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. И. Кудинова*[1], *Черная Т. С.*[2]**
[1]*Харьковская 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 EPI, 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 загрозливі 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, сечостатеві та сенсорні симптоми. У структурі афективних та невротичних станів домінували розлади легкого та середнього ступеня тяжкості. Найвищий рівень депресивних та тривожних розладів