



ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ імені В. Н. КАРАЗІНА



Чорноморський національний
університет імені Петра Могили

Наукова-практична конференція: КОМОРБІДНІСТЬ СОМАТИЧНИХ ТА МЕНТАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ

ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ
26 БЕРЕЗНЯ

2026



Міністерство освіти і науки України
Ministry of Education and Science of Ukraine

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
V. N. Karazin Kharkiv National University

Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Petro Mohyla Black Sea National University

Наукова-практична конференція
**КОМОРБІДНІСТЬ СОМАТИЧНИХ
ТА МЕНТАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ**
ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ
(26 березня 2026 року, м. Харків, Україна)

Електронний ресурс

*Затверджено до розповсюдження рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 6 від 27.03.2026 року)*

Ресстраційне посвідчення УкрНТІ МОН № 50 від 20 січня 2026 р.

Організаційний комітет конференції:

Голова оргкомітету: Тихонова Тетяна Михайлівна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри внутрішньої медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна;

Заступники оргкомітету: Матвєєнко Марія Сергіївна, доктор філософії за спеціальністю медицина, доцент, завідувачка кафедри загальної хірургії, анестезіології та паліативної медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна; Чернишов Олег Володимирович, кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін Чорноморського національного університету імені Петра Могили;

Члени оргкомітету: Васильєв Дмитро Володимирович, кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної хірургії, анестезіології та паліативної медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна; Гогія Мадона Отарівна, доктор філософії за спеціальністю медицина, асистент кафедри загальної хірургії, анестезіології та паліативної медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна; Кашішева Олена Володимирівна, доктор філософії за спеціальністю медицина, асистент кафедри внутрішньої медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна; Козлова Тетяна Владиславівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри загальної хірургії, анестезіології та паліативної медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна; Лисенко Наталія Володимирівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна; Хомуленко Ігор Олександрович, кандидат медичних наук, доцент, кафедра педіатрії та хірургічних дисциплін Навчально-наукового медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили; Целік Наталія Євгенівна, доктор філософії за спеціальністю медицина, асистент кафедри внутрішньої медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна; Чернишов Олег Володимирович, кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін Навчально-наукового медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили; Шоп Ірина Вячеславівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри внутрішньої медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна; Яковенко Наталія Олександрівна, кандидат медичних наук, доцент, кафедра педіатрії та хірургічних дисциплін Навчально-наукового медичного інституту Чорноморського національного університету імені Петра Могили;

Редакційна колегія: Тихонова Т.М., Матвєєнко М.С., Чернишов О.В.

Адреса оргкомітету:

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна
Медичний факультет, майдан Свободи 4, м. Харків, Україна, 61022
Чорноморського національного університету імені Петра Могили
вул. 68 Десантників 10, Миколаїв, 54000

Коморбідність соматичних та ментальних розладів: тези доповідей наукової-практичної конференції. (26 березня 2026 р., м. Харків, Україна) [Електронний ресурс]. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2026. – Систем. вимоги: процесор Pentium-класу; ОС Windows 7/10; Acrobat Reader 10. – 71 с. (PDF)

URI <https://ekhnuir.karazin.ua/handle/123456789/25803>

У збірнику тез доповідей науково-практичної конференції «Коморбідність соматичних та ментальних розладів» висвітлено актуальні питання взаємозв'язку психічного та соматичного здоров'я. Представлено результати клінічних, експериментальних і оглядових досліджень, присвячених проблемам тривожних і депресивних розладів, когнітивних порушень, психосоматичних захворювань, хронічного болювого синдрому, психоемоційних наслідків ендокринної, серцево-судинної, гастроентерологічної та іншої соматичної патології. Особливу увагу приділено питанням діагностики, профілактики та лікування коморбідних станів, впливу стресу на формування функціональних порушень, особливостям психічного здоров'я студентів, підлітків та пацієнтів різних вікових груп. Розглянуто сучасні підходи до міждисциплінарної взаємодії фахівців у наданні медичної допомоги та підвищенні якості життя пацієнтів.

Матеріали збірника становлять інтерес для науковців, викладачів, лікарів різних спеціальностей, психологів, здобувачів вищої медичної освіти та всіх, хто займається питаннями психосоматичної медицини та охорони психічного здоров'я.

За достовірність викладених наукових даних і текст відповідальність несуть автори. Тези друкуються в авторській редакції.

URI <https://ekhnuir.karazin.ua/handle/123456789/25803>

ЗМІСТ

ХРОНІЧНИЙ СТРЕС ЯК ТРИГЕР РОЗВИТКУ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ У СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ*Аль-Травнех О.В., Мартим'янова Л.О.,**Василенко О.О., Медведєва К.А. 7***ЗАЛЕЖНІСТЬ НЕЙРОПСИХІАТРИЧНИХ ТА ВЕГЕТАТИВНИХ ПРОЯВІВ ТИРЕОТОКСИКОЗУ ВІД РІВНЯ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНУ***Барабаш Н.Є., Каніщева О.В., Шон І.В. 10***ПОЛПРАГМАЗІЯ У КОМОРБІДНОГО ПАЦІЄНТА: ЯК УНИКНУТИ НЕБЕЗПЕЧНИХ ВЗАЄМОДІЙ МІЖ ПСИХОТРОПНИМИ ТА СОМАТИЧНИМИ ПРЕПАРАТАМИ***Барсукова С.Б. 14***ПІСЛЯПОЛОГОВА ДЕПРЕСІЯ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК З БОЛЬОВИМИ РОЗЛАДАМИ У ПОРОДІЛЬ***Богущька І.І. 16***ПСИХОТИЧНІ ЯВИЩА У ПАЦІЄНТІВ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ***Васильєв В.В. 18***ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ І БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У СТУДЕНТІВ***Гайченко А.В. 21***РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ ТА ЇХ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З КАРДІОЛОГІЧНОЮ ТА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ***Гіносян А.М. 23***КОМОРБІДНІ ПСИХІЧНІ ТА АЛГІЧНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАСТАТИЧНОЮ МЕЛАНОМОЮ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТА СТРАТЕГІЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ***Чернишов О.В., Дробот В. Г. 25***ЕТІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ СОМАТОФОРМНІЙ ВЕГЕТАТИВНІЙ ДИСФУНКЦІЇ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ***Чернишов О.В., Дроботун О.С. 27*

СТИГМАТИЗАЦІЯ МЕНТАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ЗАГАЛЬНІЙ МЕДИЦИНІ: ЧОМУ ЛІКАРІ ІНОДІ «НЕ ПОМІЧАЮТЬ» ДЕПРЕСІЮ

Чернишов О.В., Дроботун О.С. 29

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ

Канищева О.В., Лисенко Н.В., Целік Н.Є. 31

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА КЛАСИФІКАЦІЯ МАСКОВАНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПСИХОСОМАТИЧНІЙ МЕДИЦИНІ

Маскайкіна О.С. 34

ПСИХОЛОГІЧНІ ТА МІКРОСОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ СОМАТОФОРМНИХ ТА БОЛЬОВИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Моначин Г.В. 37

ЛАТЕРАЛЬНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ ЗА ПАТЕРНОМ «ПОПЕРЕК–СІДНИЦЯ–СТЕГНО» ТА ЙОГО АСОЦІАЦІЯ З ГЕПАТОБІЛІАРНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Марков О.В., Мартиненко О.В., Матвеєнко М.С. 39

ДЕЛІРІЙ, ЯК НАСЛІДОК ПРИХОВАНОЇ ГІПЕРКАПНІЇ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПАЦІЄНТА

Матвеєнко М.С., Козлова Т.В., Ляшок А.Л. 41

ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ТЕРАПІЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ОЖИРІННІ

Павлова І.М. 44

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХО-ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ І ТИПУ

Тихонова Т.М., Барабаш Н. Є., Горишунська М. Ю. 46

НЕОРГАНІЧНИЙ ЕНУРЕЗ У ХЛОПЧИКІВ ТА ПОЄДНАННЯ ЙОГО З УРОЛОГІЧНОЮ ІНФЕКЦІЙНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: РИЗИК РОЗВИТКУ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

Трошева В.Д. 48

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ СЕРТРАЛІНУ ТА ФЛУОКСЕТИНУ В ТЕРАПІЇ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ: ДОСВІД УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ*Хомуленко І.О.* 50**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХО-ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ***Целік Н.Є., Канищева О.В., Кар О.О.* 52**НЕДОСТАТНІСТЬ ВІТАМІНУ Д ТА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ***Чернишов О.В.* 55**ДЕПРЕСІЯ ЯК НЕЗАЛЕЖНИЙ ФАКТОР РИЗИКУ ІНФАРКТУ МІОКАРДА: ВІД ПАТОФІЗІОЛОГІЇ ДО КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ***Чернишов О.В.* 56**МАСКИ ГІПОТИРЕОЗУ В ПСИХІАТРІЇ: КОЛИ ЗА АПАТІЄЮ ХОВАЄТЬСЯ ЕНДОКРИННА ПАТОЛОГІЯ***Чернишов О.В., Моначин Г.В.* 58**ПСИХОЛОГІЧНІ БАР'ЄРИ В ТЕРАПІЇ ОЖИРІННЯ: ЧОМУ ПАЦІЄНТ «ЗАЙДАЄ» СТРЕС І ЯК ЙОМУ ДОПОМОГТИ***Чернишов О.В.* 60**ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК НЕВРОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ТЯЖКОСТІ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ: КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ***Чернишов О.В., Хомуленко І.А.* 62**МАСКОВАНІ ДЕПРЕСІЇ НА ПЕРВИННОМУ МЕДИЧНОМУ РІВНІ***Чернишов О.В.* 64**КОМОРБІДНІСТЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА МЕНТАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ: КЛІНІКО-ТЕРАПЕВТИЧНИЙ АНАЛІЗ***Чернишов О.В., Яковенко Н.О.* 66**ЕТІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ТА КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СОМАТОФОРМНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ***Яковенко Н.О.* 68

ХРОНІЧНИЙ СТРЕС ЯК ТРИГЕР РОЗВИТКУ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ ДИСПЕПСІЇ У СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ

Аль-Травнех О.В.

*кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри внутрішньої
медицини медичного факультету,*

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Харків, Україна*

Мартим'янова Л.О.

*кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри внутрішньої
медицини медичного факультету,*

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Харків, Україна*

Василенко О.О.

асистент кафедри внутрішньої медицини медичного факультету,

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Харків, Україна*

Медведева К.А.

студентка 6 курсу медичного факультету,

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Харків, Україна*

Актуальність. В умовах воєнного стану в Україні рівень хронічного психоемоційного напруження в популяції суттєво зріс, що пов'язано з постійною загрозою життю, інформаційним перевантаженням, порушенням звичного способу життя, нестабільністю соціально-економічних умов та необхідністю адаптації до тривалого стресу. Особливо вразливою категорією є студенти медичних закладів вищої освіти, які поєднують інтенсивне навчання з психологічним навантаженням, пов'язаним із професійною відповідальністю, клінічною практикою, чергуваннями у лікарнях та емоційним контактом із пацієнтами. Тривалий вплив стресогенних факторів воєнного часу сприяє формуванню дезадаптаційних реакцій, порушенню нейроендокринної

регуляції та дисбалансу у системі «мозок–кишківник», що є ключовими патогенетичними ланками у розвитку функціональної диспепсії.

Мета роботи. Дослідити вплив хронічного стресу, спричиненого воєнними умовами, на розвиток функціональної диспепсії студентів медичного факультету за допомогою власноруч розробленого опитувальника, опитувальника SF-36 та шкали FAS.

Матеріали та методи. Дослідження проводилося за допомогою власноруч розробленого опитувальника, який містив 29 питань, серед яких 17 мали 2 варіанти відповідей (так; ні), і 12 питань з відкритими відповідями, опитувальника SF-36 (оцінка рівня якості життя) та FAS (шкала оцінки рівня втоми). У дослідженні взяли участь 68 студентів 4 – 5 курсів медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, у тому числі 13 хлопців (19,1%) і 55 дівчат (80,9%).

Результати. Аналіз показників власноруч розробленого опитувальника встановив про наявність скарг у 25 осіб (36,7%) з 68 студентів з боку травної системи, що відповідали критеріям функціональної диспепсії за IV Римською класифікацією, включаючи епізодичний біль і дискомфорт в епігастрії, порушення відчуття насичення. Серед осіб, що мали гастроентерологічні скарги, найпоширенішим проявом виявився біль або дискомфорт у верхній частині живота, який спостерігався у 16 осіб (64%) і часто посилювався під час стресових подій, таких як іспити чи тривога за близьких. Ще 72% (18 студентів) зазначили відчуття переповненого живота після їжі, що супроводжувалося здуттям та важкістю. Студенти розцінювали такі симптоми як результат нерегулярного харчування і хронічного стресу. Про відчуття раннього насичення, коли їжа перестає подобатися після кількох ковтків, повідомили 56% (14 студентів), що є характерним для постпрандіального дистрес-синдрому та пов'язане з уповільненням моторики шлунка під впливом стресу. Нудота, переважно

після їжі або вранці, турбувала 48% (12 студентів), що можна пояснити гіперактивністю блукаючого нерву та підвищеним рівнем кортизолу. Додатково 24% (6 студентів) описали інші скарги, такі як періодична діарея чи запор, пов'язані з активністю кишечника на фоні стресу, що посилювало загальний дискомфорт.

За даними опитувальника SF-36, 28 (41,2%) респондентів відзначають суттєвий рівень емоційних обмежень, 15 (22,1%) – низький рівень емоційного благополуччя, а 26 (38,3%) – низький рівень життєвої енергії (вітальності). Крім того, 21 (31,6%) студент повідомив про негативні зміни стану здоров'я за останній період, що може відображати погіршення психоемоційного стану. За результатами шкали втоми FAS, число 19 (28,36%) опитаних має виражений (сильний) рівень втоми. Середній показник розумової втоми становив 15,18 бали та був зафіксований у 17 (24%) респондентів, що відповідає помірному когнітивному виснаженню. Середній рівень фізичної втоми – 15,67 бали – був зафіксований у 22 (32%) опитаних студентів, що свідчить про виражене фізичне перевтомлення.

Висновки. Отримані дані підкреслюють необхідність раннього виявлення симптомів функціональної диспепсії у студентів медичних закладів вищої освіти та впровадження профілактичних програм, спрямованих на зниження рівня психоемоційного напруження, нормалізацію режиму праці та відпочинку, формування стресостійкості.

ЗАЛЕЖНІСТЬ НЕЙРОПСИХІАТРИЧНИХ ТА ВЕГЕТАТИВНИХ ПРОЯВІВ ТИРЕОТОКСИКОЗУ ВІД РІВНЯ ТИРЕОТРОПНОГО ГОРМОНУ

Барабаш Н.Є.

кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри внутрішньої медицини медичного факультету,

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Харків, Україна*

Каніщева О.В.

доктор філософії зі спеціальності Медицини, асистент кафедри внутрішньої медицини медичного факультету,

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Харків, Україна*

Шоп І.В.

кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри внутрішньої медицини медичного факультету,

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Харків, Україна*

Актуальність. Тиреотоксикоз асоціюється з широким спектром нейропсихіатричних проявів: тривожністю, дратівливістю, емоційною лабільністю, порушенням сну, зниженням концентрації уваги, когнітивною дисфункцією, а в тяжких випадках – навіть психотичними епізодами. Ці симптоми суттєво погіршують якість життя, працездатність і соціальне функціонування пацієнтів з різними формами тиреотоксикозу. Разом з тим, психоемоційні розлади нерідко трактуються як «самостійні» тривожні чи депресивні стани, що затримує діагностику тиреотоксикозу та своєчасну корекцію тиреоїдного статусу. Навіть субклінічні зміни функції щитоподібної залози, при яких рівень тиреотропного гормону (ТТГ) знижений за наявності нормальних трийодтироніну та тироксину, можуть супроводжуватися змінами настрою, самопочуття, когнітивних функцій і показників якості життя. Окремі клінічні дослідження свідчать про зв'язок порушень настрою та тривоги з ризиком розвитку як гіпо-, так і гіпертиреозу, що вказує на двонапрямову

взаємодію між тиреоїдним статусом і психічним здоров'ям. Попри накопичені дані про нейропсихіатричні прояви тиреотоксикозу, залишається недостатньо вивченим питання, чи існує чітка кількісна залежність між ступенем супресії ТТГ та вираженістю психоемоційних і когнітивних порушень у реальних пацієнтів, які отримують стандартну терапію. Немає також однозначних критеріїв, за якими лікар може прогнозувати ризик розвитку тривожно-депресивних симптомів або когнітивних розладів при різному рівні ТТГ, що обмежує персоналізацію лікування та підбір цільових діапазонів ТТГ для окремих груп хворих. З огляду на значний вплив психоемоційних і когнітивних симптомів на якість життя, прихильність до лікування та довгострокові результати терапії тиреотоксикозу, вивчення їх залежності від рівня ТТГ має важливе клінічне та соціальне значення. Це створить підґрунтя для оптимізації цільових показників ТТГ у хворих на тиреотоксикоз з урахуванням не лише соматичних, а й психоемоційних та когнітивних наслідків, а також для розробки мультидисциплінарних підходів до ведення таких пацієнтів із залученням психіатра та психолога.

Мета роботи. Аналіз нейропсихіатричних та вегетативних проявів у хворих з тиреотоксикозом залежно від ступеня компенсації тиреоїдного статусу.

Матеріали та методи. У дослідження було включено 47 хворих на тиреотоксикоз, 13 з яких – чоловіки (18%), 34 особи – жінки (82%) віком від 29 до 81 року (в середньому 53 ± 13.8 роки). Серед обстежуваних 29 осіб (62%) на момент діагностики захворювання мали субклінічний тиреотоксикоз, 18 осіб (38%) – маніфестний. Хворих було розподілено на 3 групи залежно від рівня ТТГ на момент обстеження. Групу 1 склали 29 осіб з рівнем ТТГ менше 0,1 мМО/л (Me 0,005 [0,001; 0,038]); групу 2 – 10 осіб з ТТГ від 0,1 до 0,399 мМО/л (Me 0,195 [0,100; 0,390]); групу 3 – 8 осіб з ТТГ в межах нормальних значень (від 0,4 до 4 мМО/л) на тлі адекватної тиреостатичної терапії (Me 1,090 [0,410; 2,777]). Усім хворим було проведено повне лабораторно-інструментальне обстеження.

Нейропсихіатричний та вегетативний статус хворих було оцінено за наявністю, відсутністю або періодичною появою наступних скарг: психомоторного збудження, безсоння, швидкого мовлення, тремору кінцівок та/або тіла, відчуття серцебиття або аритмічної діяльності серця, прискореного пульсу у стані спокою, підвищення артеріального тиску (АТ), підвищення апетиту, непереносимості тепла, пітливості, м'язової слабкості. Статистична обробка даних проводилася за допомогою критерію χ^2 Пірсона.

Результати. На підставі проведеного обстеження та опитування хворих було встановлено, що серед пацієнтів 1-ої групи усі перелічені симптоми зустрічалися частіше, ніж у пацієнтів інших груп. Так, психомоторне збудження з відповідями хворих «так» та «час від часу» зустрічалось у 83% хворих порівняно з 50% у другій та 75% у третій групі ($\chi^2 = 7.604$, $p=0.108$). Достатньо високий відсоток наявності збудження у хворих 3-ої групи можна пояснити тим, що на момент обстеження їх ТТГ компенсувався тиреостатичною терапією і, ймовірно, гормональна коменсація стану дещо передувала регресу вказаної симптоматики. Достовірно частіше (у 90% хворих 1-ої та 2-ї груп) порівняно з хворими 3-ої групи (62%) зустрічалось безсоння, що відображає вплив навіть невеликого зниження ТТГ нижче нижньої межі референсного значення на означений симптом. При цьому, між 1-ою та 2-ою групами виявлено суттєву різницю між кількістю хворих з відповіддю на запитання «так» (83 та 30%, відповідно) ($\chi^2 = 17.517$, $p = 0.002$). Швидке мовлення відмічалось у 62% хворих 1-ої групи порівняно з 30% та 26% у хворих 2-ої та 3-ої групи, відповідно ($\chi^2 = 5.887$, $p = 0.208$). Достовірно частіше у хворих з вираженим пригніченням ТТГ (1-ша група) при опитуванні та об'єктивно виявлявся тремор (86% проти 60 та 63% у 2-ій та 3-ій групах, відповідно). При цьому, при детальному аналізі звертало увагу, що хворі 1-ої групи відмічали тремор з відповіддю на запитання «так» у 72% випадків, а «час від часу» – у 14%, в той час як у пацієнтів 2-ої та 3-ої груп переважна більшість пацієнтів з позитивною відповіддю помічали

тремор час від часу ($\chi^2 = 16.799$, $p = 0.003$). Відчуття серцебиття, яке є типовим для хворих з синдромом тиреотоксикозу, зустрічалось у хворих 1-ої, 2-ої та 3-ої груп з частотою 93, 90 та 62%, відповідно ($\chi^2 = 7.420$, $p = 0.116$), що відображає повільне зменшення цього вегетативного прояву захворювання у міру нормалізації тиреоїдного статусу. Така ж закономірність виявлена для аритмій: 69, 40 та 38%, відповідно ($\chi^2 = 4.489$, $p = 0.344$). Прискорений пульс, пов'язаний з активацією β -адренорецепторів при тиреотоксикозі, зустрічався достовірно частіше незалежно від ступеня фізичної активності та турбував хворих постійно у 62% хворих 1-ої групи, 30% хворих 2-ої та 13% осіб з 3-ої групи. Прискорений пульс, що виникав періодично, зустрічався у 31% хворих 1-ої групи, 60% хворих 2-ої групи та 13% хворих 3-ої групи. Залежність вказаного симптома від рівня ТТГ показала достовірно значущий зворотній зв'язок ($\chi^2 = 22.948$, $p < 0,001$). Не встановлено достовірного зв'язку між показником ТТГ та рівнем АТ ($\chi^2 = 3.937$, $p = 0.415$), підвищенням апетиту ($\chi^2 = 4.664$, $p = 0.324$), пітливістю ($\chi^2 = 1.983$, $p = 0.739$) та м'язовою слабкістю ($\chi^2 = 4.210$, $p = 0.379$). В той же час, тенденцію до суттєвої різниці мав показник непереносимості тепла ($\chi^2 = 7.630$, $p = 0.107$). Ця скарга, як відомо, є частим проявом гіпертиреозу і в нашому дослідженні вона зустрічалася у 68% пацієнтів 1-ої та 60% пацієнтів 2-ої групи, тоді як 75% хворих з нормальним ТТГ (3-тя група) не спостерігали у себе подібного прояву.

Висновки. Найнижчі значення ТТГ ($<0,1$ мМО/л) асоціювалися з достовірно вищою частотою нейропсихіатричних (безсоння) та вегетативних (тремор, прискорений пульс) симптомів тиреотоксикозу, що підтверджує вплив ступеня виразності тиреотоксикозу на центральну і автономну нервову систему. При вираженій супресії ТТГ ($<0,1$ мМО/л) доцільно посилювати моніторинг нейропсихіатричних проявів (особливо безсоння, тремору) та вегетативних симптомів для своєчасної корекції терапії, що може покращити якість життя та прихильність пацієнтів до лікування.

ПОЛІПРАГМАЗІЯ У КОМОРБІДНОГО ПАЦІЄНТА: ЯК УНИКНУТИ НЕБЕЗПЕЧНИХ ВЗАЄМОДІЙ МІЖ ПСИХОТРОПНИМИ ТА СОМАТИЧНИМИ ПРЕПАРАТАМИ

Барсукова С.Б.

лікар-психіатр, завідувача відділення

Миколаївського обласного центру психічного здоров'я,

Миколаїв, Україна

Актуальність. Проблема поліпрагмазії у коморбідних пацієнтів набула статусу глобальної загрози безпеці пацієнтів особливо в практиці внутрішньої медицини та психіатрії. Поєднання декількох хронічних соматичних захворювань з афективними або когнітивними розладами змушує лікарів призначати одночасно понад п'ять лікарських засобів що експоненціально підвищує ризик непередбачуваних міжлікарських взаємодій. Психотропні препарати часто виступають інгібіторами або індукторами системи цитохрому P450 що критично змінює концентрацію кардіологічних ендокринологічних та гастроентерологічних засобів у плазмі крові. Недостатня увага до фармакокінетичного профілю призначеної терапії призводить до тяжких ятрогенних ускладнень таких як подовження інтервалу QT медикаментозна гіпотензія або серотоніновий синдром що вимагає розробки стратегій безпечного супроводу коморбідних хворих.

Мета роботи. Проаналізувати частоту та структуру потенційних міжлікарських взаємодій у пацієнтів із коморбідною патологією які отримують одночасно соматичну та психотропну терапію для розробки практичних рекомендацій з мінімізації ризиків.

Матеріали та методи. Дослідження проведено у 2024 – 25 році шляхом аналізу листів призначень 40 пацієнтів віком від 55 до 78 років які перебували на стаціонарному лікуванні. Для виявлення клінічно значущих взаємодій використовувалися комп'ютеризовані системи моніторингу

(Drug Interaction Checker) та алгоритм оцінки ймовірності побічних реакцій Наранжо. Критерієм включення було одночасне вживання щонайменше одного психотропного засобу (антидепресанту нейрореплетика або анксиолітика) та трьох і більше соматичних препаратів.

Результати. У ході дослідження встановлено що у 85% пацієнтів спостерігалася поліпрагмазія (призначення 6 та більше лікарських засобів). Потенційно небезпечні взаємодії було виявлено у 62% випадків. Найбільш поширеними виявилися взаємодії між селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну та нестероїдними протизапальними засобами або антикоагулянтами що підвищувало ризик шлунково-кишкових кровотеч у 3,5 рази. Також зафіксовано високу частоту поєднань антипсихотиків із препаратами що впливають на електролітний баланс що створювало ризик розвитку фатальних аритмій. Встановлено що використання цифрових інструментів перевірки взаємодій на етапі призначення дозволило змінити схему лікування у кожного третього пацієнта запобігаючи розвитку побічних ефектів.

Висновки. Поліпрагмазія є неминучим наслідком коморбідності проте пов'язані з нею ризики можна мінімізувати через впровадження обов'язкового фармацевтичного моніторингу та використання електронних баз взаємодій. Ключовим правилом уникнення небезпечних комбінацій має стати переважне застосування препаратів із мінімальним впливом на метаболізм печінки та регулярний контроль ЕКГ у пацієнтів які отримують нейрореплетики. Інтеграція знань з клінічної фармакології в роботу лікарів первинної та вторинної ланки є необхідною умовою для переходу від поліпрагмазії до раціональної фармакотерапії що забезпечить вищий рівень безпеки та прихильності хворих до лікування.

ПІСЛЯПОЛОГОВА ДЕПРЕСІЯ ТА ЇЇ ЗВ'ЯЗОК З БОЛЬОВИМИ РОЗЛАДАМИ У ПОРОДІЛЬ

Богущька І.І.

лікар-психіатр, лікар ординатор психіатричного відділення

Миколаївського обласного центру психічного здоров'я,

Миколаїв, Україна

Актуальність. Актуальність дослідження післяпологової депресії зумовлена її статусом одного з найбільш поширених та деструктивних психічних розладів у жінок, який маніфестує протягом першого року після народження дитини та спричиняє глибокий негативний вплив на загальний стан здоров'я матері, а також на довгостроковий психомоторний та емоційний розвиток немовляти. Сучасна нейробіологічна парадигма розглядає хронічний біль та депресивні стани як патології зі спільними етіопатогенетичними механізмами, що базуються на порушенні регуляції ключових нейромедіаторних систем, таких як серотонінергічна, норадреналінергічна та дофамінергічна, а також на активації каскадів нейрозапалення у відповідь на системний стрес. Хронічний біль у післяпологовому періоді, що виникає внаслідок родового травматизму, складних акушерських маніпуляцій або абдомінального розродження (кесаревого розтину), виступає критичним тригером дестабілізації психоемоційної сфери, виснажуючи адаптаційний ресурс нервової системи. Важливість вивчення цього взаємозв'язку підтверджується даними аналізу групи з 47 пацієнтів із соматоформними та больовими розладами, де було встановлено, що інтенсивність соматичних скарг безпосередньо корелює з рівнем алекситимії та глибиною депресивної симптоматики. У контексті перинатальної медицини соматизований біль часто стає «скраном», за яким приховується афективний розлад, що значно ускладнює своєчасну діагностику та призводить до психосоматичної інвалідації жінки. Необхідність детального вивчення кореляції між соматичним болем та депресією зумовлена гострою потребою в удосконаленні мультидисциплінарних реабілітаційних

програм для породіль, у яких стратегія адекватного знеболення та раннього виявлення соматоформних скарг виступає не лише терапевтичним заходом, а й фундаментальним інструментом профілактики важкої психічної дезадаптації, порушень материнської прив'язаності та деструкції сімейних відносин.

Мета роботи. Дослідити взаємозв'язок між інтенсивністю хронічного болю та вираженістю симптомів післяпологової депресії у жінок для обґрунтування мультидисциплінарного підходу до їхньої терапії.

Матеріали та методи. Дослідження проведено у 2024 році. Обстежено 45 породіль віком від 19 до 38 років на базі акушерського відділення. Основними методами були клініко-психопатологічне спостереження та тестування. Рівень депресії оцінювався за допомогою Единбурзької шкали післяпологової депресії (EPDS). Для вимірювання інтенсивності больового синдрому використовувалася Візуально-аналогова шкала (VAS). Статистична обробка отриманих даних проводилася з використанням кореляційного аналізу за Пірсоном.

Результати. У ході дослідження встановлено що ознаки післяпологової депресії (бал за EPDS понад 10) спостерігалися у 28% жінок. Виявлено пряму позитивну кореляцію високої сили між інтенсивністю тазового болю та болю в ділянці післяопераційного рубця (VAS) та показниками депресії ($r = 0,64$; $p < 0,01$). Пацієнтки з хронічним больовим синдромом демонстрували вищі рівні тривожності порушення сну та труднощі у встановленні емоційного контакту з дитиною. Доведено що інтенсивний біль у перші тижні після розродження значно підвищує ймовірність формування стійкого депресивного стану через 1 – 2 місяці після пологів що підкреслює роль больового фактора як предиктора афективних порушень.

Висновки. Соматичний біль у породіль є вагомим чинником ризику розвитку післяпологової депресії що підтверджує тісний психосоматичний зв'язок у цей

вразливий період. Отримані результати свідчать про необхідність раннього та агресивного контролю больових розладів у жінок після пологів як важливої складової збереження їхнього психічного здоров'я. Інтегрований підхід що поєднує медикаментозне знеболення з психологічною підтримкою є оптимальною стратегією для попередження довготривалих емоційних ускладнень та забезпечення успішного материнства.

ПСИХОТИЧНІ ЯВИЩА У ПАЦІЄНТІВ В ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Васильєв В.В.

лікар-психіатр, завідувача відділення

Миколаївського обласного центру психічного здоров'я,

Миколаїв, Україна

Актуальність. Психотичні розлади у післяопераційному періоді залишаються критичним ускладненням хірургічного лікування що суттєво гальмує процес реабілітації та підвищує ризики тривалої госпіталізації. В умовах прифронтового Миколаєва додатковим патогенним чинником виступає кумулятивний вплив стресу на нервову систему пацієнтів що знижує поріг виникнення психічних розладів після хірургічної агресії та анестезії. Потреба у вивченні післяопераційних психозів зумовлена необхідністю впровадження швидких діагностичних алгоритмів в ургентній медицині. Особливо важливо налагодити взаємодію між соматичними та психіатричними лікарнями.

Мета роботи. Дослідити клініко-динамічні характеристики та частоту виникнення післяопераційних психотичних станів у пацієнтів лікарні швидкої медичної допомоги для вдосконалення методів профілактики.

Матеріали та методи. Дослідження проведено протягом 2023 – 25 років в Комунальному некомерційному підприємстві Миколаївської міської ради Лікарня швидкої медичної допомоги міста Миколаєва та Миколаївського обласного центру психічного здоров'я. Обстежено 29 пацієнтів віком від 23 до 72 років (середній вік склав 54 роки). Гендерний розподіл продемонстрував

значну перевагу чоловіків які становили 77% вибірки. У роботі використано клініко-психопатологічний метод та валідизовані інструменти оцінки стану свідомості: шкалу оцінки делірію для відділень інтенсивної терапії (Confusion Assessment Method for the ICU, CAM-ICU) та скринінгову шкалу делірію для медичних сестер (Nursing Delirium Screening Scale, Nu-DESC).

Результати. У результаті комплексного обстеження 47 пацієнтів було встановлено багатофакторну структуру розвитку післяопераційних психотичних станів та соматоформних порушень. Аналіз отриманих даних дозволив виявити чіткі кореляції між клінічною картиною, віком та методами діагностики.

1. Поширеність та часові характеристики: Психотичні явища розвинулися у 21% обстежених (10 осіб із 47). Важливою особливістю став так званий «світлий проміжок»: симптоматика маніфестувала переважно на 2 – 3 добу після оперативного втручання. Це свідчить про роль виснаження компенсаторних механізмів ЦНС та кумулятивний ефект післяопераційного болю як тригера делірію.

2. Гендерна специфіка та форми розладу. Дослідження виявило статистично значущі відмінності в проявах розладів залежно від статі: Чоловіки: продемонстрували вищу схильність до гіперактивних форм делірію. Клінічна картина характеризувалася вираженим психомоторним збудженням, агресивністю та дезорієнтацією в просторі. Жінки: частіше схилилися до гіпоактивних або змішаних форм, що часто маскувалося під глибоку післяопераційну седацию, ускладнюючи вчасну діагностику.

3. Оцінка за шкалою CAM-ICU. Використання алгоритму CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the ICU) дозволило верифікувати діагноз у більшості випадків. Основними клінічними доменами були: Порушення уваги: пацієнти не могли зосередитися на запитаннях, демонструючи симптом «ковзання». Дезорієнтація: повна або часткова втрата розуміння місця перебування та часу.

Розлади сприйняття: ілюзорні сприйняття медичного обладнання (наприклад, сприйняття крапельниць як загрозливих об'єктів).

4. Віковий аспект (група 60+). У віковій групі пацієнтів старше 60 років спостерігалася найбільш важка динаміка: Тривалість: психотичні стани тривали на 30-40% довше, ніж у молодих пацієнтів. Циркадні ритми: зафіксовано стійку інверсію циклу сну та бадьорості (апатія вдень та виражене збудження вночі). Симптоматика: домінували несистемні галюцинації фрагментарного характеру, які часто перепліталися з іпохондричними скаргами на «біль у всьому тілі».

5. Порівняльна ефективність діагностичних шкал. Одним із ключових результатів стало підтвердження високої чутливості шкали Nu-DESC (Nursing Delirium Screening Scale): Встановлено, що застосування Nu-DESC дозволило виявити початкові прояви розладів свідомості на 4 – 6 годин раніше, ніж при стандартному клінічному спостереженні. Це дає змогу розпочати нейропротекторну та симптоматичну терапію ще на етапі «передделірію», значно покращуючи прогноз одужання.

Важливо: Своєчасний скринінг за допомогою стандартизованих шкал дозволяє нівелювати ризик переходу гострого психозу в хронічні когнітивні порушення у післяопераційному періоді.

Висновки. Психотичні розлади у післяопераційному періоді є мультифакторним станом де чоловіча стать та вік понад 60 років виступають додатковими предикторами ускладнень. Використання спеціалізованих шкал CAM-ICU та Nu-DESC в умовах ЛШМД міста Миколаєва забезпечує вчасну верифікацію деліріозних станів. Мультидисциплінарний підхід із раннім залученням психіатра до ведення післяопераційних хворих є критично важливим для запобігання хронізації когнітивного дефіциту та успішного відновлення пацієнтів.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ І БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ У СТУДЕНТІВ

Гайченко А.В

студентка 6 курсу

навчально-наукового медичного інституту,

Чорноморський національний університет імені Петра Могили,

Миколаїв, Україна

Актуальність. Тривожні розлади та соматичні тілесні симптоми – широко поширена проблема серед студентів вищих навчальних закладів у сучасному світі. Студентське життя супроводжується високим рівнем стресу, академічним навантаженням, недостатнім сном, соціальним тиском, що призводить до загострення емоційного напруження. Постійний пошук електропостачання, безпечного середовища та загальний фон війни в Україні – значною мірою впливають на ментальне здоров'я студентської спільноти. Дослідження показують, що стрес і тривога можуть проявлятися не лише психологічно, але й мати тілесні наслідки, зокрема у вигляді болю без видимої фізичної травми- так званий психогенний або соматичний біль. За сучасними уявленнями, тривога, як емоційний стан, здатна суттєво змінювати фізіологічні реакції організму: посилювати м'язове напруження, змінювати чутливість больового порогу та впливати на функції нервової системи, що призводить до відчуття болю у різних частина тіла без видимої фізичної травми. Такий феномен часто спостерігається у студентів під час періодів інтенсивного навантаження, наприклад іспитів, сесійних тижнів тощо.

Психогенні больові симптоми, такі як головний біль напруги, біль у шиї чи м'язах- це побічні прояви тривоги, що також може самостійно посилювати психоемоційне навантаження, створюючи замкнене коло стрес, біль, ще більша тривога. Це особливо актуально для студентів, чий спосіб життя характеризується переважно сидячою позицією, напруженою увагою та недостатньою фізичною активністю.

Мета роботи. Мета дослідити взаємозв'язок тривожних розладів і виникнення больового синдрому у студентів.

Матеріали та методи. Для дослідження ми використали клінічні спостереження групи студентів та провели опитування, проаналізували скарги у молодих людей- переважно 18 – 32 роки. Намагалися вивчити вплив стресу / тривоги на тілесні симптоми (болючі відчуття, м'язова напруга, головні болі) та зрозуміти патерн таких станів.

Результати. 1. Стрес і м'язове напруження як медіатори больових відчуттів: На фізіологічному рівні стрес і тривога запускають рефлекторне скорочення м'язів, як адаптація до потенціальної загрози. Підвищена м'язова напруга може тривати годинами, днями, створюючи відчуття болю без видимого ушкодження тканин, постійний тонус, спазм, напруга спричинює міофасціальну відповідь у вигляді болю без видимої травми.

2. Академічний стрес та соматичні розлади: Аналіз досліджень студентів – медиків показав, що рівень академічного стресу значною мірою корелює з частотою головного болю та м'язових больових відчуттів в ділянці ший, плечах, щелепі, що підтверджують опитувальні данні. Крім того було виявлено парафункціональні звички такі як зубне скреготіння, стискання щелепи, симптоми подібні до невралгії трійчастого нерву, біль одного ока, над бровою, біль у самій щелепі. Загальна тенденція вказує на те, що тривога може бути значним фактором, що моделює частоту і вираженість даних скарг.

3. Взаємне підсилення стресу і болю: Стрес і біль створюють ситуацію, коли стрес викликає не лише больовий синдром, але і сама стає джерелом нових стресових реакцій. Це призводить до порочного кола де стрес – біль – ще більша тривога і больові симптоми. Даний ефект вказує на необхідність двосторонньої оцінки психологічних і фізичних станів у цій групі досліджуваних.

Висновки. Отже, для комплексного розуміння стану студентів важливо не лише оцінювати психологічний рівень тривоги, але і помічати фізіологічні прояви, що можуть бути непомітними у потоці рутини та без спеціальної оцінки фахівцями. Подальші дослідження та інтервенції повинні бути спрямовані на комплексний підхід до здоров'я, гігієну середовища в якій навчається особа, не забувати про своєчасну профілактику соматичних симптомів, підтримку та стрес менеджмент.

РОЗПОВСЮДЖЕНІСТЬ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ ТА ЇХ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК З КАРДІОЛОГІЧНОЮ ТА ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Гіносян А.М.

Лікар-психіатр дитячий,

в.о. завідувача центру ментального здоров'я для дітей

Миколаївського обласного центру психічного здоров'я,

Миколаїв, Україна

Актуальність. Проблема тривожних розладів у підлітковому віці набуває особливого значення через високу лабільність нервової системи та зростання темпів соматизації психоемоційного напруження. Вивчення цієї проблеми стає вкрай необхідним етапом розвитку сучасної медицини. Сучасні умови в Україні супроводжуються постійним стресовим навантаженням на підлітків що провокує формування стійких функціональних порушень серцево-судинної та травної систем. Тісний взаємозв'язок між ментальним здоров'ям та соматичним станом вимагає мультидисциплінарного підходу до діагностики та лікування підлітків із коморбідною патологією. Розуміння механізмів впливу тривоги на розвиток кардіологічних та гастроентерологічних симптомів є необхідним для попередження хронізації захворювань у дорослому віці.

Мета роботи. Вивчити рівень розповсюдженості тривожних розладів серед підлітків із соматичними скаргами та встановити характер їхнього зв'язку з об'єктивними ознаками патології серця та органів шлунково-кишкового тракту.

Матеріали та методи. Дослідження проведено на базі клінічного закладу протягом 2024 року. У ньому взяли участь 65 підлітків віком від 12 до 17 років які перебували на обстеженні у кардіолога та гастроентеролога. Для оцінки психоемоційного стану використовувалася шкала тривоги Спілбергера-Ханіна та опитувальник тривожності Бека. Соматичний статус оцінювався за допомогою електрокардіографії ехокардіографії та фіброгастроуденоскопії. Статистична обробка даних проводилася з використанням кореляційного аналізу за Спірменом.

Результати. Встановлено що високий рівень тривожності виявляється у 58% обстежених підлітків. Серед пацієнтів із кардіологічними скаргами у 72% випадків виявлено прояви соматоформної вегетативної дисфункції серцево-судинної системи що супроводжувалися синусовою тахікардією та лабільністю артеріального тиску. У групі пацієнтів із гастроентерологічною патологією у 64% дітей діагностовано функціональну диспепсію та синдром подразненого кишечника які мали пряму кореляцію із показниками особистісної тривожності. Виявлено що посилення тривожних симптомів безпосередньо призводить до загострення больового синдрому в епігастрії та збільшення частоти епізодів серцебиття що підтверджує психосоматичний характер виявлених порушень.

Висновки. Результати дослідження підтверджують високу поширеність тривожних розладів серед підлітків із соматичною патологією та їхній детермінуючий вплив на клінічний перебіг кардіологічних та гастроентерологічних захворювань. Психоемоційний стан підлітка виступає вагомим чинником формування функціональних розладів внутрішніх органів.

Включення скринінгу на тривожність до стандартів обстеження у педіатрії та залучення психотерапевтів до лікувального процесу дозволяє підвищити ефективність терапії та покращити якість життя пацієнтів.

КОМОРБІДНІ ПСИХІЧНІ ТА АЛГІЧНІ РОЗЛАДИ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАСТАТИЧНОЮ МЕЛАНОМОЮ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТА СТРАТЕГІЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

Чернишов О.В.

*кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін
навчально-наукового медичного інституту,
Чорноморський національний університет імені Петра Могили,
Миколаїв, Україна*

Дробот В. Г.

*старший викладач кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін
навчально-наукового медичного інституту,
Чорноморський національний університет імені Петра Могили,
Миколаїв, Україна*

Актуальність. Меланома є однією з найбільш агресивних пухлин. Понад 70 – 80% пацієнтів на етапі метастазування страждають від інтенсивного хронічного болю. Фізичний біль та психоемоційні розлади утворюють «порочне коло», де депресія знижує больовий поріг, а біль посилює депресивний стан. Спільним нейрохімічним механізмом обох станів є дефіцит серотоніну та норадреналіну, що призводить до функціональної недостатності антиноцицептивної системи. В умовах повномасштабної війни в Україні спостерігається феномен «подвійної травматизації» онкологічних хворих. Хронічний суспільний стрес створює преморбідне тло, яке виснажує адаптаційні можливості нервової системи. Це спричиняє «больову катастрофізацію», роблячи пацієнтів резистентними до стандартної монотерапії опіоїдами.

Мета роботи. Проаналізувати данні історії хвороби пацієнта з метастатичною меланомою та розробити стратегію паліативної допомоги.

Матеріали та методи. Проводилось клініко-лабораторне обстеження пацієнта з метастатичною меланомою IV стадії та супутнім вираженим алгічним синдромом.

Результати. Клінічний кейс: 1. Пацієнт: чоловік, 62 роки, з метастатичною меланомою IV стадії та неефективним попереднім лікуванням (циталопрам, габапентин). 2. Об'єктивні дані: лабораторно підтверджено активну деструкцію кісткової тканини (ЛФ 280 Од/л) та системне запалення (СРБ 24 мг/л, ШОЕ 45 мм/год). 3. Терапевтична стратегія: призначено дулоксетин (60 мг/добу) (представник селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну (СИЗСН)) для впливу на нейропатичний біль та оксикодон (10 мг) для купірування проривного болю. 4. Результат: на 7-му добу інтенсивність болю за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) знизилася з 8 до 4 балів, стабілізувався емоційний стан та нормалізувався сон.

Висновки. 1. Паліативна стратегія при меланомі має бути мультимодальною та обов'язково включати корекцію афективних розладів. 2. Дулоксетин демонструє високу ефективність завдяки подвійному механізму: регуляції настрою та посиленню низхідного гальмування болю. 3. Критично необхідним є впровадження протоколів раннього психологічного скринінгу у онкологічних хворих на рівні первинної медичної допомоги.

Етіологічні аспекти формування больового синдрому при соматоформній вегетативній дисфункції у підлітковому віці

Чернишов О.В.

*кандидат медичних наук, доцент,
завідувач кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін
навчально-наукового медичного інституту,
Чорноморський національний університет імені Петра Могили,
Миколаїв, Україна*

Дроботун О.С.

*старший викладач кафедри терапевтичних дисциплін
навчально-наукового медичного інституту,
Чорноморський національний університет імені Петра Могили,
Миколаїв, Україна*

Актуальність. Згідно з прогнозами ВООЗ, у найближчі десятиліття психічні розлади посядуть провідне місце в структурі захворюваності населення. Це супроводжуватиметься зростанням економічних збитків через витрати на тривале лікування та соціальну адаптацію пацієнтів. Соматоформна вегетативна дисфункція (СВД) з переважним ураженням серцево-судинної системи та шлунково-кишкового тракту, є однією з найпоширеніших форм психопатології в підлітковому віці. Актуальність вивчення СВД у пубертатному періоді зумовлена складністю диференціальної діагностики та терапії, оскільки патогенез цих станів базується на складних психологічних механізмах. Класичні теорії Ф. Александера, Ф. Данбар та М. Шура вказують на те, що формування соматичних порушень безпосередньо спричинене патопсихологічними проблемами, що виникли ще на ранніх етапах онтогенезу. СВД у підлітків розглядається як мультифакторний стан, де значну роль відіграє поєднання біологічної вразливості та кумулятивного впливу негативного мікросоціального оточення. Раннє виявлення етіологічних чинників больових синдромів дозволяє попередити хроніфікацію розладу та розвиток вторинних афективних порушень.

Мета роботи. Дослідити етіологічні чинники виникнення больового синдрому (цефалгій та абдоміналгій) у підлітків із соматоформною вегетативною дисфункцією та оцінити роль депресивних станів у їхньому формуванні.

Матеріали та методи. Обстежено 82 підлітки (48 дівчат – 58,5% та 34 хлопця – 41,5%) віком 16–17 років, які звернулися за психіатричною допомогою через стійкий больовий синдром. Діагностику здійснювали згідно з критеріями МКХ-10. Рівень депресії визначали за допомогою шкали депресії Бека. Аналізувався вплив психотравмуючих подій життя пацієнтів.

Результати. Проведене дослідження показало, що етіологічною основою больового синдрому в підлітковому віці є різні варіанти соматоформних розладів, які виявлено у 70,8% дівчат та 58,8% хлопців. У 32,2% пацієнтів зафіксовано невротичні порушення з тривожно-депресивною симптоматикою. Аналіз локалізації болю при СВД виявив суттєве переважання цефалгічних синдромів над абдомінальними болями. За результатами шкали Бека, у всіх обстежених діагностовано помірну або тяжку депресію. Найвищий рівень депресії зафіксовано при хронічному больовому розладі (F45.4). Встановлено, що 100% підлітків мали в анамнезі поєднання негативних життєвих подій. Дівчата продемонстрували вищу чутливість до психотравмуючого досвіду порівняно з юнаками. Максимальний вплив кумулятивних негативних факторів виявлено в групі дівчат із головним болем, тоді як найменший вплив психотравм зафіксовано у юнаків з абдомінальним больовим синдромом. Це вказує на гендерну специфіку сприйняття стресу та його соматизацію.

Висновки. Больовий синдром при СВД у підлітків є наслідком складної взаємодії психотравмуючих факторів та депресивних станів. Чітка кореляція між рівнем депресії та інтенсивністю болю підтверджує необхідність включення антидепресантів та психотерапії у протоколи лікування СВД. Отримані результати підкреслюють важливість врахування гендерних особливостей та психосоціального анамнезу при розробці індивідуальних реабілітаційних програм.

СТИГМАТИЗАЦІЯ МЕНТАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ЗАГАЛЬНІЙ МЕДИЦИНІ: ЧОМУ ЛІКАРІ ІНОДІ «НЕ ПОМІЧАЮТЬ» ДЕПРЕСІЮ

Чернишов О.В.

*кандидат медичних наук, доцент,
завідувач кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін
навчально-наукового медичного інституту,
Чорноморський національний університет імені Петра Могили,
Миколаїв, Україна*

Дроботун О.С.

*старший викладач кафедри терапевтичних дисциплін
навчально-наукового медичного інституту,
Чорноморський національний університет імені Петра Могили,
Миколаїв, Україна*

Актуальність. Стигматизація ментальних розладів залишається однією з головних перешкод на шляху до отримання вчасної допомоги пацієнтами з депресивними станами на рівні загальної медицини. Лікарі соматичного профілю часто фокусуються виключно на фізичних симптомах, підсвідомо уникаючи психопатологічної інтерпретації скарг через власні упередження або страх перед «маркуванням» пацієнта психіатричним діагнозом. Феномен «непомічання» депресії пов'язаний із переконанням, що психічні розлади є ознакою особистісної слабкості, а не медичним станом, що потребує терапії. В умовах високого навантаження на медичний персонал та дефіциту часу, стигма стає захисним механізмом, який дозволяє лікарю не виходити за межі звичної біологічної моделі лікування, що призводить до хронізації афективних розладів у населення.

Мета роботи. Дослідити рівень стигматизації ментальних розладів лікарями загальномедичної практики та проаналізувати чинники, які заважають діагностиці депресії на соматичному прийомі.

Матеріали та методи. Дослідження проведено у 2024 році шляхом анонімного анкетування 50 лікарів соматичного профілю (терапевтів,

сімейних лікарів, кардіологів). Використовувалася шкала ставлення медичного персоналу до психічних хворих (Opening Minds Stigma Scale for Health Care Providers, OMS-HC) та розроблений опитувальник щодо досвіду діагностики депресії. Учасники оцінювали свої переконання щодо пацієнтів із ментальними порушеннями та рівень власної компетентності у виявленні психопатологічних симптомів.

Результати. Аналіз опитування показав, що 42% лікарів відчувають дискомфорт при обговоренні ментального здоров'я з пацієнтами. Близько 35% респондентів вважають, що депресія є закономірною реакцією на соматичну хворобу і не потребує окремого лікування. Виявлено, що 28% лікарів уникають встановлення депресивного розладу, як супутнього діагнозу, через побоювання образити пацієнта або спровокувати конфлікт із родичами. Лише 15% опитаних систематично використовують скринінгові анкети у своїй роботі. Встановлено пряму залежність: чим вищим є рівень стигматизації за шкалою OMS-HC, тим меншою є кількість направлень пацієнтів до психотерапевта чи психіатра, що підтверджує негативний вплив упереджень на якість медичної допомоги.

Висновки. Стигматизація ментальних розладів серед лікарів загальної практики є вагомим бар'єром, який перешкоджає детекції депресії на ранніх етапах. Основною причиною ігнорування депресивних симптомів – є брак знань у поєднанні зі стійкими соціальними стереотипами щодо психіатрії. Подолання цього явища вимагає впровадження антистигматичних освітніх програм для медичного персоналу та нормалізації психологічної допомоги, як невід'ємної частини загальномедичного процесу. Тільки через дестигматизацію та інтеграцію ментального здоров'я в соматичну практику можна досягти покращення діагностики прихованих афективних порушень.

КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Канищева О.В.

доктор філософії за спеціальністю Медицина, асистент кафедри внутрішньої медицини медичного факультету,

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Харків, Україна*

Лисенко Н.В.

кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри внутрішньої медицини медичного факультету,

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Харків, Україна*

Целік Н.Є.

доктор філософії за спеціальністю Медицина, асистент кафедри внутрішньої медицини медичного факультету, Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,

Харків, Україна

Актуальність. Деменція залишається однією з найактуальніших медичних і соціальних проблем сучасності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, у світі налічується близько 50 млн осіб із деменцією. Щороку реєструється близько 10 млн нових випадків, а до 2030 р. очікується зростання кількості хворих до 82 млн із подальшим майже подвоєнням до 2050 р. Клінічній маніфестації деменції передують когнітивні порушення (КП), від легкого до помірного та тяжкого ступеню. Одним із провідних факторів ризику когнітивного зниження є захворювання серцево-судинної системи, насамперед артеріальна гіпертензія (АГ). Епідеміологічні дослідження, зокрема Framingham Heart Study, Atherosclerosis Risk in Communities Study та Honolulu-Asia Aging Study, переконливо продемонстрували прямий зв'язок між підвищеним систолічним артеріальним тиском (САТ) у середньому віці та ризиком когнітивного зниження у похилому віці. Підвищення САТ на кожні 10 мм рт. ст. асоціюється зі зростанням ризику помірних і тяжких КП. Крім того, субклінічне ураження головного мозку як органу-мішені при АГ виявляють майже у

половини пацієнтів, що перевищує частоту ураження серця чи нирок. Водночас питання впливу не лише рівня артеріального тиску (АТ), а й особливостей його добової варіабельності на когнітивні функції залишається дискусійним. Порушення циркадного ритму АТ розглядається як потенційний фактор цереброваскулярного ушкодження через механізми хронічної гіперперфузії, ендотеліальної дисфункції та підвищеної жорсткості артерій. Незважаючи на доведений зв'язок між стабільною АГ і когнітивними розладами, результати досліджень щодо впливу типу добового профілю АТ на когнітивну сферу є суперечливими, а кількість робіт у загальній популяції обмежена. Уточнення ролі циркадних особливостей АТ у формуванні когнітивного дефіциту може сприяти ранній стратифікації ризику, оптимізації антигіпертензивної терапії та розробці ефективних стратегій профілактики деменції.

Мета роботи. Вивчити стан когнітивних функцій у пацієнтів з артеріальною гіпертензією залежно від типу добового профілю артеріального тиску.

Матеріали та методи. Обстежено 75 пацієнтів з АГ II–III стадії у віці від 45 до 72 років, середній вік $59 \pm 6,12$ років. Частка чоловіків становила 35% (26 осіб), частка жінок – 65% (49 осіб). У дослідження не включали пацієнтів з частими гіпертонічними кризами в анамнезі, гемодинамічно значущими клапанними вадами серця, серцевою недостатністю IV функціонального класу, з будь-якими гострими станами (захворювання, інфекції, травми, операції тощо) протягом попередніх 3 міс., хронічними захворюваннями в стадії декомпенсації або загострення, психічними захворюваннями, органічним ураженням центральної нервової системи, онкологічними захворюваннями та осіб, що зловживають алкоголем та/чи наркотичними речовинами. Всім пацієнтам, що увійшли у дослідження, було проведено комплексне клінічно-анамнестичне обстеження з вивченням скарг, даних анамнезу, об'єктивних та додаткових методів дослідження. Додаткові методи включали лабораторні (клінічний аналіз крові та сечі, вміст глюкози натщесерце, ліпідний профіль, визначення рівня креатиніну

крові з подальшим розрахунком ШКФ) та інструментальні - добове моніторування АТ (ДМАТ), електрокардіографія, ультразвукове дослідження серця. За результатами ДМАТ визначали тип добового профілю САТ та відповідно до цього розподіляли пацієнтів на 4 групи: група 1 – тип добового профілю діпер – фізіологічне зниження АТ у нічний час, ступінь нічного зниження АТ (СНЗ) 10–20%, 33 особи; група 2 – тип добового профілю овердіпер – надлишкове зниження АТ у нічний час, СНЗ > 20%, 6 осіб; група 3 – тип добового профілю нондіпер – недостатнє зниження АТ у нічний час, СНЗ < 10%, 30 осіб; група 4 – тип добового профілю найтпікер – середні значення нічного АТ вищі за денні, СНЗ < 0%, 6 осіб. Для виявлення когнітивних порушень використовували коротку шкалу оцінки психічного статусу (Mini-Mental State Examination – MMSE). 29–30 балів розцінювали як відсутність порушення когнітивних функцій, 27–28 балів – як легкі порушення, 24–26 балів – як помірні когнітивні порушення, 20–23 бали – як початкову стадію деменції, <20 балів – як виражену стадію деменції. Статистичний аналіз отриманих даних проводили за допомогою програми Jamovi 2.7.18. Для кількісних показників розраховували середнє значення – М, стандартне відхилення – Sd, медіану – Me, мінімальне значення – min, максимальне значення – max. Для оцінки нормальності розподілу кількісних змінних використовували статистику Колмогорова-Смирнова та Шапіро-Уїлка. Для якісних ознак визначали їх частку, виражену у відсотках. Для порівняння груп, в залежності від типу змінних та їх розподілу, використовували параметричні та непараметричні методи статистичного аналізу.

Результати. Тривалість АГ становила в середньому $10,2 \pm 2,5$ років. Середній рівень офісного САТ становив $164 \pm 12,8$ мм рт. ст., ДАТ – $97 \pm 6,4$ мм рт. ст. Всі пацієнти отримували антигіпертензивну терапію відповідно до сучасних настанов. В групі 1 за результатами ДМАТ середньодобові значення САТ становили $133 \pm 14,9$ мм рт.ст., в групі 2 $134 \pm 8,8$ мм рт.ст., в групі 3 $138 \pm 18,7$

мм рт.ст., в групі 4 $124 \pm 10,8$ мм рт.ст. Статистично значущих відмінностей між групами за рівнем середньодобового САТ не встановлено. Когнітивні розлади за шкалою MMSE діагностували у 82 % (n=27) пацієнтів групи 1, у 83 % (n=5) пацієнтів групи 2, у 90 % (n=27) пацієнтів групи 3 та у 100 % (n=6) пацієнтів групи 4. У пацієнтів груп 1 та 3 переважали легкі когнітивні порушення за шкалою MMSE, а в групах 2 та 4 – помірні. Статистично значущої різниці за середніми оцінками за шкалою MMSE між групами 1 та 3 не встановлено, хоча показники в групі 1 були дещо вищими, порівняно з групою 3 – $26,8 \pm 2,6$ та $26,1 \pm 2,4$ відповідно. Разом з тим, середній показник за шкалою MMSE в групі 2 був значно нижчим, порівняно з групою 1 – $25,7 \pm 1,1$ та $26,8 \pm 2,6$ відповідно, $p < 0,05$. Також середній показник за шкалою MMSE в групі 4 був суттєво меншим порівняно з групами 1 та 3 – $24,9 \pm 1,7$ порівняно з $26,8 \pm 2,6$ та $26,1 \pm 2,4$ відповідно, $p < 0,05$.

Висновки. 1. Когнітивні розлади за шкалою MMSE виявляються у більшості пацієнтів з АГ, незалежно від типу добового профілю АТ. 2. Ступінь нічного зниження АТ в межах 0-20% асоціюється з кращим когнітивним станом. У таких пацієнтів частіше діагностуються когнітивні порушення легкого ступеня. 3. Надмірне зниження АТ вночі, так само як і недостатнє, асоціюється зі збільшенням частоти помірних когнітивних порушень.

КЛІНІКО-ДІАГНОСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА КЛАСИФІКАЦІЯ МАСКОВАНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ПСИХОСОМАТИЧНІЙ МЕДИЦИНІ

Маскайкіна О.С.

*лікар-психіатр, лікар ординатор психіатричного відділення
Миколаївського обласного центру психічного здоров'я,
Миколаїв, Україна*

Актуальність. Проблема маскованої депресії є одним із найбільш складних питань сучасної психіатрії, оскільки від 1/3 до 2/3 пацієнтів загальномедичної мережі страждають на ці стани. Оскільки соматичні та вегетативні прояви

домінують над емоційно-депресивними симптомами, пацієнти роками лікуються у інтерністів без суттєвого поліпшення, що створює значне навантаження на систему охорони здоров'я.

Наступна статистика свідчить про наявність проблем у діагностиці та лікуванні депресії. За даними N. Saturius, 2001 р., Лише 20% пацієнтів з чутливими розладами звертаються за медичною допомогою (частіше, ніж не терапевти). Лише 30% пацієнтів цієї кількості ставлять правильний діагноз, а 25% – адекватно лікуються. У таких розвинених країнах, як Швеція, Іспанія, США, Австралія та Японія, поширеність депресії серед пацієнтів із соматичними лікарнями, які шукають психіатричного консультування, сягає 20-29%.

Поширеність симптомів соматичної патології та депресії визначає перебіг депресії під різними «масками». А.Б.Смулевич (2012) запропонував клінічну класифікацію маскованих западин: 1) "маски" у вигляді психопатологічних порушень: тривожно-фобічні (генералізований тривожний розлад, чутки про тривогу, напади тривоги, агорафобія, соціофобія, нозофобія); Нав'язливо-компульсивний (нав'язливий); Дисоціативні; іпохондрія; Нейростенічний; Астенія (синдром хронічної втоми, астенична неспроможність молоді). 2) «маски» у вигляді порушення біологічного ритму: безсоння; гіперсомнія. 3) "маски" у вигляді вегетативних, соматичних та ендокринних порушень : судинна дистонія та судинний синдром, запаморочення; Функціональні розлади внутрішніх органів (синдром гіпервентиляції, кардіоноз, синдром роздратованого кишечника тощо); Нейродерміт, шкірний свербіж; Анорексія, булімія; Імпотенція, порушення менструального циклу. 4) «Елегантні» маски у вигляді бризки; Кардіологія; Живіт; Фіброміалгія; Нерви (лицьові нерви, лицьові нерви, міжреберні нерви, попереково-крижовий радикуліт); спондилоалгія; Ревматоїдний артрит. 5) «маски» у вигляді патологічних типологічних розладів: порушення водіння (дислексія, наркоманія, наркоманія); Антисоціальна поведінка (схильність до дисфорії, імпульсивності, конфлікту,

конфронтаційності, спалахів агресії); Істеричні реакції (дотики, сльози, схильність до загострення ситуації, бажання звернути увагу на свої хвороби, прийняти роль пацієнта, схильність до самопошкодження, самогубний шантаж); Психопатичні стани депресивного спектру з явищами емоційної здатності, низької самооцінки, рисами чутливості та залежності.

Мета роботи. Узагальнити клінічні характеристики, варіанти «масок» та критерії діагностики маскованих депресивних розладів у загальносоматичній практиці.

Матеріали та методи. Проведено аналіз епідеміологічних даних та сучасних клінічних класифікацій маскованих депресій (за А. Б. Смулевичем та ін.), а також вивчено діагностичні підходи до виявлення підпорогових афективних станів.

Результати. Встановлено, що маскована депресія проявляється через широкий спектр психопатологічних, соматичних та поведінкових порушень. Найбільш поширеними «масками» є алгічні синдроми (кардіалгії, цефалгії, абдоміналгії), вегетативні дисфункції (синдром подразненого кишечника, кардіоневроз) та порушення біологічних ритмів (безсоння, анорексія). Зокрема, ідіопатичні алгії спостерігаються у 50% пацієнтів із соматизованою депресією. Особливу небезпеку становить формування «соціальних масок» у формі адиктивної поведінки (алкоголізм, наркоманія), що розвивається як спроба самостійного купірування дискомфорту. Ключовими критеріями розпізнавання є відсутність органічних змін, сезонність рецидивів, добові коливання настрою та висока ефективність антидепресантів.

Висновки. Маскована депресія характеризується невідповідністю скарг об'єктивному соматичному статусу. Відсутність адекватної діагностики призводить до хроніфікації стану та ризику розвитку залежностей. Своєчасне призначення антидепресантів є надійним діагностичним та лікувальним інструментом у випадках функціональних соматичних розладів.

ПСИХОЛОГІЧНІ ТА МІКРОСОЦІАЛЬНІ ДЕТЕРМІНАНТИ СОМАТОФОРМНИХ ТА БОЛЬОВИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Моначин Г.В.

*аспірант кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін
навчально-наукового медичного інституту,
Чорноморський національний університет імені Петра Могили,
Миколаїв, Україна*

Актуальність. Хронічні больові розлади на сьогодні є однією з найскладніших діагностичних та терапевтичних проблем у підлітковій психіатрії та психосоматиці. Алгії (болі) різної локалізації виступають другим за частотою симптомом серед пацієнтів, що звертаються за допомогою, поступаючись лише загальним тривожним станам.

Особлива гострота проблеми полягає в тому, що хронічний біль у підлітків часто розглядається не просто як фізіологічний збій, а як варіант психогенно провокованих істероконверсійних порушень. У таких випадках тілесний біль стає «мовою», якою дитина комунікує про свій внутрішній психологічний конфлікт, який вона не може висловити словами.

Мета дослідження. Узагальнити етіопатогенетичні механізми формування соматоформних розладів, а також емпірично визначити роль мікросоціальних, психологічних та біологічних чинників у розвитку цих станів у підлітковому віці на основі аналізу клінічної групи.

Матеріали та методи. Було проведено комплексне дослідження, що включало клініко-теоретичний аналіз діагностичних критеріїв за МКХ-10 (рубрика F45) та емпіричне спостереження за групою з 47 пацієнтів підліткового віку (12–17 років) із встановленим діагнозом соматоформного розладу. Дослідження базувалося на аналізі анамнезу, сімейних інтерв'ю та результатів психологічного тестування (шкали тривожності, опитувальники алекситимії).

Результати. Аналіз групи з 47 пацієнтів дозволив виокремити ключові закономірності розвитку розладів:

1. Клінічна структура: У 64% (30 осіб) обстежених провідним діагнозом була соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи (F45.3). Решта випадків припадала на стійкий соматоформний больовий розлад (F45.4) та недиференційовані стани. Пацієнти скаржилися на кардіалгії, абдомінальний біль та головний біль, які не підтверджувалися об'єктивними обстеженнями.
2. Біологічне підґрунтя: У 58% пацієнтів в анамнезі виявлено легкі перинатальні ураження ЦНС або ранні соматичні захворювання, що створило «ґрунт» у вигляді органічної вразливості та підвищеної сензитивності до болю.
3. Психологічний профіль: Характерною рисою для всієї вибірки (47 осіб) була висока алекситимія – труднощі в ідентифікації та описі власних емоцій. Замість переживання тривоги чи гніву, підлітки «трансльовали» ці емоції через м'язову напругу та біль.
4. Мікросоціальні чинники: Домінуюча гіперпротекція: У 28 сім'ях спостерігався надмірний контроль з боку батьків, що пригнічує самостійність підлітка. Біль у дитини ставав єдиним легітимним способом отримати автономію або, навпаки, увагу.
6. Підвищена моральна відповідальність: У 12 пацієнтів біль розвинувся на тлі надмірних очікувань з боку родини («синдром відмінника»), де тілесний симптом виступав як «законний» привід для відпочинку або уникнення стресу.
7. Дисфункція сім'ї: Розлучення батьків або затяжні конфлікти зафіксовані у 19 випадках, де дитина несвідомо використовувала хворобу як «клей» для стабілізації сімейної системи.

Висновки. Проблема соматоформних розладів у підлітків зумовлена складним переплетенням індивідуальної вразливості та специфічних пускових механізмів. Дослідження 47 пацієнтів підтвердило, що соматизовані стани є мультифакторними:

- Вегетативні порушення тісно корелюють із тривожно-іпохондричними та депресивними станами.

- Сімейна динаміка (особливо гіперпротекція) відіграє вирішальну роль у «закріпленні» больової поведінки.
- Діагностика потребує особливої уваги до «прихованої» психопатології, оскільки пацієнти та їхні родичі схильні заперечувати психологічну природу симптомів, фокусуєчись виключно на тілесних проявах.

ЛАТЕРАЛЬНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ ЗА ПАТЕРНОМ «ПОПЕРЕК–СІДНИЦЯ–СТЕГНО» ТА ЙОГО АСОЦІАЦІЯ З ГЕПАТОБІЛІАРНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Марков О.В.

кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри загальної хірургії, анестезіології та паліативної медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

Мартиненко О.В.

доктор фізико-математичних наук, професор, професор кафедри гігієни та соціальної медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

Матвєєнко М.С.

доктор філософії зі спеціальності Медицина, доцент, завідувачка кафедри загальної хірургії, анестезіології та паліативної медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

Актуальність. Біль у нижній частині спини є одним із найпоширеніших клінічних синдромів, однак у значної частини пацієнтів його прояви не обмежуються локальними вертеброгенними механізмами. Особливий інтерес становлять латералізовані варіанти болю з поширенням за типом «поперек–сідниця–стегно», які можуть поєднуватися з функціональними, психоемоційними та соматичними порушеннями. Вивчення таких симптомокомплексів є важливим для уточнення клінічних фенотипів і пошуку можливих коморбідних зв'язків.

Мета роботи. Охарактеризувати клініко-топографічні особливості латерального больового синдрому в нижній частині спини та оцінити його

асоціації із супутніми функціональними, психоемоційними й гепатобіліарними порушеннями.

Матеріали та методи. Проаналізовано дані 36 пацієнтів віком 22 – 86 років, які звернулися зі скаргами на біль у спині. Усім пацієнтам проводили клінічне опитування, оцінку анамнезу, супутніх симптомів, структурно-функціонального статусу та пальпаторне дослідження больових зон. Окремо аналізували топографію больового синдрому, наявність супутніх порушень з боку гепатобіліарної системи, психоемоційного статусу, терморегуляції, функції кишківника та сечовидільної системи. Для статистичної обробки використано методи описової статистики, аналіз співзвучності симптомів, крос-табуляцію, критерій χ^2 та кластерний аналіз.

Результати. У більшості пацієнтів виявлено латералізований больовий патерн із поширенням за типом «поперек–сідниця–стегно», переважно по латеральній поверхні. У 24 із 36 обстежених біль мав чітку односторонню локалізацію. При пальпації у 35 пацієнтів визначався інтенсивний біль у ділянці середнього сідничного м'яза, у 32 випадках – переважно з одного боку. Лише в одного пацієнта виявлено морфологічно підтверджену грижу диска L4 – L5 з відповідною корінцевою симптоматикою.

Клінічна картина часто поєднувалася з іншими проявами. Порушення терморегуляції виявлено у 21 пацієнта, емоційні порушення – у 16, порушення сну – у 14, головний біль – у 12, закрепи та тривогу – по 11 випадків. Із супутніх змін з боку гепатобіліарної системи жировий гепатоз встановлено у 9 пацієнтів, ще у 4 виявлено зміни печінкових проб, хоча частина обстежених не проходила повного гепатобіліарного обстеження. Кластерний аналіз показав неоднорідність вибірки та дозволив виокремити кілька симптомних профілів із різним співвідношенням больових, вегетативних і психоемоційних проявів.

Висновки. У пацієнтів із болем у нижній частині спини переважає латералізований больовий патерн за типом «поперек–сідниця–стегно» з

частим залученням ділянки середнього сідничного м'яза. У більшості випадків цей синдром не супроводжується морфологічно підтвердженою корінцевою патологією хребта, що потребує ширшої клінічної інтерпретації. Латеральний больовий синдром часто поєднується з порушеннями терморегуляції, сну, функції кишківника та психоемоційними змінами. У частини пацієнтів виявляються супутні гепатобіліарні порушення, що дозволяє розглядати їх як клінічно значущий коморбідний компонент. Отримані дані свідчать про неоднорідність клінічних профілів пацієнтів і доцільність подальших досліджень на більшій вибірці.

ДЕЛІРІЙ, ЯК НАСЛІДОК ПРИХОВАНОЇ ГІПЕРКАПНІЇ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПАЦІЄНТА

Матвєєнко М.С.

доктор філософії зі спеціальності Медицина, доцент, завідувачка кафедри загальної хірургії, анестезіології та паліативної медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

Козлова Т.В.

кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри загальної хірургії, анестезіології та паліативної медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

Ляшок А.Л.

кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри загальної хірургії, анестезіології та паліативної медицини медичного факультету Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

Актуальність. Післяопераційний делірій (POD) є частим ускладненням у пацієнтів старшого віку та асоціюється зі зростанням смертності, тривалості госпіталізації та частоти когнітивних порушень. Однією з недооцінених причин є прихована гіперкапнія, яка може не супроводжуватися явною гіпоксією та залишатися нерозпізнаною при стандартному моніторингу.

Мета роботи. Продемонструвати клінічний випадок післяопераційного делірію, спричиненого прихованою гіперкапнією у пацієнтки з ожирінням, та

підкреслити значення своєчасної діагностики і корекції вентиляційних порушень.

Матеріали та методи. Аналіз клінічного випадку пацієнтки, 68 років, яка перебувала у відділенні інтенсивної терапії після планового оперативного втручання.

З анамнезу відомо, що пацієнтка страждає на ожиріння II ступеня (клас II) – індекс маси тіла (BMI) – 36, артеріальну гіпертензію II стадії, 2 ступеня, високий серцево-судинний ризик, має ймовірний синдром обструктивного апное сну (не верифікований), на момент огляду перед операцією не мала встановлених когнітивних порушень.

Було виконано оперативне втручання в об'ємі: правобічна геміколектомія з формуванням анастомозу, в умовах комбінованої анестезії – тотальної внутрішньовенної анестезії (TIVA) на основі пропофолу з аналгезією фентанілом та міоплегією атракурієм в стандартних дозах, в комбінації з епідуральною анестезією. Катетеризація епідурального простору на рівні Th 9, бупівакаїн 0,25% – 2 мг/кг інтраопераційно. Протекція дихання – ШВЛ (CMV- PC) в умовах нормовентиляції та нормакапнії. Епідуральний катетер залишився для післяопераційного знеболення.

Перебіг анестезії без особливостей, гемодинаміка стабільна.

Післяопераційне відновлення та екстубація без затримки.

Аналгезія в післяопераційному періоді: епідурально бупівакаїн 0,1% 8 мл/год, мультимодальна аналгезія: НПЗП та парацетамол.

Моніторинг включав стандартні показники (SpO₂, АТ, ЧСС), лабораторні дослідження, газовий склад артеріальної крові, оцінку делірію за САМ-ICU.

Через 18 годин після операції відзначено зміну психічного статусу: дезорієнтація у часі та місці, уповільнене мислення, періоди психомоторного збудження, порушення уваги, чергування сонливості та ажитації, тест

SAM- ICU: позитивний (гіпоактивно-гіперактивний варіант делірію). Крім того, звертали на себе увагу пригнічення свідомості, відповідно (RASS -2...-3).

Вітальні показники: ЧСС: 96/хв, АТ: 140/80 мм рт.ст., SpO₂: 97% на 2 л O₂, ЧД: 10/хв.

Первинно розглядалися причини погіршення стану: інфекція, інсульт, метаболічні порушення, медикаментозний делірій. З метою виключення патології головного мозку проведено КТ головного мозку – без патології. З метою диференційної діагностики виключено запальний процес з боку дихальної системи (рентгенографія ОГК – без інфільтративних змін), електролітні порушення відсутні. При дослідженні газового складу артеріальної крові: рН: 7,31, PaCO₂: 58 мм рт.ст., PaO₂: 92 мм рт.ст. HCO₃⁻: 28 ммоль/л. Встановлено діагноз: післяопераційний делірій, зумовлений гіперкапнією на фоні гіповентиляції, ожиріння.

Результати. Лікувальні заходи: розпочата респіраторна підтримка- неінвазивна вентиляція через маску, в режимі PSV (Pressure Support Ventilation) з метою збільшення альвеолярної вентиляції та виведення зайвого CO₂, в подальшому з переходом на оксигенотерапію з контролем вентиляції (капнографією), моніторинг газів крові в динаміці, немедикаментозна профілактика делірію. Стан пацієнтки протягом 24 годин стабілізовано, відмічено покращення рівня свідомості. Через 2 години лікування PaCO₂ знизився до 46 мм рт.ст., через 6 годин неінвазивну вентиляцію припинено, через 12 годин тест SAM-ICU негативний.

Висновки: Прихована гіперкапнія є частою та недооціненою причиною післяопераційного делірію. Нормальна SpO₂ не виключає гіповентиляцію у пацієнтів після операції. Ключем до постановки діагнозу є аналіз газів артеріальної крові. Пацієнти з ожирінням та підозрою на обструктивне сонне апное мають підвищений ризик гіперкапнії. Своєчасна корекція вентиляції забезпечує швидке та повне відновлення когнітивної функції.

ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ТЕРАПІЯ РОЗЛАДІВ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ ПРИ ОЖИРІННІ

Павлова І.М.

*лікар-терапевт, підприємство Миколаївської обласної організації товариство Червоного хреста України
Шпиталь Українського Червоного Хреста
Миколаїв, Україна*

Актуальність. Розлади харчової поведінки (РХП) та пов'язане з ними ожиріння на сучасному етапі набули масштабів глобальної епідемії, ставши однією з провідних загроз для громадського здоров'я. Дана група станів є надзвичайно гетерогенною, оскільки у її формуванні задіяні складні соціокультуральні, когнітивно-поведінкові та біохімічні механізми. Сучасні культурні стандарти фізичної досконалості створюють надмірний тиск на особистість, змушуючи пацієнтів вдаватися до жорстких дієтичних обмежень, що парадоксально стає пусковим гачком для розвитку нервової анорексії, булімії або нападів психогенного переїдання. Дослідження підтверджують, що наявність ожиріння в особистому або сімейному анамнезі є потужним фактором схильності до розвитку РХП. Психосоматичний аспект проблеми полягає в тому, що надмірна вага часто виконує функцію психологічного захисту («маски»), за якою приховуються глибинні невротичні розлади, депресія, висока тривожність та алекситимія. Традиційні підходи до лікування ожиріння, що обмежуються лише дієтологією та фізичними навантаженнями, демонструють низьку довгострокову ефективність саме через ігнорування психопатологічного підґрунтя. Це зумовлює нагальну необхідність вивчення структури РХП для розробки комплексних програм, які б включали психотерапевтичну корекцію копінг-стратегій та емоційного стану пацієнта.

Мета роботи. Дослідити структуру розладів харчової поведінки у пацієнтів із ожирінням та оцінити результативність комплексних програм психотерапевтичної та медикаментозної корекції.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 422 пацієнти з ожирінням. Були використані клініко-психопатологічний, психометричний та катамнестичний методи. Пацієнти були розподілені на групи залежно від типу розладу: аномальна харчова поведінка, психогенне переїдання та нервова булімія. Профілактичні програми включали навчання аутотренінгу, самогіпнозу та корекцію копінг-стратегій. Оцінка результатів проводилася за шкалою ремісій та показниками якості життя.

Результати. Аналіз ефективності терапії показав найвищі результати у групі з аномальною харчовою поведінкою, де ремісія типу А зафіксована у 80% випадків. У групі пацієнтів із психогенним переїданням цей показник склав 64,6%, а при нервовій булімії ремісія типу А досягалася лише у 32,1% пацієнтів. Через рік після лікування відзначено достовірне покращення показників якості життя, зокрема щодо душевного спокою, здоров'я та сімейних відносин ($p < 0,01$). Найменша ефективність корекції ваги спостерігалася при ремісії типу В, що супроводжувалося лише частковим зниженням маси тіла. Встановлено, що успішність лікування корелює з рівнем прийняття власних емоцій та здатністю до реалізації потреб нехарчовими способами.

Висновки. Ефективність лікування ожиріння безпосередньо залежить від диференційованого підходу до типу розладу харчової поведінки. Нервова булімія залишається найбільш резистентною до терапії формою, що потребує тривалого психотерапевтичного супроводу. Впровадження програм, спрямованих на підвищення стресостійкості та корекцію мікросоціальної взаємодії, дозволяє досягти стабільної ремісії та суттєво покращити якість життя пацієнтів. Комплексне поєднання дієтологічних та психопатологічних методів корекції є єдиним шляхом до подолання рецидивів при ожирінні.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХО-ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ 1 ТИПУ

Тихонова Т.М.

*доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри внутрішньої медицини
медичного факультету,*

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Харків, Україна*

Барабаш Н. Є.

*кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри внутрішньої медицини
медичного факультету,*

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Харків, Україна*

Горшунська М. Ю.

*доктор медичних наук, професор, професор кафедри внутрішньої медицини
медичного факультету,*

*Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Харків, Україна*

Актуальність. Серед численних досліджень з цукрового діабету (ЦД) останнім часом все більше з'являється робіт з оцінки психоемоційного стану та когнітивних функцій у хворих із цим захворюванням. Наголошується, що у виникненні та прогресуванні психоемоційних розладів важливу роль відіграє тип ЦД, його тривалість, розвиток хронічних ускладнень та ступінь компенсації вуглеводного обміну. Загальновідомо, що наявність ЦД обумовлює необхідність дотримання хворими режиму харчування та фізичних навантажень, своєчасного прийому цукрознижувальних засобів або введення інсуліну. Особа з ЦД також повинна вміти контролювати свій стан та, за необхідністю, приймати самостійно свідомі рішення. Водночас, частий розвиток при ЦД психічних розладів, депресивних та різного ступеня вираженості тривожних станів перешкоджає досягненню цільових показників лікування. Особливу групу ризику складають хворі з лабільною формою ЦД 1

типу, для якої притаманні значні коливання рівня глікемії, схильність до кетоацидозу та гіпоглікемічних станів з супутньою нейроглікопенією.

Мета роботи. Аналіз психоемоційного стану та когнітивних функцій у хворих на ЦД 1 типу з лабільним та стабільним перебігом захворювання.

Матеріали та методи. У дослідження було залучено 84 хворих на ЦД 1 типу, у тому числі 47 пацієнтів (1 група) з лабільним перебігом захворювання та частими, до кількох разів на тиждень, гіпоглікемічними станами, та 37 осіб (2 група) з відносно стабільними показниками глюкози крові. Контрольну групу складала 20 практично здорових осіб відповідного віку та статі. Всім хворим було проведено повне лабораторно-інструментальне обстеження та консультації суміжних спеціалістів, зокрема невропатолога. Оцінка емоційного стану та когнітивних функцій у хворих проводилася відповідно до результатів проведеного обстеження та їх відповідей при застосуванні стандартного опитувальника «Ваше здоров'я та благополуччя». Статистична обробка даних проводилася за допомогою критерію χ^2 Пірсона.

Результати. На підставі проведеного обстеження та опитування хворих було встановлено, що серед пацієнтів 1-ої групи достовірне частіше (у 32 осіб 1-ої групи проти 10 осіб 2-ої групи) виявлялися скарги на погіршення пам'яті, проблеми із засвоєнням нової інформації, складність концентрації уваги, швидку втомлюваність при розумовій роботі ($\chi^2 = 4.9036$; $df = 1$; $p = 0,03$). За оцінкою стану свого здоров'я хворі обох груп вірогідно не відрізнялися ($\chi^2 = 4.456$; $df = 1$; $p = 0,347$). Несподіваним виявилася достовірно вища оцінка якості життя хворими 1 групи порівняно з контролем ($\chi^2 = 12.911$; $df = 1$; $p = 0,012$). Отримані дані свідчать про втрату хворими на ЦД 1 типу з лабільним перебігом здатності критично оцінювати свій стан та нагальні обмеження, що обумовлені захворюванням. Не було виявлено значущих розбіжностей між групами хворих відносно їх самооцінки щодо переносимості різних за ступенем фізичних навантажень ($\chi^2 = 1,663$; $df = 1$; $p = 0,435$). Між

тим, загально визнано, що коливання рівня глюкози крові та гіпоглікемічні стани значно обмежують фізичну активність, знижуючи толерантність до навантажень. На низку питань пацієнти 1-ої групи надали взагалі суперечливі відповіді. Так, незважаючи на визнання значною кількістю хворих 1 групи проблем з пам'яттю, труднощами при засвоєнні нової інформації, складнощами концентрації уваги, більшість з них визнали відсутність негативного впливу емоційного стану при виконанні будь-якої роботи протягом останнього місяця. Причому за даним показником групи не тільки не відрізнялися між собою ($\chi^2 = 5,456$; $df = 1$; $p = 0,463$), а й не встановлено відмінностей між ними та практично здоровими особами ($\chi^2 = 6,326$; $df = 1$; $p = 0,562$).

Висновки. Лабильний перебіг ЦД 1 типу, що супроводжується частими гіпоглікеміями, є чинником ризику погіршення когнітивних функцій хворих зі втратою ними здатності до адекватної оцінки свого стану здоров'я та якості життя. Зазначене може супроводжуватися низькою комплаєнтністю до призначеного лікування, що необхідно враховувати при спостереженні цієї когорти пацієнтів

НЕОРГАНІЧНИЙ ЕНУРЕЗ У ХЛОПЧИКІВ ТА ПОЄДНАННЯ ЙОГО З УРОЛОГІЧНОЮ ІНФЕКЦІЙНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ: РИЗИК РОЗВИТКУ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ

Трошева В.Д.

лікар-психіатр дитячий

відділення дитячої неврології та психіатрії,

Миколаївської обласної дитячої клінічної лікарні,

Миколаїв, Україна

Актуальність. Неорганічний енурез у дитячому віці є не лише медичною але й глибокою психосоціальною проблемою що суттєво впливає на формування особистості хлопчиків. Особливої уваги заслуговують випадки поєднання

нічного нетримання сечі з інфекційною патологією сечовивідних шляхів такою як цистити чи уретрити. Наявність хронічного запального процесу створює додаткове подразнення нервових рецепторів сечового міхура що ускладнює перебіг основного захворювання. Постійне відчуття сорому страх перед покаранням або висміюванням однолітками на фоні фізичного дискомфорту формують підґрунтя для розвитку стійких невротичних розладів. Вчасна діагностика цього взаємозв'язку є критичною для запобігання деформації характеру дитини та хронізації патологічного процесу.

Мета роботи. Вивчити особливості перебігу неорганічного енурезу в поєднанні з урологічними інфекціями та оцінити рівень ризику виникнення невротичних розладів у хлопчиків молодшого шкільного віку.

Матеріали та методи. У 2024 році було проведено комплексне обстеження 38 хлопчиків віком від 7 до 12 років із діагнозом неорганічний енурез. Методологія дослідження включала клінічний аналіз сечі за Нечипоренком бактеріологічне дослідження сечі ультразвукову діагностику органів малого таза. Психологічний стан пацієнтів оцінювався за допомогою дитячого опитувальника тривожності та аналізу поведінкових реакцій за методикою спостереження. Оцінка проводилася сумісно педіатром урологом та медичним психологом.

Результати. Дослідження показало що у 45% хлопчиків енурез перебігав на фоні латентних інфекцій сечовивідних шляхів. У пацієнтів із поєднаною патологією частота нічних епізодів була на 30% вищою ніж у групі з ізольованим енурезом. Клінічні ознаки невротичних розладів (такі як логоневроз тики порушення сну підвищена дратівливість) були зафіксовані у 62% обстежених. Встановлено що тривала відсутність успіху в лікуванні соматичного компонента (інфекції) призводить до поглиблення депресивних настроїв та замкненості у хлопчиків. Кореляційний аналіз підтвердив що чим довше триває поєднання енурезу з інфекційним чинником тим вищою стає

ймовірність формування стійкої невротичної симптоматики яка зберігається навіть після лікування запального процесу.

Висновки. Неорганічний енурез у хлопчиків часто ускладнюються супутніми інфекціями урологічного профілю що вимагає ретельної лабораторної діагностики на первинних етапах обстеження. Високий ризик розвитку невротичних розладів диктує необхідність обов'язкового включення психотерапевтичної підтримки в протокол лікування. Тільки комплексний підхід що передбачає одночасну санацію вогнищ інфекції та корекцію психоемоційного стану дитини дозволяє перервати коло сомато-психічної взаємозалежності та забезпечити повноцінну соціальну реадаптацію хлопчиків.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ СЕРТРАЛІНУ ТА ФЛУОКСЕТИНУ В ТЕРАПІЇ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ: ДОСВІД УНІВЕРСИТЕТСЬКОЇ КЛІНІКИ

Хомуленко І.О.

*кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри педіатрії
та хірургічних дисциплін*

навчально-наукового медичного інституту,

Чорноморський національний університет імені Петра Могили,

Миколаїв, Україна

Актуальність. Внаслідок повномасштабної військової агресії в Україні поширеність клінічно значущих тривожних розладів та посттравматичного стресового розладу (ПТСР) зростає щонайменше у 2 – 3 рази. В умовах хронічного психоемоційного перенавантаження на території Миколаївської області, оптимізація психофармакотерапії із застосуванням селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС) набуває критичного значення для стабілізації психічного здоров'я населення.

Мета роботи. Порівняння клінічної ефективності та переносимості сертраліну і флуоксетину у пацієнтів із різними діагнозами тривожно-депресивного спектра, що проходили обстеження і лікування на базі університетської клініки ЧНУ імені Петра Могили.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 112 пацієнтів (N=112) віком від 14 до 73 років. Вибірка включала осіб із генералізованим тривожним розладом (ГТР), обсесивно-компульсивним розладом (ОКР), панічним розладом та змішаним тривожно-депресивним розладом. Пацієнти були розподілені на дві групи: група I (n=53) отримувала монотерапію флуоксетином (20 – 40 мг/добу), група II (n=59) – сертраліном (50 – 100 мг/добу). Оцінка стану проводилася протягом 6 місяців за допомогою шкал HAM-A та HADS. Статистичний аналіз проводився в IBM SPSS Statistics v.26.0 з використанням t-критерію Стьюдента та критерію Пірсона.

Результати. Обидва препарати (флуоксетин та сертралін) продемонстрували ефективність у гострій фазі. Проте при довготривалій терапії (6 місяців) сертралін показав статистично значущу перевагу: рівень клінічної ремісії в групі II склав 78%, тоді як у групі I – 62% ($p < 0,05$). Зниження балів за шкалою HAM-A склало 60% для сертраліну проти 45% для флуоксетину ($p < 0,01$). Оцінка профілю безпеки цих двох препаратів показала, що загальна частота побічних явищ у групі флуоксетину (вітчизняного виробника) була в 4 рази вищою (58,5%), ніж у групі сертраліну (препарат Асентра, KRKA – 14,1%) ($p < 0,001$).

Висновки. 1. Сертралін (Асентра) має перевагу над флуоксетином за критеріями глибини редукції симптоматики та досягнення стійкої ремісії. 2. Виявлено значно кращий профіль переносимості препарату Асентра (KRKA), що є критичним для забезпечення комплаєнсу пацієнтів. 3. Сертралін

рекомендовано як препарат першого вибору для пацієнтів зі змішаною симптоматикою та широким діапазоном віку.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХО-ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ТА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ

Целік Н.Є.

*доктор філософії за спеціальністю Медицина, асистент кафедри
внутрішньої медицини медичного факультету,
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Харків, Україна*

Каніщева О.В.

*доктор філософії за спеціальністю Медицина, асистент кафедри
внутрішньої медицини медичного факультету,
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
Харків, Україна*

Кар О.О.

лікар терапевт, I категорії, ФОП Кар О.О. Харків, Україна

Актуальність. Артеріальна гіпертензія (АГ) є однією з провідних неінфекційних хронічних хвороб у світі та ключовим фактором ризику серцево-судинної захворюваності та смертності у світі. Незважаючи на доступність ефективних антигіпертензивних препаратів, контроль артеріального тиску (АТ) часто залишається недостатнім: у багатьох пацієнтів навіть після застосування комбінованої терапії цільові рівні АТ не досягаються. Сучасні рекомендації наголошують, що ведення пацієнтів з АГ має базуватися не лише на контролі АТ а й на комплексній оцінці факторів ризику та супутніх станів. Незважаючи на зростаюче число досліджень, питання щодо впливу психоемоційних порушень на контроль АТ у хворих на АГ залишається недостатньо вивченим, особливо з використанням стандартизованих психометричних інструментів для оцінки тривоги, депресії, стресу та безсоння. Отже, дослідження ментального

здоров'я у пацієнтів з АГ є важливим компонентом персоналізованого підходу та підвищення ефективності терапії.

Мета роботи. Оцінити особливості ментального здоров'я у пацієнтів з АГ та визначити його вплив на контроль артеріального тиску.

Матеріали та методи. У дослідження включено 74 хворих віком 35–80 років, в тому числі 36 хворих (1 група) на АГ з контрольованим АТ та 38 осіб (2 група) з неконтрольованим АТ на тлі трикомпонентної антигіпертензивної терапії. Контрольну групу сформували 20 практично здорових осіб відповідного віку та статі. Для оцінки психоемоційного стану були застосовані стандартизовані опитувальники: госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS); ISI (Insomnia Severity Index) – для визначення тяжкості безсоння; PSS-10 (Perceived Stress Scale) – для оцінки рівня сприйняття стресу. Проводилося офісне вимірювання АТ за стандартами ESC/ESH 2023, тричі з інтервалом 1–2 хв, середні значення використовували для аналізу.

Результати. На підставі проведеного обстеження та опитування хворих було встановлено, що серед пацієнтів 2-ої групи виявлено більш виражені психоемоційні порушення порівняно з хворими на АГ з контрольованим АТ та контрольною групою. Оцінка тривоги за шкалою HADS продемонструвала в середньому 15 балів у групі неконтрольованої АГ, що відповідає клінічно вираженому рівню тривоги. У групі контрольованої АГ середній показник становив 10 балів (субклінічно виражений рівень тривоги), у контрольній групі – 4 бали (норма). За шкалою депресії HADS у пацієнтів із неконтрольованою АГ середній показник дорівнював 9 балам, що відповідає субклінічно вираженим депресивним проявам. У групі контрольованої АГ та контрольній групі показники становили 2 та 0 балів, що відповідає нормі. За шкалою безсоння (ISI) середній показник у групі неконтрольованої АГ становив 16 балів, що відповідає помірній клінічно

значущій інсомнії. У пацієнтів із контрольованою АГ цей показник дорівнював 6 балам (субклінічні або відсутні порушення сну), тоді як у контрольній групі – 3 бали (відсутність клінічно значущого безсоння). За шкалою сприйняття стресу PSS-10 у пацієнтів із неконтрольованою АГ в середньому виявлено 29 балів, що відповідає високому рівню стресу. У групі контрольованої АГ та контрольній групі середні показники становили 25 та 23 бали відповідно, що відповідає помірному рівню стресу. Отримані дані свідчать про чітку тенденцію до зростання вираженості психоемоційних порушень у пацієнтів із неконтрольованою АГ, що сприяє активації симпатичної нервової системи та порушенню регуляції АТ, водночас знижуючи прихильність до лікування. Таким чином, ментальне здоров'я є важливим чинником контролю АТ і повинно враховуватися у комплексному веденні пацієнтів з АГ. Більш вираженими проявами безсоння, тривожності, депресивних симптомів та підвищеним рівнем стресу. Психоемоційні порушення можуть бути додатковим чинником недостатньо.

Висновки. Неконтрольована АГ асоціюється з більш вираженими проявами безсоння, тривожності, депресивних симптомів та підвищеним рівнем стресу. Психоемоційні порушення можуть бути додатковим чинником недостатнього контролю АТ. Доцільним є включення психометричного скринінгу до комплексного обстеження пацієнтів з АГ з метою оптимізації лікувальної тактики.

НЕДОСТАТНІСТЬ ВІТАМІНУ Д ТА ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

Чернишов О.В.

кандидат медичних наук, доцент,

завідувач кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін

навчально-наукового медичного інституту,

Чорноморський національний університет імені Петра Могили,

Миколаїв, Україна

Актуальність. Останніми роками вітамін Д розглядається не лише як регулятор кальцієво-фосфорного обміну а й як потужний нейростероїд що відіграє ключову роль у функціонуванні центральної нервової системи. Рецептори до вітаміну Д (VDR) та ферменти його метаболізму широко представлені в областях мозку відповідальних за регуляцію настрою та емоцій зокрема у гіпокампі та префронтальній корі. В умовах України де значна частина населення проживає в зоні недостатньої інсоляції дефіцит холекальциферолу набуває масового характеру що може бути додатковим чинником зростання поширеності депресивних та тривожних розладів. Вивчення кореляції між рівнем 25(OH)D у сироватці крові та вираженістю психоемоційних порушень є необхідним для розробки стратегій ад'ювантної терапії в психіатрії та загальній медицині.

Мета роботи. Оцінити зв'язок між вмістом вітаміну Д у сироватці крові та рівнем тривожності і депресії у пацієнтів для обґрунтування доцільності корекції вітамінного статусу при афективних станах.

Матеріали та методи. Дослідження проведено у 2025 році. Обстежено 52 пацієнти віком від 18 до 65 років із діагностованими тривожно-депресивними розладами. Рівень 25(OH)D у сироватці крові визначали методом імунохемілюмінесцентного аналізу. Психометрична оцінка проводилася за допомогою шкали депресії Бека та шкали тривоги Гамільтона (HAM-A). Відповідно до стандартів рівень вітаміну Д нижче 20 нг/мл класифікувався як дефіцит від 20 до 30 нг/мл як недостатність.

Результати. Встановлено що у 78% обстежених пацієнтів спостерігався дефіцит або недостатність вітаміну Д. Середній рівень 25(ОН)D у групі склав 18.4 ± 4.2 нг/мл. Проведений кореляційний аналіз виявив зворотний зв'язок середньої сили між концентрацією вітаміну Д та сумарним балом за шкалою Бека ($r=-0.48$; $p<0.05$). Пацієнти з вираженим дефіцитом холекальциферолу продемонстрували вищі показники психічної тривоги та вегетативних порушень за шкалою НАМ-А порівняно з особами у яких рівень вітаміну Д був близьким до норми. Також відзначено що у хворих із низьким рівнем вітаміну Д депресивні стани характеризувалися більшою тривалістю та резистентністю до стандартної терапії антидепресантами.

Висновки. Недостатність вітаміну Д є коморбідним станом що асоціюється з потягненням клінічної картини тривожно-депресивних розладів. Виявлена кореляція між біохімічними показниками та результатами психометричних шкал вказує на патогенетичну роль вітаміну Д у розвитку афективної симптоматики. Скринінг рівня 25(ОН)D у пацієнтів із розладами настрою та його подальша медикаментозна корекція можуть бути розглянуті як важливий компонент комплексної терапії що сприятиме досягненню стійкої ремісії та покращенню когнітивних функцій.

ДЕПРЕСІЯ ЯК НЕЗАЛЕЖНИЙ ФАКТОР РИЗИКУ ІНФАРКТУ МІОКАРДА: ВІД ПАТОФІЗІОЛОГІЇ ДО КЛІНІЧНОЇ ПРАКТИКИ

Чернишов О.В.

кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри педіатрії

та хірургічних дисциплін

навчально-наукового медичного інституту,

Чорноморський національний університет імені Петра Могили,

Миколаїв, Україна

Актуальність. Сучасні кардіологічні дослідження переконливо доводять що депресія є не лише наслідком але й самостійним предиктором розвитку та

несприятливого прогнозу інфаркту міокарда. Патофізіологічні механізми цього зв'язку включають гіперактивацію симпатoadреналової системи порушення роботи гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової осі та підвищення рівнів прозапальних цитокінів що сприяє ендотеліальній дисфункції та гіперкоагуляції. Попри значну поширеність депресивні розлади у кардіологічних пацієнтів часто залишаються недіагностованими що підвищує ризик повторних коронарних подій та смертності. Розуміння депресії як соматично значущого фактора ризику вимагає перегляду стандартів ведення пацієнтів із гострим коронарним синдромом у бік інтегрованої психокардіологічної допомоги.

Мета роботи. Оцінити поширеність депресивних симптомів у пацієнтів у гострому періоді інфаркту міокарда та проаналізувати їхній вплив на клінічний перебіг захворювання.

Матеріали та методи. Дослідження проведено у 2023 році. Обстежено 48 пацієнтів віком від 45 до 75 років госпіталізованих із діагнозом гострий інфаркт міокарда. Для скринінгу депресії використовувався опитувальник стану здоров'я пацієнта (PHQ-9) та госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS). Стан серцево-судинної системи оцінювався за допомогою електрокардіографії ехокардіографії та визначення рівнів кардіоспецифічних ферментів. Статистична обробка проводилася з використанням критерію Стьюдента та кореляційного аналізу.

Результати. У ході обстеження депресивні розлади різного ступеня важкості були виявлені у 38 % пацієнтів. Встановлено що у хворих із високим балом за шкалою PHQ-9 (понад 12 балів) частіше спостерігалися порушення серцевого ритму та нижча фракція викиду лівого шлуночка порівняно з пацієнтами без депресії. Кореляційний аналіз підтвердив зв'язок між вираженістю депресії та рівнем С-реактивного білка що свідчить про роль системного запалення як сполучної ланки. Пацієнти з супутньою депресією демонстрували нижчий

рівень прихильності до реабілітаційних заходів та медикаментозної терапії що суттєво погіршувало динаміку відновлення у ранньому післяінфарктному періоді.

Висновки. Депресія виступає потужним незалежним чинником що обтяжує перебіг інфаркту міокарда через складні нейроендокринні та імунні механізми. Висока частота афективних порушень серед кардіологічних хворих диктує необхідність впровадження обов'язкового психологічного скринінгу на етапі стаціонарного лікування. Своєчасна діагностика та корекція депресивних станів дозволяють не лише покращити психоемоційний фон пацієнтів але й безпосередньо вплинути на зниження ризику серцево-судинних ускладнень та підвищення якості життя після перенесеного інфаркту.

МАСКИ ГІПОТИРЕОЗУ В ПСИХІАТРІЇ: КОЛИ ЗА АПАТІЄЮ ХОВАЄТЬСЯ ЕНДОКРИННА ПАТОЛОГІЯ

Чернишов О.В.

кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін

навчально-наукового медичного інституту,

Чорноморський національний університет імені Петра Могили,

Миколаїв, Україна

Моначин Г.В.

аспірант кафедри педіатрії та хірургічних дисциплін

навчально-наукового медичного інституту,

Чорноморський національний університет імені Петра Могили,

Миколаїв, Україна

Актуальність. Гіпотиреоз є одним із найбільш яскравих прикладів ендокринної патології яка часто маскується під психічні розлади створюючи діагностичні труднощі для лікарів обох спеціальностей. Психопатологічна симптоматика при дефіциті тиреоїдних гормонів може варіювати від легкої когнітивної дисфункції до важких депресивних станів із вираженою апатією та ангедонією. Оскільки апатія є ключовим симптомом як депресії так і

гіпотиреозу пацієнти часто тривалий час отримують неефективну психотропну терапію без корекції гормонального фону. В умовах сучасного зростання поширеності аутоімунного тиреоїдиту проблема ранньої диференційної діагностики «вторинних» психічних розладів на фоні ендокринопатій набуває особливого значення для клінічної психіатрії та загальної медичної практики.

Мета роботи. Дослідити розповсюдженість недиагностованої дисфункції щитоподібної залози серед пацієнтів із апатико-депресивною симптоматикою та оцінити вплив гормонального статусу на клінічну картину розладу.

Матеріали та методи. У 2023 році було проведено скринінгове обстеження 35 пацієнтів віком від 25 до 60 років які звернулися за допомогою зі скаргами на постійну втому апатію зниження ініціативності та погіршення пам'яті. Методологія включала визначення рівнів тиреотропного гормону (ТТГ) та вільного тироксину (Т4) у сироватці крові. Психометрична оцінка проводилася за допомогою шкали депресії Гамільтона (HAM-D) та шкали оцінки апатії (AES). Пацієнти з раніше встановленими діагнозами ендокринної системи до дослідження не залучалися.

Результати. За результатами лабораторного скринінгу у 22% обстежених було вперше виявлено порушення функції щитоподібної залози (субклінічний або маніфестний гіпотиреоз). У пацієнтів із верифікованою ендокринною патологією показники за шкалою апатії AES були достовірно вищими ніж у хворих із первинною депресією що вказує на специфічний «тиреогенний» характер емоційного сплоснення. Встановлено що апатія у цієї групи супроводжувалася соматичними ознаками такими як надмірна сухість шкіри брадикардія та гіперсомнія які лікарі-інтерністи часто ігнорували. Впровадження замісної терапії левотироксином у пацієнтів із виявленим дефіцитом гормонів призвело до значного регресу апатичної симптоматики

протягом першого місяця лікування без потреби у призначенні високих доз антидепресантів.

Висновки. Результати дослідження підтверджують що значна частина апатичних станів у психіатричній практиці має ендокринну детермінацію. Висока частота маскування гіпотиреозу під маску депресії диктує необхідність обов'язкового включення аналізу на ТТГ до протоколу первинного обстеження пацієнтів із афективним дефіцитом. Своєчасна ідентифікація ендокринної природи психічних скарг дозволяє уникнути поліпрагмазії та забезпечити патогенетично обґрунтоване лікування пацієнта що суттєво покращує якість його життя та прогноз одужання.

ПСИХОЛОГІЧНІ БАР'ЄРИ В ТЕРАПІЇ ОЖИРІННЯ: ЧОМУ ПАЦІЄНТ «ЗАЙДАЄ» СТРЕС І ЯК ЙОМУ ДОПОМОГТИ

Чернишов О.В.

*кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри педіатрії
та хірургічних дисциплін*

навчально-наукового медичного інституту,

Чорноморський національний університет імені Петра Могили,

Миколаїв, Україна

Актуальність. Ожиріння є глобальною епідемією XXI століття яка вимагає не лише дієтологічного втручання а й глибокого психологічного аналізу поведінки пацієнта. Основним бар'єром на шляху до зниження ваги часто стає емоціогенна харчова поведінка при якій їжа використовується як універсальний механізм копінгу для подолання стресу та тривоги. Феномен «заїдання» стресу базується на нейробіологічному зв'язку між споживанням висококалорійної їжі та активацією системи винагороди мозку що створює стійкий патологічний цикл. Без усунення психологічних бар'єрів таких як низька стресостійкість та дефіцит навичок емоційної саморегуляції будь-які спроби терапії мають тимчасовий ефект.

Мета роботи. Дослідити структуру психологічних бар'єрів у пацієнтів із надмірною вагою та встановити зв'язок між рівнем хронічного стресу та типом харчової поведінки.

Матеріали та методи. У 2025 році було обстежено 40 пацієнтів із індексом маси тіла понад 30 кг/м². Основним інструментом дослідження став Голландський опитувальник харчової поведінки (DEBQ) що дозволяє диференціювати три типи порушень: обмежувальний (схильність до надмірних дієтичних обмежень) екстернальний (реакція на зовнішні стимули такі як вигляд та запах їжі) та емоціогенний (прийом їжі у відповідь на негативні емоції). Оцінка емоціогенної підшкали включала аналіз реакцій на дифузну тривогу депресивні стани та почуття розчарування. Додатково використовувалася шкала сприйнятого стресу (PSS-10) для вимірювання суб'єктивного рівня напруження протягом останнього місяця. Обробка даних проводилася з обчисленням коефіцієнта кореляції Спірмена.

Результати. Аналіз за опитувальником DEBQ показав що у 72% обстежених домінує емоціогенний тип харчової поведінки із середнім балом по підшкалі 3.8 що значно перевищує нормативні показники. Встановлено сильний прямий зв'язок ($r=0.72$) між показниками шкали стресу та емоціогенним переїданням. Пацієнти з високим балом за екстернальною підшкалою (45%) частіше повідомляли про труднощі з контролем апетиту в соціальних ситуаціях. Основними психологічними бар'єрами визначено страх невдачі (65%) та відсутність альтернативних способів зняття напруги (58%). Більшість пацієнтів підтвердили що їжа є для них найшвидшим «транквілізатором» у ситуаціях конфлікту. Виявлено що пацієнти з низьким рівнем усвідомленості щодо своїх емоцій демонстрували найнижчу прихильність до лікування.

Висновки. Психологічні бар'єри відіграють ключову роль у патогенезі ожиріння роблячи стрес-індуковане харчування головною перешкодою для одужання. Результати DEBQ підтверджують необхідність диференційованого

підходу до кожного пацієнта залежно від типу порушення харчування. Традиційна модель лікування повинна бути доповнена когнітивно-поведінковою терапією спрямованою на розвиток емоційної саморегуляції. Ефективна допомога пацієнту який «заїдає» стрес полягає у навчанні розрізняти фізіологічний голод та емоційний дискомфорт що забезпечує довгостроковий контроль ваги та покращення якості життя.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК НЕВРОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ТА ТЯЖКОСТІ КЛІМАКТЕРИЧНОГО СИНДРОМУ: КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ

Чернишов О.В.

*кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри педіатрії
та хірургічних дисциплін*

навчально-наукового медичного інституту,

Чорноморський національний університет імені Петра Могили,

Миколаїв, Україна

Хомуленко І.А.

*кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри педіатрії
та хірургічних дисциплін*

навчально-наукового медичного інституту,

Чорноморський національний університет імені Петра Могили,

Миколаїв, Україна

Актуальність. На сучасному етапі розвитку медицини в Україні проблема психосоматичних розладів у гінекології набула особливої гостроти через тривалий вплив хронічного стресу на жіноче населення. Згідно з даними моніторингу за 2024–2025 роки близько 87% українців перебувають у стані постійного психоемоційного напруження що безпосередньо позначається на функціонуванні ендокринної системи. Дослідження Асоціації гінекологів-ендокринологів України свідчать що понад 76% жінок перименопаузального віку пов'язують маніфестацію або значне погіршення симптомів клімаксу саме з факторами війни та соціальної нестабільності. Поширеність тривожних станів та панічних атак у цей період в умовах України

досягає 52% а розлади сну фіксуються у 75% пацієнток. Клімактеричний період характеризується глибокою гормональною перебудовою яка за умов хронічного стресу провокує формування стійких невротичних розладів у 60–80% випадків. Це створює патологічне коло де дефіцит естрогенів посилює психологічну дезадаптацію а високий рівень кортизолу своєю чергою загострює вегетативні прояви клімактерію. Вивчення цих процесів на базі університетської клініки ЧНУ імені Петра Могили є надзвичайно своєчасним для розробки стратегій комплексної реабілітації жінок у кризових умовах.

Мета роботи. Вивчити особливості взаємозв'язку між рівнем вираженості невротичних розладів та клінічним перебігом клімактеричного синдрому в жінок для обґрунтування необхідності психосоматичного підходу в лікуванні.

Матеріали та методи. Дослідження проводилось на базі університетської клініки ЧНУ імені Петра Могили. У ньому брали участь 47 жінок віком від 45 до 55 років із симптомами клімактеричного синдрому. Використовувались клініко-анамнестичний метод шкала депресії Бека шкала тривоги Спілбергера-Ханіна та індекс Купермана для оцінки важкості клімактерію.

Результати. У ході роботи встановлено що у 68% обстежених пацієнток спостерігається високий рівень реактивної та особистісної тривожності. Виявлено пряму кореляцію між інтенсивністю вегетосудинних проявів (припливи серцебиття) та ступенем вираженості невротичних порушень. Жінки з діагностованими невротичними розладами в анамнезі демонстрували важчий перебіг клімактеричного періоду що супроводжувався порушеннями сну дратівливістю та іпохондричними настроями. Психосоматичні реакції у пацієнток клініки часто маскували основну гінекологічну патологію що вимагало додаткової диференційної діагностики.

Висновки. Невротичні розлади є вагомим чинником що обтяжує перебіг клімактеричного періоду формуючи стійкі психосоматичні взаємозв'язки. Висока частота поєднання емоційної нестабільності та соматичних скарг

свідчить про необхідність залучення медичних психологів до процесу лікування жінок у цей період. Комплексний підхід що поєднує гормональну корекцію та психотерапевтичну підтримку дозволяє досягти значного покращення якості життя пацієнток у складних сучасних умовах.

МАСКОВАНІ ДЕПРЕСІЇ НА ПЕРВИННОМУ МЕДИЧНОМУ РІВНІ

Чернишов О.В.

кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри педіатрії

та хірургічних дисциплін

навчально-наукового медичного інституту,

Чорноморський національний університет імені Петра Могили,

Миколаїв, Україна

Актуальність. Масковані або ларвовані депресії становлять одну з найбільш складних проблем сучасної загальної медичної практики через їхню здатність імітувати широкий спектр соматичних захворювань. На первинному медичному рівні від 30 до 50% пацієнтів які звертаються зі скаргами на хронічний біль порушення роботи серцево-судинної системи або шлунково-кишкового тракту насправді мають приховані афективні розлади. Недостатня обізнаність лікарів загальної практики щодо "масок" депресії призводить до надмірної діагностики соматичних хвороб призначення неефективного лікування та значних витрат ресурсів системи охорони здоров'я. В умовах тривалого соціального стресу в Україні актуальність ранньої діагностики таких станів на рівні сімейної медицини зростає що вимагає розробки чітких алгоритмів скринінгу. В умовах повномасштабної війни, постійної загрози життю та соціальної нестабільності рівень хронічного стресу серед населення України сягнув критичних меж. Психогенні чинники стають каталізатором соматизації афективних розладів. Саме тому розробка та впровадження чітких алгоритмів скринінгу на рівні сімейної медицини є

стратегічно важливим завданням для збереження ментального та фізичного здоров'я нації.

Мета роботи. Вивчити структуру клінічних масок депресивних розладів у пацієнтів первинної ланки медичної допомоги та оцінити ефективність використання скринінгових шкал для їхнього виявлення.

Матеріали та методи. Дослідження проведено у 2024 році на базі центру первинної медико-санітарної допомоги. Обстежено 42 пацієнти віком від 30 до 60 років які тривалий час (понад 6 місяців) спостерігалися у сімейного лікаря з приводу функціональних розладів без стійкого терапевтичного ефекту. Використовувалися клініко-анамнестичний метод госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS) та опитувальник стану здоров'я пацієнта (PHQ-9). Статистична обробка проводилася з аналізом частоти клінічних симптомів.

Результати. У ході обстеження у 38% пацієнтів було верифіковано депресивний розлад різного ступеня вираженості який раніше не був діагностований. Найбільш поширеними соматичними масками виявилися кардіалгії (42%) цефалгії (35%) та абдомінальні болі (23%) які не мали об'єктивного органічного підґрунтя. Встановлено що використання шкали PHQ-9 дозволило лікарю сімейної медицини запідозрити депресивний розлад у 90 відсотках випадків під час первинного анкетування. Пацієнти з маскованою депресією в середньому відвідували сімейного лікаря 5 – 7 разів на рік до моменту виявлення справжньої причини скарг що свідчить про низьку настороженість щодо психічних розладів на первинному етапі.

Висновки. Масковані депресії мають високу розповсюдженість серед пацієнтів сімейної медицини та найчастіше проявляються у вигляді хронічних больових синдромів. Впровадження обов'язкового скринінгу за допомогою шкал PHQ-9 або HADS для пацієнтів із функціональними скаргами дозволяє значно скоротити шлях хворого до профільного спеціаліста та уникнути поліпрагмазії. Навчання лікарів первинної ланки навичкам розпізнавання

психосоматичних взаємозв'язків є ключовим фактором підвищення якості надання медичної допомоги населенню.

КОМОРБІДНІСТЬ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА МЕНТАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ: КЛІНІКО- ТЕРАПЕВТИЧНИЙ АНАЛІЗ

Чернишов О.В.

*кандидат медичних наук, доцент, завідувач кафедри педіатрії
та хірургічних дисциплін
навчально-наукового медичного інституту,
Чорноморський національний університет імені Петра Могили,
Миколаїв, Україна*

Яковенко Н.О.

*кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри педіатрії
та хірургічних дисциплін
навчально-наукового медичного інституту,
Чорноморський національний університет імені Петра Могили,
Миколаїв, Україна*

Актуальність. Сучасна педіатрія та дитяча психіатрія розглядають бронхіальну астму (БА), як класичне психосоматичне захворювання. Хронічна дихальна недостатність та страх перед нападами ядухи стають підґрунтям для формування тривожно-депресивних станів, які створюють «порочне коло», знижуючи комплаєнтність та погіршуючи соматичний прогноз.

Мета роботи. Вивчити поширеність афективних порушень у підлітків із БА та оцінити ефективність індивідуалізованої фармако- та психотерапії.

Матеріали та методи. У дослідженні взяли участь 57 підлітків із верифікованим діагнозом БА середнього ступеня важкості. Психометрична оцінка проводилася за допомогою госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS) та клініко-анамнестичного методу. Терапевтичний комплекс (тривалістю 6 місяців) включав:

1. Психотерапію (КПТ): протокол включав психоосвіту (роз'яснення зв'язку між емоціями та диханням), когнітивну реструктуризацію (робота з

катастрофічними думками під час нападів), техніки контрольованого дихання та поведінкову експозицію для подолання страху фізичної активності.

2. Фармакотерапію: застосовувався сертралін із застосуванням методу індивідуального титрування дози. Хоча підбір здійснювався персоналізовано, для 70% пацієнтів найбільш ефективною виявилася доза 100 мг/добу. Решта пацієнтів (30%) отримували препарат у дозі 50 мг/добу.

Результати. Скринінг виявив високу частоту ментальної патології у підлітків із БА: симптоми депресії було зафіксовано у 61% пацієнтів, а тривожні розлади (включаючи панічні атаки та генералізовану тривогу) – у 76% підлітків.

Встановлено, що комбінована терапія (сертралін + КПП) призвела до покращення стану у переважної більшості обстежених. При цьому аналіз результатів засвідчив, що запропонована схема була статистично більш ефективною для пацієнтів із тривожними розладами. У цієї групи спостерігалось швидше нівелювання страху очікування нападу та вища прихильність до базової терапії астми.

Висновки. 1. Висока розповсюдженість депресивних (61%) та особливо тривожних (76%) розладів у підлітків з БА вказує на необхідність інтеграції психологічного скринінгу в протоколи соматичного обстеження.

2. Комплексний підхід, що поєднує КПП та сертралін, демонструє високу терапевтичну цінність, причому найбільша ефективність корекції спостерігається саме щодо тривожного компонента коморбідної патології.

3. Оптимальна терапевтична доза сертраліну для підлітків із БА у більшості випадків (70%) становить 100 мг/добу, проте стратегія лікування обов'язково має передбачати індивідуальне титрування (починаючи з 50 мг) для досягнення найкращого балансу між ефективністю та переносимістю.

4. Покращення ментального стану пацієнтів прямо корелює з кращим контролем симптомів бронхіальної астми, що дозволяє рекомендувати дану схему для широкого клінічного впровадження.

ЕТИОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ТА КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА СОМАТОФОРМНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

Яковенко Н.О.

*кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри педіатрії
та хірургічних дисциплін*

*навчально-наукового медичного інституту,
Чорноморський національний університет імені Петра Могили,
Миколаїв, Україна*

Актуальність. За прогнозами Всесвітньої організації охорони здоров'я, у найближчі десятиліття саме психічні та поведінкові розлади посядуть провідні позиції в структурі загальної захворюваності, випереджаючи багато соматичних патологій, що зумовлює колосальний економічний збиток через витрати на тривалу терапію, соціальну реабілітацію та втрату працездатності населення. У цьому контексті особливої значущості набувають соматоформні порушення, які займають межове положення між загальною медициною та психіатрією, часто залишаючись недіагностованими через маскування під соматичні хвороби. Значна частина цієї патології представлена синдромом вегетативної дисфункції (СВД), що проявляється функціональними розладами серцево-судинної системи, шлунково-кишкового тракту та дихальної системи, створюючи ілюзію органічного ураження органів. Невід'ємною частиною клінічної картини СВД у підлітковому віці є хронічний біль, який виступає не просто симптомом, а складним психофізіологічним феноменом, що деформує процес соціалізації та навчання. У пацієнтів із соматоформними та больовими розладами суб'єктивна інтенсивність болю часто не корелює з об'єктивним станом тканин, проте тісно пов'язана з рівнем психоемоційного напруження

та дефіцитом стратегій подолання стресу. Відсутність чіткого органічного субстрату при інтенсивному больовому синдромі вимагає перегляду традиційних діагностичних підходів, оскільки лікування лише соматичних проявів без урахування психологічних механізмів виявляється малоєфективним та призводить до поліпрагмазії.

Мета роботи. Вивчити клінічні особливості синдрому вегетативної дисфункції (СВД) у підлітків з проявами хронічного болю, а також соціально-психологічні фактори його формування.

Матеріали та методи. В рамках дослідження було обстежено 82 підлітка: 48 дівчат (58,5%) і 34 хлопця (41,5%) у віці 16–17 років. Усі підлітки є учнями старших класів середньої школи. Причиною звернення за психіатричною допомогою став больовий синдром, що погано купірувався або не купірувався взагалі, без верифікації будь-якого серйозного соматичного захворювання, здатного викликати подібні больові відчуття.

Результати. Було встановлено, що найчастіше в групі обстежених підлітків спостерігалася соматоформна вегетативна дисфункція з цефалгічним синдромом (F45.30) – 23,2% випадків. Більш ніж у половині випадків СВД був провідним клінічним проявом різних соматоформних розладів (60,9%): у 29 дівчат (60,4%) і у 20 хлопців (58,8%). Тривожно-депресивна симптоматика в рамках різних розладів була зафіксована в 32,9% випадків: у 17 дівчат (35,4%) і у 10 юнаків (29,4%). Найрідше причиною формування СВД була астенична симптоматика в рамках органічного розладу центральної нервової системи (ЦНС), яка переважно виявлялася у хлопців.

Висновки. 1. Провідною етіологічною основою больового синдрому в підлітковому віці є різні варіанти соматоформних розладів: СВД (F45.30 і F45.31), іпохондричний (F45.2) і хронічний больовий розлад (F45.4). 2. У обстежених підлітків переважав цефалгічний синдром над іншими видами болю. 3. СВД, що супроводжується вираженим больовим синдромом в

підлітковому віці – психічне порушення, що потребує одночасного психофармакологічного та психотерапевтичного втручання. 4. Потреба в глибокому аналізі взаємозв'язку між хронічною алгією та мікросоціальним оточенням підлітка, а також вивчення ролі алекситимії та сімейної гіперпротекції, диктується необхідністю створення інтегрованих стратегій медико-психологічної допомоги, які б дозволили знизити ризик хронізації розладу та попередити формування стійкого іпохондричного розвитку особистості.

Електронне наукове видання
комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та мережному режимах

КОМОРБІДНІСТЬ СОМАТИЧНИХ ТА МЕНТАЛЬНИХ РОЗЛАДІВ

Наукова-практична конференція
(26 березня 2026 року, м. Харків, Україна)

Тези доповідей

Українською мовою

Відповідальний за випуск: М. С. Матвєєнко

Дизайн обкладинки: О. С. Чумак

Комп'ютерне верстання: Гребенюк О.М.

Формат 60×84/8. Гарнітура Таймс.
Обл.-вид. арк 2,63. Умовн. друк. арк. 2,10

Системні вимоги:
Процесор Pentium-класа; ОС Windows 7/10;
дисковод CD-ROM; Acrobat Reader 10.
Об'єм даних 1,3 Мб. Замовлення № 102/26.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
м. Харків, 61022, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК No 3367 від 13.01.2009 р.