RS Global

INTERNATIONAL

Scientific and Practical CONFERENCE

International Trends in Science and Technology

Proceedings of the XII International Scientific and Practical Conference

International Trends in Science and Technology

Vol.2, April 30, 2019, Warsaw, Poland

Copies may be made only from legally acquired originals.
A single copy of one article per issue may be downloaded for personal use (non-commercial research or private study). Downloading or printing multiple copies is not permitted. Electronic Storage or Usage Permission of the Publisher is required to store or use electronically any material contained in this work, including any chapter or part of a chapter. Permission of the Publisher is required for all other derivative works, including compilations and translations. Except as outlined above, no part of this work may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted in any form or by any means without prior written permission of the Publisher.

ISBN 978-83-954081-1-3

© RS Global Sp. z O.O.;
© The Authors

RS Global Sp. z O.O.
Warsaw, Poland
2019

Founder:
RS Global Sp.z O.O.,

Research and Scientific Group
Warsaw, Poland

Publisher Office's address:

Dolna 17, lok. A_02
Warsaw, Poland,
00-773

E-mail:
rsglobal.poland@gmail.com

The authors are fully responsible for the facts mentioned in the articles. The opinions of the authors may not always coincide with the editorial boards point of view and impose no obligations on it.

CONTENTS

BIOLOGY

Abdirahimova S. Sh., Sherimbetov S. G., Shadjanova G. A., Eshimov M. M.
PRELIMINARY RESULTS FROM ANALYSIS OF CHEMICAL ELEMENTS CONSTITUTING LYCIUM RUTHENICUM MURR…… 3

Демченко Н. Р., к.б.н, Ткаченко С. В.
РОЗВИТОК БАКТЕРІЙ СУЛЬФІДОГЕННОГО МІКРОБНОГО УГРУПОВАННЯ ҐРУНТУ ЗА ПРИСУТНОСТІ БРОМІДІВ 2,3-ДИГІДРОІМІДАЗО[1,2-А]ПІРИДИНІЮ..…… 5

CHEMISTRY

Kurambayev Sherzod Raimberganovich, Karimov Sherzod Khasanovich, Amanbaeva Mehribon Ravshanbekovna, Saliyeva Qunduz Xamro qizi, Saliyev Xamidjon Ergash o'g'li
RESEARCHES OF PROCESS OF RECEPTION OF ANTICORROSIVE MATERIALS AND BUILDING BITUMENS ON THE BASIS OF GOSSYPOL RESIN…… 9

MEDICINE

Абдураимов З. А., Тошмаматов Б. Н., Джуманова Н. Э., Шамисева Р. А., Хуррамова Н. Р., Рахмонкулова У. Э.
ПЛАСТИКА ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖ У БОЛЬНЫХ СОПУТСТВУЮЩИМ ОЖИРЕНИЕМ И МЕТОДЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ…….. 11

Байкулов А. К., Советов К. Т., Мансуров Ш. В., Ражабова Н. Б., Юсупова Д. М.
РЕГЕНЕРАЦИЯ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ОЖОГА ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ХИТОЗАНА 14

Вовк К. В., Сокруто О. В., Дігтяр Н. І., Гріднєва С. В., Кратенко Г. С., Шумова Н. В.
ЗМІНИ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНУ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМ НЕКАЛЬКУЛЬОЗНИМ ХОЛЕЦИСТИТОМ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ…..…… 17

Гончарова Н. Н., Тесленко С. Н., Сомкина Е. А., Белоус О. В., Мынка Н. А., Супрунова В. С., Криворучко Д. В.
СОЧЕТАННАЯ ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ЖИВОТА С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ……..... 21

Григор'єва О. А., Чернявський А. В.
ЗМІНИ ЯДЕРНО-ЦИТОПЛАЗМАТИЧНОГО ВІДНОШЕННЯ КАРДІОМІОЦИТІВ В СЕРЦІ ЩУРІВ В ПОСТНАТАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ ПІСЛЯ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ВВЕДЕННЯ АНТИГЕНУ……..... 24

Карвацька Н. С., Левицька А. П., Пліхта Н. Д., Савка С. Д., Кауней Т. Г.
ТЕРАПІЯ ХВОРИХ ІЗ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИМИ НЕВРОТИЧНИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ……..... 28

Лысенко А. С.
ВОЗДЕЙСТВИЕ КОМПОЗИЦИИ БИОАКТИВНОЙ СТЕКЛОКЕРАМИКИ МОДИФИЦИРОВАННОГО СОСТАВА НА РЕПАРАЦИЮ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО КОСТНОГО ДЕФЕКТА……..... 34

Т. Г. Турицька, Г. Г. Сидоренко, А. В. Чаус, А. Д. Мірзоєва
ЗМІНИ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ У ОСІБ З ПРОТЕЗОВАНИМИ КЛАПАНАМИ СЕРЦЯ……..... 41

Міхєєв А. О.
ГЕНДЕРНА СКЛАДОВА ОСОБИСТІСНОЇ АДАПТАЦІЇ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ ДО НАВЧАННЯ……..... 50

PHYSICAL EDUCATION AND SPORT

Feroyan E.
POWER AND ECONOMY OF FUNCTIONING SYSTEM OF AEROBIC PRODUCTIVITY AT SWIMMERS……..... 55

ТЕРАПІЯ ХВОРИХ ІЗ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИМИ НЕВРОТИЧНИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Доцент, к.мед.н. Карвацька Н. С., Левицька А. П., Пліхта Н. Д., Савка С. Д., Кауней Т. Г.
Україна, м. Чернівці, Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»; Чернівецька обласна психіатрична лікарня

Abstract*. The study involved 40 soldiers diagnosed with «Posttraumatic stress disorder» aged 32,63 + 5,68 years. A clinical, patopsihologicheskih and experimental psychological study of patients with subsequent statistical analysis of the results.*
The clinical picture of PTSD, most (37,5 %) patients with signs of psychopathological manifestations of depressive syndrome in 30% of patients - asthenic syndrome, 15% – anxiety-phobic, 20% – mixed syndrome. In 30% of patients diagnosed with symptoms isteroformnoho, dysphoric and somatoform syndromes. The psychopharmacotherapy and group psychotherapy were the most successful therapeutic approach in treatment of patients with PTSR.
Conclusions. Complex differentiated treatment, taking into account the clinical features of PTSD has proven pharmaco- and psychotherapeutic interventions, because they had an impact on cognition and affective, have contributed to a positive attitude to treatment and reduce expressions disorders.
Keywords: *posttraumatic stress disorder, clinical features, neurotic depressive disorders, treatment.*

Вступ. У зв'язку з безперервними бойовими діями на східній території України під час проведення антитерористичної операції проблеми непсихотичних психічних розладів невротичного рівня та соціально-психологічної реабілітації військовослужбовців, які брали участь у локальних бойових діях, займають сьогодні одне з центральних місць у сучасній психіатрії [1-3, 14]. Найбільший відсоток в структурі невротичних психічних розладів військовослужбовців у віддаленому періоді займають тривожні і депресивні порушення в рамках посттравматичного стресового розладу [5, 6, 7, 12, 15, 16, 17].

Проблема тривожних і депресивних розладів є однією з найактуальніших у теорії і практиці сучасної медицини. Не зважаючи на розвиток знань у галузі психіатрії, проблема діагностики та лікування депресивних розладів не втрачає актуальності. Проблема терапевтично резистентної депресії залишається актуальною з часу появи першого антидепресанту і до теперішнього часу на всіх рівнях надання психіатричної допомоги. Так, за даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, на початку XXI століття питома вага депресивних і тривожних розладів становила близько 40 % у загальній структурі зареєстрованої в світі психічної патології [4]. За даними ВООЗ щороку у світі на клінічно діагностовану депресію хворіють принаймні 200 млн. осіб, і ця цифра постійно зростає [14]. Кожна восьма людина хоч би раз за життя потребує спеціальної антидепресивної терапії. Депресивні стани - одна з основних причин суїцидальної поведінки, при цьому недіагностовані й неліковані депресивні порушення в ряді випадків закінчуються самогубством хворих [1-3]. Приблизно 2/3 пацієнтів з діагностованою депресією схильні до суїцидальних спроб і 10-15% здійснюють суїцид [8, 9, 11].

Протягом останнього десятиріччя в структурі психіатричної захворюваності спостерігається неухильне зростання непсихотичних форм психічної патології і, насамперед, невротичних розладів із тривожною і депресивною симптоматикою, що обумовлено змінами соціально-економічної ситуації в Україні [3]. Разом з цим встановлено зростання невротичних порушень, які виникають на тлі органічної патології, відзначаються затяжним перебігом, складними психопатологічними синдромами, резистентністю до терапії, зміненою реактивністю до медикаментозних засобів лікування [11, 13].

Депресія – це не просто певний психічний стан людини, оскільки вона супроводжується вираженими порушеннями функції органів і систем організму [10]. Слід зазначити, що клінічна картина депресивних розладів не вичерпується лише симптомами зниженого настрою. В більшості випадків у таких хворих мають місце і різноманітні соматичні скарги. Нерідко саме соматоформні прояви депресій і є основною причиною їх звернення до лікарів, причому не до психіатрів, а залежно від особливостей таких хворобливих проявів, як задишка, болі в серці, дискінезії шлунково-кишкового тракту, сексуальні дисфункції та інші, до лікарів терапевтичного профілю, неврологів,

сексопатологів тощо. Нерозпізнана депресія часто призводить до неадекватної симптоматичної терапії, що, як правило, є неефективною [7]. Через те, що в подібній ситуації пацієнти не отримують адекватного лікування, це призводить до поглиблення і хроніфікації психічної патології. Хворі на депресію часто акцентують увагу на соматичних скаргах і, не усвідомлюючи психічної хвороби, не надають адекватного значення змінам в емоційному житті. Однією з причин гіподіагностики є ігнорування особливостей клінічної картини депресій: переважання соматизованої симптоматики, вегетативних проявів, розладів сну й апетиту [4, 6, 7, 18, 19].

Тому залишаються важливими питання надання медико-психологічної допомоги з відновленням фізичного та психічного здоров'я тих, хто зазнав впливу стрес-факторів при збройних конфліктах при формуванні у них терапевтичної резистентності [10, 11, 20, 21].

Метою нашого дослідження було виявлення психопатологічних особливостей особистості, що лежать в основі виникнення терапевтичної резистентності при лікуванні непсихотичних психічних розладів, пов'язаних зі стресом, визначення їх ролі у патогенезі даної патології та урахування при лікуванні хворих із терапевтично резистентними депресивними порушеннями невротичного спектра.

З метою вивчення особливостей психоемоційної сфери хворих при резистентних до терапії невротичних розладах, пов'язаних зі стресом, проведено обстеження 40 військовослужбовців, які постраждали в ході проведення антитерористичної операції і з метою медико-психологічної реабілітації знаходились у Чернівецькій обласній психіатричній лікарні. Середній вік пацієнтів склав 32,63±5,68 років. На початку і в кінці лікування у них визначали акцентуації характеру за допомогою опитувальника Г. Шмішека за концепцією К. Леонгарда, рівень депресії – з використанням шкали депресії Зунга, адаптованої Т.І. Балашовою, та показники особистісної та реактивної тривожності за Спілбергом, показники динаміки депресивної та тривожної симптоматики за шкалами MADRS, CAS і HADS. Комплексне лікування поряд із медикаментозним впливом включало індивідуальну і групову короткотермінову психотерапію.

Результати досліджень. У результаті проведеного обстеження на початку лікування у хворих із невротичними психічними розладами, пов'язаними зі стресами, були виявлені акцентуації рис характеру особистості за екзальтованим, дистимним, збудливим, емотивним, застрягаючим, циклотимним типами, середній рівень депресії, підвищені показники особистісної та реактивної тривожності.

При депресії страждали практично всі сфери – емоційна, інтелектуальна, вольова та мотиваційна, що виявлялося як суб'єктивно в скаргах клієнта, так і об'єктивно – в зміні поведінки. На психологічному рівні депресія характеризувалася зниженим фоном настрою (гіпотимією), комплексним порушенням психічної та фізичної активності, зниженням потягів, песимістичним ставленням до себе, свого минулого та майбутнього.

У клінічній картині в усіх пацієнтів виявлялися компоненти депресії, вираженість яких коливалася в межах адекватної реакції щодо дії психотравмуючих чинників. Пацієнти відзначали пригнічення настрою, яке пояснювали частіше як результат фізичного нездужання, порушення сну та апетиту, зниження активності та ініціативи, що впливало на їх самовідчуття, працездатність, рівень пізнавальної діяльності. При цьому вони не усвідомлювали ступінь вираженості ангедонії. У 28 пацієнтів (70 %) спостерігалася тривожно-депресивна симптоматика зі скаргами на нудьгу, неспокій, нав'язливі песимістичні роздуми ситуаційного характеру, переживання загрози, пов'язаної з наявністю зміненого соматичного відчуття. У 9 осіб (22,5 %) на фоні клінічних симптомів депресивного спектра відмічалися астенічні прояви у вигляді фізичної слабкості, емоційної нестійкості, підвищеної втомлюваності, невитривалості щодо звичного режиму праці, виснажливості уваги, плаксивості. Депресивно-іпохондрична симптоматика з алгічно-сенестопатичними проявами переважала у 6 пацієнтів (15 %) у поєднанні з гіперболізованим страхом за своє здоров'я, емоційною непереносимістю болю, зневірою у власному соматичному благополуччі, фіксацією на своїх патологічних відчуттях, які супроводжувалися обсесивними включеннями, але не досягали рівня надцінного трактування.

У хворих виявлялися сомато-вегетативні прояви різного ступеня вираженості. Так, у 17 (42,5 %) осіб мали місце сомато-вегетативні прояви у вигляді коливання артеріального тиску, зміни ритму серцевих скорочень (відчуття посиленого серцебиття, екстрасистолії), кардіалгій, що виникали після психоемоційного напруження. При цьому пацієнти скаржилися на ниючий, стискаючий біль у серці, що мав тенденцію до міграції та не зникав після прийому спазмолітичних препаратів. У 8 (20 %) пацієнтів відмічалися кардіореспіраторні функціональні

порушення, що супроводжувалися зміною ритму дихальних рухів, відчуттям нестачі повітря, неможливістю вдихнути на повні груди. Спектр функціональних порушень шлунково-кишкового тракту спостерігався у 15 (37, 5 %) обстежених і складався з алгічних відчуттів, які мали мігруючий характер, супроводжувалися відчуттям печії, нудоти, кольок, розпирання та переповнення в животі. У 3 (7,5 %) хворих мали місце цисталгії та функціональні порушення випорожнення сечового міхура з частими позивами до сечовиділення. Серед усіх обстежених 20 (50 %) пацієнтів висловлювали скарги на біль голови стискаючого характеру, що мав зв'язок із психоемоційним напруженням та не зникав після прийому знеболювальних засобів.

З метою перевірки ефективності різних видів терапії всіх депресивних хворих було розділено на дві групи по 20 осіб. Перша група отримувала лише психотропне лікування. Друга – комбіноване лікування у вигляді медикаментозної і психотерапевтичної антидепресивної терапії. Психопатологічне обстеження кожного пацієнта здійснювалось протягом одного року: 1 раз на тиждень протягом першого місяця спостереження, потім один раз на місяць.

Сучасний підхід до лікування депресій полягав у комбінуванні різних методів – психотерапії та біологічної терапії (медикаментозної). Загальновідомо, що психофармакотерапія і психотерапія є найбільш вдалим терапевтичним підходом для лікування пацієнтів із невротичними, пов'язаними зі стресами, психічними розладами та їх наступної реабілітації [3, 6]. Медикаментозна терапія давала можливість швидко вплинути на патогенетичні ланки захворювання, зменшити хворобливі прояви, усунути психопатологічну симптоматику та сприяти покращенню стану пацієнтів [5].

Медикаментозне лікування психогенних депресій призначалося при різній виразності депресивних проявів, причому необхідною умовою ефективності лікування було співробітництво пацієнта з лікарем. Для терапії депресивних розладів використовувались переважно препарати з групи першого ряду вибору (флуоксетин, циталопрам, міансерин, сертралін та ін.), які мають високу ефективність і водночас мінімальну кількість побічних ефектів. Препарат призначався у відповідності до клінічних особливостей соматичного захворювання і депресії та ступеня її прояву у середніх терапевтичних дозах. У низці випадків застосовувалась комбінована психофармакотерапія - найбільш прийнятними і безпечними були комбінації антидепресантів з анксіолітиками та антидепресантів з ноотропами. Застосовували антидепресанти, нейролептики, при вибуховості – тимостабілізатори. Антидепресанти знижували напруженість та підвищену дратівливість, частоту нічних кошмарів, «зворотних кадрів», небажаних спогадів і викликали редукцію тривожно-депресивної симптоматики. Пацієнтам із психомоторними порушеннями, ідеаторними розладами додатково призначали у малих дозах антипсихотичні препарати.

Для визначення антидепресивної ефективності було використано шкалу Гамільтона та уніфіковану анкету. Виявлено п'ять варіантів результатів лікування: 1 – погіршення, 2 – відсутність ефекту, 3 – незначне поліпшення, 4 – помірне поліпшення, 5 – значне поліпшення. Зменшення сумарного показника за шкалою Гамільтона на 3 бали протягом 1 місяця терапії розцінювалось як незначне поліпшення, на 5 балів – як помірне і більше 8 балів – як значне поліпшення.

Після обробки даних про динаміку депресивного стану після місяця терапії було констатовано погіршення стану у 3 пацієнтів першої, 0 - другої. Жодних змін не виявили 10 % і 10 % обстежених відповідно. Незначне поліпшення було відзначено відповідно у 15 % і 20 % пацієнтів; помірне поліпшення – у 20% і 25% хворих відповідно; значне поліпшення – у 40 %, 55 % досліджених відповідних груп.

У процесі лікування бралась до уваги також швидкість редукції психопатологічної симптоматики на основі даних, отриманих за допомогою шкали Гамільтона.

У першій групі хворих, які отримували виключно психофармакологічне лікування, наприкінці другого тижня лікування прояви депресії зменшились у середньому на 15%, наприкінці першого місяця мало місце статистично значиме поліпшення у порівнянні з вихідним рівнем. Наприкінці трьох місяців в певному відсотку випадків можна було відзначити повну редукцію психопатологічної симптоматики.

Водночас, у лікуванні хворих із терапевтично резистентними депресивними розладами важливу роль набувають і не медикаментозні, психотерапевтичні, засоби надання допомоги із застосуванням психокорекційних і психотерапевтичних методів подолання наслідків непсихотичних психічних порушень. Для лікування депресій застосування фармакотерапії без психотерапії було мало ефективним. Лікар сам повинен був стати «таблеткою» для хворого, адже тільки тоді зможе йому допомогти, коли матиме з ним тісний контакт і завоює його довіру. У такому випадку вдавалося запобігти й передчасному перериванню лікування, яке у

50% випадків призводить до рецидивів. Як відомо, психотерапія допомагає лише за умови, якщо той, до кого її застосовують, відчуває довіру до психотерапевта. Між міркуванням і прийняттям його конкретною особою існує важливий елемент - почуття. І лише воно створює ту атмосферу довіри, без якої психотерапія неможлива. І тут неможливо не згадати значення емпатії - здатності налаштовувати свої емоції на «хвилю» переживань інших людей, яка сприяє врівноваженості емоційної сфери людини.

При проведенні психотерапії пацієнт як індивідуально, так і в груповій обстановці міг поділитися своїми спогадами про травму, симптоми і функціональні порушення з тими, у кого були схожі переживання, вирішити особистісні конфлікти, що лежать в основі психопатологічних і соматичних порушень, чим самим сприяти усвідомленню і вирішенню внутрішньо-особистісного конфлікту і швидшому одужанню [4].

Основним завданням лікування пацієнтів із терапевтично резистентними депресивними розладами виступала необхідність дати пацієнту надію на покращення, всупереч його переконанням про власну безперспективність і непотрібність. Найпоширенішими методами психотерапії, які застосовувалися при лікуванні депресій, були когнітивна, біхевіоральна, клієнт-центрована, психодинамічна терапія. Психотерапія є основним методом лікування, не альтернативою, а важливим доповненням до медикаментозного лікування психогенної депресії. І на відміну від нього вона надає пацієнту більш активну роль у процесі лікування, можливість розвинути навички емоційної саморегуляції і в подальшому - більш активно справлятися з кризовими ситуаціями, не занурюючись у депресію.

Психотерапія, яка проводилась у другій групі сполучено з медикаментозним лікуванням, була переважно симптоматичною. Вона допомагала знизити тривожність, відволікти увагу від іпохондричних побоювань, надати зрозумілого і прийнятного для пацієнта змісту лікувальному процесу. Саме тому, на наш погляд, на початку здійснюваної терапії зниження загального прояву депресії відбувалось швидше у групі зі сполученим застосуванням психотерапії і психофармакотерапії у порівнянні з іншою групою. У процесі подальшого лікування значення психотерапії в комплексних терапевтичних заходах падало. При більш детальному аналізі того, за рахунок яких структур депресивного стану спостерігалась подібна різниця, вдалось виявити наявність неглибоких психогенних депресій, в генезі відігравали роль особистісні інтрапсихічні невирішені конфлікти (35% пацієнтів).

При використанні дисперсійного аналізу отриманих результатів вдалось з’ясувати, що на всіх етапах здійснюваної реєстрації ефективності лікування між двома групами спостерігалась достовірна різниця ($p<0,01$). Між групою, що отримувала психофармакотерапію, і групою з комплексним психотерапевтичним і психофармакологічним лікуванням спостерігалась достовірна різниця на всіх етапах лікування.

При резистентних до терапії затяжних депресивних станах, окрім справжньої резистентності, пов’язаної з індивідуальними особливостями фармакокінетики (всмоктування, розподіл, метаболізм, виведення психотропних препаратів), а також особливостями психопатологічного процесу, істотне значення в деяких випадках можуть набувати гальмівні впливи особистісно-психогенних утворень. Ці хворі потребували одночасної психотерапевтичної кваліфікованої допомоги, яка б ураховувала особливості їх психоемоційної сфери. Згідно з даними літератури відсутність клінічного ефекту у лікуванні невротичних розладів дозволяє підрозділити на первинну (істинну) резистентність, вторинну резистентність, псевдорезистентність і негативну резистентність [6].

Первинна резистентність пов'язана насамперед із прогнозованою поганою курабельністю стану або несприятливим перебігом захворювання. До цієї ж категорії можна віднести і відсутність ефекту, обумовленого іншими біологічними, у тому числі і генетично детермінованими, факторами, коли хворі не реагують на ті чи інші групи психотропних засобів внаслідок зниженої чутливості певних нейрорецепторів.

Вторинна резистентність не є власне резистентністю, а уявляє собою відсутність ефекту від застосованого лікування, що розвивається по мірі збільшення його тривалості і пов'язана з феноменом адаптації до психофармакотерапії, особливо при її шаблонному застосуванні.

Псевдорезистентність, до якої відноситься більшість випадків резистентності, пов'язана з неадекватністю терапії. У цих випадках відсутність ефекту можна пояснити не тільки неточністю вибору препарату, недостатністю його дозування або недотриманням тривалості курсу терапії, але й іншими факторами (соматогенні, фармакокінетичні тощо).

При негативній резистентності, або інтолерантності до терапії, мова йде про підвищення чутливості до розвитку побічних ефектів (екстрапірамідних, соматичних, нейроінтоксикаційних), виразність яких перевищує основну психотропну дію препарату. Наслідком є неможливість застосування адекватних доз і звідси випливає неможливість досягнути бажаного терапевтичного ефекту.

Комплексне лікування хворих із терапевтично резистентними невротичними, пов'язаними зі стресом, розладами з урахуванням особистісних особливостей і застосуванням психотерапевтичних заходів і психофармакотерапії викликало суттєве пом'якшення акцентуйованих рис характеру особистості зі зниженням рівня депресії до нормалізації настрою, а також рівня ситуативної тривожності.

Психотерапія в основній групі хворих була спрямована на те, щоб за допомогою спеціально організованого процесу спілкування актуалізувати в пацієнта додаткові психологічні ресурси і здібності, що можуть забезпечити йому знаходження виходу з важкої життєвої ситуації. Увага при цьому типі надання допомоги приділялася не стільки наявним проблемам і порушенням, скільки ресурсам особистості пацієнта, його можливостям. Психотерапія була спрямована на етап динаміки розладу, тобто застосовували підтримуючий підхід в гострому періоді з послідуючою ревізією самооцінки хворого та оточуючого світу в наступному. Використовували особистісно-орієнтовані та поведінкові методи. Когнітивно-поведінкова терапія сприяла зниженню тяжкості специфічних симптомів, призводила до збільшення адаптивності пацієнтів, допомагала коригувати нереалістичні розумові висновки, фатальні переконання та спонтанні думки хворих, що зумовлювали відповідні порушення емоційної сфери та функціонування. Тісний контакт і завойовування довіри пацієнтів сприяли можливості дати пацієнту надію на покращення, всупереч його переконанням про власну безперспективність і непотрібність, розвинути навички емоційної саморегуляції і в подальшому - більш активно справлятися з кризовими ситуаціями, не занурюючись у депресію.

Після проведеного лікування в основній групі зниження депресивної і тривожної симптоматики було статистично достовірним ($p<0,01$), у контрольній - недостовірно ($p>0,05$). Таким чином, унаслідок проведеного лікування в основній групі редукція психопатологічної симптоматики була більш значущою, ніж у контрольній, про що свідчать показники динаміки депресивної та тривожної симптоматики за шкалами MADRS, CAS і HADS.

Відбулося покращення симптоматичного стану пацієнтів, підвищення рівня соціальної адаптації, формування навичок самостійного вирішення проблемних ситуацій у житті.

Наведені дані дозволяють вважати розроблений нами комплекс лікувальних заходів ефективним. Основним принципом лікування хворих терапевтично резистентними депресивними розладами має бути комплексний підхід, який передбачає поєднання психофармакотерапії з психотерапією, що забезпечує більш значну редукцію психопатологічної симптоматики і відновлення здатності до адаптації.

Висновки. Таким чином, успіх терапії депресивних порушень залежить від комплексного індивідуального підходу до кожного пацієнта з визначенням оптимальної дози препарату, здійсненням ретельного контролю за побічними явищами, можливості динамічно змінювати схему терапії відповідно до стану пацієнта. Особливе значення має встановлення партнерських відносин пацієнта і лікаря - розуміння пацієнтом суті порушень, які в нього виникли, методів лікування, мотивованість його участі в процесі терапії. А при виборі антидепресанта слід надавати перевагу засобам, які задовольняють таким вимогам: мають сприятливий фармакокінетичний та фармакотерапевтичний профіль, хорошу переносимість та мінімум побічних ефектів, не мають лікарської взаємодії з іншими нейротропними та соматотропними препаратами, пов'язаної з впливом на цитохромальні системи печінки. Комплексне лікування хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом, розладами, що супроводжувалися резистентними до терапії затяжними депресивними станами, завдяки застосуванню індивідуальної і групової психотерапії з урахуванням особистісних особливостей хворих, викликало суттєве покращення їх стану, супроводжувалося покращенням настрою і зниженням рівня реактивної тривожності. Отже, особистісно-орієнтована індивідуальна і групова психотерапія хворих із резистентними до терапії затяжними депресивними станами сприяє інтенсифікації процесу лікування.

Таким чином, система допомоги пацієнтам з депресивними розладами повинна будуватись на принципах комплексного підходу, що інтегрує різні області медичних і соціально-психологічних знань і практик.

ЛІТЕРАТУРА

1. Буряк О.О. Шляхи та методи реабілітації осіб з «військовим синдромом» та посттравматичним стресовим розладом. [Електронний ресурс]. Збірник наукових праць Харківського університету Повітряних Сил. 2015. Вип. 3. С. 137-141.
2. Гапонов К.Д. До проблеми патологічного взаємозв'язку посттравматичних стресових розладів та алкогольної залежності. [Електронний ресурс]. Український вісник психоневрології. - 2015. Т. 23, вип. 3. С. 120-121.
3. Вертоградова О.П. Агрессивное поведение и депрессия / О.П. Вертоградова, А.В. Ваксман // Психическое здоровье и безопасность в обществе: Науч. материалы Первого нац. конгресса по социальной психиатрии. - М.: ГЕОС, 2004. - С. 29-30.
4. Бурчинский С.Г. Антидепрессанты - селективные ингибиторы обратного захвата серотонина: на пути клинико-фармакологического усовершенствования / С.Г. Бурчинский // Український неврологічний журнал. - 2009. - № 3. - С. 65-69.
5. Карвацька Н.С. Патогенетичні механізми розвитку посттравматичного стресового розладу в учасників антитерористичної операції. Клін. та експеримент. патологія. 2017. Т. VI, № 1 (59). С. 75-78.
6. Коростій В.І. Психофармакотерапія в комплексному лікуванні та реабілітації посттравматичного стресового розладу. [Електронний ресурс]. Міжнародний неврологічний журн. 2015. № 6. С. 59-71.
7. Марута Н.О. Емоційні порушення при пограничних психічних розладах та алкогольній залежності (діагностика та принципи лікування): методичні рекомендації / Н.О. Марута, О.І. Мінко. - Харків, 2003. - 20 с.
8. Михайлов Б.В. Особливості перебігу посттравматичного стресового розладу у демобілізованих учасників АТО, які перебувають на реабілітації в санаторно-курортних умовах. [Електронний ресурс]. Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, вип. 2. С. 69-73.
9. Москаленко В.Ф. Проблема самогубств в Україні / В.Ф. Москаленко, О.К. Напреєнко, Г.Я. Пилягина // Охорона здоров'я України. - 2008. - № 2(30). - С. 29-33.
10. Напреенко А.К. Депрессии и тревога в общемедицинской практике (социальные, диагностические и лечебно-профилактические аспекты) / А.К. Напреенко // Вестник психиатрии и психофармакотерапии. - 2002. - № 1. - С. 7-12.
11. Науменко Л.Ю. Посттравматичний стресовий розлад – нова проблема медико-соціальної служби. [Електронний ресурс]. Український вісник медико-соціальної експертизи. 2015. № 4. С. 4-7.
12. Подкорытов В.С. Депрессии: Современная терапия (Руководство для врачей) / В.С. Подкорытов, Ю.Ю. Чайка. - Харьков: Торнадо, 2003. - 350 с.
13. Пишель В.Я. Нейробиология депрессивных расстройств / В.Я. Пишель, В.Б. Литвинов, О.О. Хоменко // Архив психиатрии. - 2003. - № 1(32). - С. 49-52.
14. Пшук Н.Г. Качество жизни и депрессия / Н.Г. Пшук, Е.В. Мазур, Е.Я. Пшук, И.В. Коваленко // Архів психіатрії. - 2008. - Т. 14, № 3(54). - С. 20-22.
15. Чабан О.С. Современные тенденции в диагностике и лечении посттравматического стрессового расстройства. НейроNEWS: психоневрология и нейропсихиатрия. 2015. - № 2 (66). С. 45-49.
16. Alexander W. Pharmacotherapy for Post-traumatic Stress Disorder in Combat Veterans P&T. 2014. Vol. 37, № 1. P. 32-38.
17. Bisson J., Roberts N., Andrew M. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults (Review Cochrane Data base of Systematic Reviews. 2013. № 10. P. 1002-1465.
18. Carrasco J.L. Clinical effects of pharmacological variations in selective serotonin reuptake inhibitors: an overview / J.L. Carrasco, C. Sandner // Int. J. Clin. Pract. - 2005. - Vol. 59. - P. 1428-1434.
19. Lee C. A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry. 2013. № 44. P. 231-239.
20. Matisson C. Low recurrence and suicide rates in community depression patients / C. Matisson // Psychol. Med. - 2007. - Vol. 37. - P. 883-891.
21. Hart J.Jr., Kimbrell T., Fauver P. et al. Cognitive dysfunctions associated with PTSD: evidence from World War II prisoners of war. J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci. 2014. № 20(3). P. 309-316.