психоемоційний стан», «Міжособистісна взаємодія», «Загальне сприйняття якості життя».

Таким чином, у більшості осіб, які виїхали із зони АТО, спостерігаються психоемоційні порушення різного ступеня вираженості, які вимагають подальшої корекції в умовах спеціалізованих медичних установ.

УДК 616.89

В. І. Коростій, Г. В. Паровіна

*Харківський національний медичний університет,
м. Харків*

Робота Центру психосоматики, психотерапії та медико-психологічної реабілітації в університетській клініці ХНМУ як модель мультидисциплінарного підходу

Центр психосоматики, психотерапії та медико-психологічної реабілітації (далі — Центр) є позаштатним лікувально-навчально-науково-практичним підрозділом Науково-практичного медичного центру Харківського національного медичного університету (НПМЦ ХНМУ). Головною метою діяльності Центру є надання високо-спеціалізованої медичної допомоги при психосоматичній та непсихотичній психічній патології, проведення науково-дослідної роботи, розроблення, апробації та впровадження нових медичних технологій. Центр створений на базі неврологічного та реабілітаційного відділення. Включає 10 психосоматичних ліжок, психіатричний консультативний кабінет, кабінет психоемоційного розвантаження.

В роботі Центру реалізована модель мультидисциплінарного підходу, зокрема в наданні допомоги особам, які перенесли екстремальні події. Взаємодія з підрозділами університетської клініки дозволяє проводити комплексну реабілітацію хворих з коморбідною психічною та соматичною патологією, які складають 85 % від загальної кількості пацієнтів Центру психосоматики, психотерапії та медико-психологічної реабілітації. В цих випадках до бригади, крім спеціалістів Центру (психіатр, психолог), долучається спеціаліст іншого підрозділу, відповідно до нозології (централізована модель).

Метою взаємодії Центру з іншими підрозділами НПМЦ ХНМУ є надання консультацій, медико-психологічного супроводу та психотерапії пацієнтам університетської клініки (децентралізована модель).

Розроблені та впроваджуються комплексні програми лікування дисциркуляторної енцефалопатії, деменції, епілепсії (відділення неврології), лікування метаболічних розладів у психічно хворих (відділення ендокринології),

лікування нервової анорексії з дистрофією (відділення соматичних розладів), медико-психологічний супровід відновного лікування хворих з травмами опорно-рухового апарату (відділення відновного лікування), медико-психологічний супровід доопераційного та післяопераційного періоду (відділення малоінвазивної хірургії). Проводиться оцінювання ефективності цих програм та впровадження досвіду в навчальний процес післядипломної освіти.

УДК 616.895

В. І. Коростій, І. М. Соколова, В. І. Заворотний
*Харківський національний медичний університет;
Військово-медичний клінічний центр Північного регіону,
м. Харків*

Аналіз діагностичних можливостей психодіагностичних методик для виявлення психологічних наслідків стресу та посттравматичного стресового розладу

Актуальність даного дослідження зумовлена сучасною медико-соціальною значимістю посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та невирішеністю низки діагностичних питань, що створює передумови для численних діагностичних помилок і розбіжностей, перешкоджає проведенню адекватної, своєчасно розпочатої, диференційованої терапії та профілактики.

На ґрунті обстеження 90 осіб обох статей, у віці 18—55 років (демобілізованих учасників бойових дій; звільнених з полону, членів сімей осіб, які постраждали внаслідок бойових дій; біженців), з використанням комплексу психодіагностичних методик, визначені їхні діагностичні можливості в осіб, які постраждали внаслідок стресу в умовах воєнного конфлікту.

Шкала оцінки впливу травматичної події (IES-R) — опитувальник дозволяє виявити, які симптоми домінують — вторгнення, уникання, підвищеної збудливості. Це тест для широкого використання, його використовують для досліджень наслідків різноманітних травматичних чинників (втрата близьких, транспортні катастрофи, військові події).

Шкала для клінічної діагностики ПТСР (CAPS) дозволяє оцінити частоту та інтенсивність виявлення індивідуальних симптомів розладу, а також ступінь їхнього впливу на соціальну активність пацієнта. Методика дозволяє діагностувати розлади, спричинені нещодавніми травмами, та динаміку стану пацієнта у разі повторного тестування.

Міссісіпська шкала для оцінки посттравматичних реакцій (використовували цивільний та військовий варіанти) дозволяє оцінити ступінь виразності посттравматичних реакцій. На відміну від Шкали для клінічної діагностики ПТСР (CAPS), ці шкали дозволяють діагностувати пізні посттравматичні розлади, а також допомагають провести диференціальну діагностику з розладами адаптації.

Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), або шкала Дерогатіса — методика дозволяла провести оцінку психологічного симптоматичного статусу хворих як з соматичними хворобами, так і осіб з психічними розладами.

Опитувальник депресії Бека — для оцінювання наявності депресивних симптомів у пацієнта у теперішній час. Недоліком є неможливість діагностувати наявність депресивної симптоматики у минулому, безпосередньо після травматичної події, якщо з моменту її виникнення пройшов тривалий час.

Визначено переваги використання: шкали оцінки впливу травматичної події (IES-R) — для первинного скринінгу; шкали для клінічної діагностики ПТСР (CAPS) — для оцінювання динаміки стану; Міссісіпської шкали — для оцінювання посттравматичних реакцій — для діагностики та диференціальної діагностики ПТСР на госпітальному та післягоспітальному етапах; опитувальника виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R) — для уточнення тактики ведення хворого (психолог чи психіатр); опитувальник депресії Бека доцільний тільки для верифікації динаміки стану хворого в ході антидепресивної терапії.

Таким чином, результати дослідження показали доцільність використання вказаних методик як допоміжного діагностичного інструментарію, визначені переваги певних методик для вирішення діагностичних завдань на різних етапах надання медико-психологічної допомоги особам, які постраждали внаслідок стресу в умовах воєнного конфлікту.

УДК 616.89-008.441.1-07

Е. І. Кудинова¹, Черная Т. С.²

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков;

²«Винницкая областная психоневрологическая больница им. А. И. Ющенко», г. Винница

Характерологические особенности у пациентов с тревожными расстройствами

Определено, что тревожные (тревожно-фобические) расстройства являются одним из часто встречающихся вариантов пограничной психической патологии. Как показывают эпидемиологические исследования, распространенность на протяжении жизни тревожных расстройств (панического расстройства, агорафобии, социальной фобии) в среднем составляет 1,5 %. Медицинская статистика показывает, что в Украине, как и в большинстве европейских стран, наблюдается стабильный рост состояний, сопровождающихся тревожной симптоматикой.

Цель исследования — провести сравнительную характеристику эмоциональных нарушений и типологических особенностей пациентов с тревожными расстройствами различных нозологий.

В исследование включены 115 пациентов с тревожными расстройствами невротического регистра, с диагнозами эпизодическая пароксизмальная тревога, генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожно-депрессивное расстройство. Нами использовались следующие методы: клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, статистический и методики: шкалы тревоги и тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина, личностный опросник Айзенка ЕРІ, для исследования акцентуации личности — методика Леонгарда — Шмишека.

Наиболее распространенными выявлены следующие типы акцентуаций характера — тревожный и эмотивный. Также характерным для всех групп пациентов оказался высокий уровень реактивной тревожности. Результаты исследования позволили сформировать построение дифференцированных терапевтических мероприятий.

Использование патогенетически обоснованной системы психотерапии с учетом индивидуальных особенностей пациентов позволяет сократить сроки лечения и предупредить развитие затяжных форм заболевания.

УДК 616.89:616.37-002-052

Н. В. Кутова, М. В. Маркова

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Хронічний панкреатит — як модель соматичної хвороби з психотравматичними наслідками

На сьогодні в Україні склалася напружена ситуація щодо хронічного панкреатиту (ХП), реєструється близько 230 нових випадків на рік та поширеність становить 2400 на 100 тис. дорослого населення, що у 4 рази вище, ніж епідеміологічні показники у країнах Європи. Клінічною особливістю ХП є те, що у третини хворих розвиваються ранні ускладнення (панкреонекроз, гастродуоденальні кровотечі, тромбоз у системі портальної вени, стеноз жовчовивідного протоку, дванадцятипалої кишки), первинна інвалідизація досягає 15 %, а летальність складає 5,1 %. Рівень смертності при ХП досягає 20 % після 10 років та до 50 % при 25-літньому перебігу хвороби, причиною смерті у 1/5 пацієнтів є ускладнення загострень панкреатиту. Порушення толерантності до глюкози спостерігається у 2/3 пацієнтів, у 1/3 розвивається цукровий діабет, у половини хворих виникає екзокринна недостатність. Тривалість захворювання на ХП більше ніж 20 років підвищує ризик розвитку раку підшлункової залози в 5 разів. Клінічна картина перебігу захворювання характеризується наявністю больового та диспептичного синдрому, загостреннями.

ХП супроводжується високим рівнем соматичного дистресу (біль, нудота, порушення травлення, діарея) та становить суттєву загрозу для стабільного фізичного функціонування, що спричиняє нозогенно обумовлені психологічні реакції.

Метою дослідження було — оцінити поширеність та структуру депресивних та тривожних станів у пацієнтів з ХП.

У дослідженні взяли участь 147 пацієнтів з ХП біліарної етіології — група 1, з них 98 жінок та 49 чоловіків, і 140 хворих з ХП, причиною якого було вживання алкоголю — група 2, з них 44 опитувані жіночої та 96 — чоловічої статі. Було використано психометричні методики: HDRS для вивчення депресивних станів та HARS — тривожних розладів.

Психологічними стрес-факторами ХП були загрози для життя ускладнення, інвалідизація, високі ризики розвитку цукрового діабету, раку підшлункової залози. Вивчення проявів депресивних та тривожних станів у хворих з ХП біліарної та алкогольної етіології виявило, що більш ніж у 80 % пацієнтів з ХП виявляються депресивні та тривожні стани різного ступеня вираженості. Афективна та невротична симптоматика у хворих з ХП виражена різноманітними симптомами. До загальних симптомів, які спостерігалися у 75 % опитуваних, належать депресивний чи тривожний настрій, напруження, соматична тривога, зниження активності, загальносоматичні прояви, порушення сну, гастроінтестинальні та вегетативні симптоми. Специфіку психоемоційного профілю визначали почуття провини, суїцидальні тенденції, загальмованість, ажитація, іпохондрія, зниження маси тіла, інтелектуальні, соматичні м'язові, серцево-судинні, респіраторні, сечостатевої та сенсорні симптоми. У структурі афективних та невротичних станів домінували розлади легкого та середнього ступеня тяжкості. Найвищий рівень депресивних та тривожних розладів