

to public health. Another important feature of *P. aeruginosa* strains is the extremely high ability to form biofilm, the structure and physiological properties of which provide increased resistance to antimicrobial agents and help to overcome the protective forces of the macroorganism during infection. The crisis of monotherapy with anti-pyocyanic agents induces to consider combined antibiotic therapy as one of the effective methods for controlling this disorder.

The purpose of the study was to assess the combined effect of polymyxin with major anti-pyocyanic agents on the circulating strains of *P. aeruginosa*.

Object and methods. To perform the tasks, the study involved reference strain *P. aeruginosa* ATCC 27854 and 33 circulating strains isolated from clinical material from patients with purulent-inflammatory diseases. The study of the ability to form biofilms by microorganisms was carried out using a plate method according to O'Toole G., 1999. Determination of the sensitivity of the test strains to antimicrobial agents was carried out using Bauer-Kirbi disc diffusion method on Muller-Hinton medium using commercial disks and serial dilutions. The study of the effectiveness of combinations of anti-pyocyanic agents and their effects on biofilm formation of *P. aeruginosa* strains was carried out with the determination of FIC (fractional inhibitory concentration) index. In $FIC \leq 0.5$ the effect was considered as expressed synergistic, in $FIC = 1.0$ - additive, with $FIC > 1.0$ - antagonistic.

Results. The disc diffusion method showed that 96% of *P. aeruginosa* strains had a sensitivity to polymyxin, resistant strains were not detected. The possible effects of a combination of therapeutic doses of antibiotics of different groups (fluoroquinolones, aminoglycosides, cephalosporins, carbapenems) with subinhibitory doses of polymyxin M and B (from 1.0 to 0.25 $\mu\text{g}/\text{ml}$) were investigated experimentally. The study showed additional antimicrobial action of polymyxins and antibiotics of all other groups, except for representatives of carbapenems, with which polymyxin showed a synergistic effect. The effect of polymyxin B in (79.0 \pm 3.3)% of cases was not significantly different from the effect of polymyxin M. Subinhibitory concentration of cationic polypeptide from 0.1 to 0.25 $\mu\text{g}/\text{m}$ in combination with imipenem from 0.5 to 1.0 $\mu\text{g}/\text{ml}$ was shown to prevent the formation of biofilms by test strains of *P. aeruginosa*.

Thus, the strategy of anti-pyocyanic therapy today can be based on the use of cationic polypeptides of polymyxin. Increasing the dose of polymyxin is not a way to optimize their activity against *P. aeruginosa* in the form of biofilms; combined therapy with other antibiotics may provide great potential opportunities to maximize the effectiveness of polymyxins in minimizing the risk of developing resistance to them. At the same time, prevention of biofilm formation requires lower concentrations of antibiotics than the destruction of biofilm which has already been formed.

Key words: synergistic combination, *Pseudomonas aeruginosa*, polymyxin, inhibition of biofilm formation.

Рецензент – проф. Білаш С. М.
Стаття надійшла 08.05.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-2-1-150-203-206

УДК 616.895.4+616.891+616.892:616.89-02-058

Скрипніков А. М., Ісаков Р. І., Фисун Ю. О.

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ЖІНОК ІЗ ПСИХОГЕННИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

larysaherasymenko@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Результати дослідження, що представлені, є часткою виконання НДР кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії на тему «Психосоціальна дезадаптація при невротичних розладах у жінок (клініко-психопатологічна характеристика, принципи реабілітації та профілактики)», № державної реєстрації 0113U001378.

Вступ. Процес адаптації являє собою розробку суб'єктом стратегій і способів оволодіння ситуацією на різних рівнях саморегуляції. Реалізація адаптації запускається появою змін у системі «індивід-середовище», а показником її успішності є можливість виконання основних завдань діяльності [1]. Відповідно, у адаптивній діяльності виділяють дві паралельні тенденції: пристосувальну і перетворюючу. Перша прилаштовує потреби індивіда до навколишнього, а друга навпаки, пристосовує середовище до потреб людини [2].

Результатом пристосувальної чи перетворюючої діяльності є *адаптованість* – реалізація індивідом значимих цілей, максимально гармонійна інтегрованість до системи соціальних зв'язків і відносин,

при збереженні власної ідентичності, психічного і фізичного здоров'я [3].

Якщо ж відповідні механізми не спрацьовують, то виникає дисфункція, обумовлена накопиченням нездоланих для системи адаптації перешкод [4].

Психосоціальна дезадаптація – збій у механізмах психічного пристосування при гострому або хронічному емоційному стресі, внаслідок чого виникає часткова або повна нездатність пристосовуватись до умов соціального середовища і виконувати звичайну для власного статусу роль у суспільстві через обмеження функціональності психіки [5].

Схематично процес дезадаптації розгортається за принципом «замкненого кола», де пусковим механізмом, як правило, виступає наявність стійкої психотравмуючої ситуації, що призводить до зриву адаптивних механізмів [6]. Порушення адаптації ускладнює вирішення конфліктних ситуацій і провокує розвиток психогенної патології, а психогенії, у свою чергу, поглиблюють дезадаптацію [7].

Великий дослідницький інтерес являє собою проблема психосоціальної дезадаптації хворих на психогенні депресивні розлади [8,9], зокрема, гендерні аспекти цього явища стосовно жінок [10].

Мета дослідження. Мета роботи – дослідити особливості психосоціальної дезадаптації у жінок із психогенними депресивними розладами різного ґенезу для визначення в подальшому вузько-специфічних мішеней диференційованої психосоціальної реабілітації цього контингенту пацієнтів.

Об'єкт і методи дослідження. В основу роботи були покладені результати дослідження, що здійснювалось на базі кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії, Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру, Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні імені О. Ф. Мальцева, відділення неврозів та пограничних станів, відділень 4, 5А та 5Б.

Нами було обстежено 52 жінки, яким був встановлений діагноз депресивного розладу психогенного ґенезу (F43.21).

Для ідентифікації та вимірювання вираженості психосоціальної дезадаптації використовувалась «Шкала психосоціальної дезадаптації» Л. О. Герасименко, А. М. Скрипнікова [11]. Ціннісні орієнтації досліджено за методикою М. Rokeach (модифікація Фанталової О.Б., 1992). Було здійснене також соціодемографічне анкетування обстежених жінок.

За рівнем вираженості психосоціальної дезадаптації, обстежені жінки були поділені на дві групи. До першої групи (38 осіб) були віднесені жінки, у яких за жодною зі сфер психосоціального функціонування показник не перевищував 19 балів, що відповідало відсутності ознак клінічно значимої дезадаптації. До другої групи (14 осіб), були віднесені жінки, у яких принаймні за однією зі шкал були виявлені показники понад 20 балів, що відповідає ознакам клінічно вираженої дезадаптації. При цьому показник за шкалою в межах 20-29 балів розцінювали як ознаки психосоціальної дезадаптації легкого ступеня, показник у межах 30-39 балів – як ознаки дезадаптації помірного ступеня, показник у 40 і більше балів – ознаки дезадаптації вираженого ступеня.

Результати дослідження та їх обговорення. Аналіз особливостей психосоціальної дезадаптації у дослідженого контингенту дозволив виявити низку важливих закономірностей. У таблиці наведено середні показники психосоціальної дезадаптації в окремих сферах психосоціального функціонування.

У 76,9% дезадаптованих жінок було визначено змішаний тип психосоціальної дезадаптації із переважанням у внутрішній структурі елементів сімейної та виробничої (професійної, службової) дезадаптації. У соціально адаптованих жінок найбільшими були піки теж стосовно ризику розвитку сімейної та професійної дезадаптації.

Таблиця.

Показники психосоціальної дезадаптації в окремих сферах психосоціального функціонування

Сфери психосоціальної дезадаптації	Хворі без ознак дезадаптації	Дезадаптовані хворі
Економічна	10.2 ± 4.7	24.2 ± 5.0
Інформаційна	8.7 ± 2.1	21.8 ± 7.3
Професійна	15.1 ± 3.9	33.5 ± 6.4
Сімейна	16.1 ± 3.2	37.6 ± 8.5

Найбільш вразливою сферою психосоціальних стосунків для жінок з психогенними депресивними розладами були сімейні відносини. Окрім великої кількості «чистої» сімейної дезадаптації, порушення гармонії сімейних стосунків спостерігалось у більшості випадків змішаних варіантів психосоціальної дезадаптації.

Згідно даних, отриманих при застосуванні методики М. Rokeach, дезадаптовані жінки серед ціннісних орієнтацій надавали перевагу любові, цікавій роботі і щасливому сімейному життю, а жінки із групи порівняння найбільш важливими для себе вважали наступні термінальні цінності: матеріальна забезпеченість і здоров'я. Звертає на себе увагу, що ядро життєвих цінностей у адаптованих жінок групи порівняння було більш прагматичним, приземленим, хоча, в обох групах велика увага надавалась таким цінностям як, наприклад, щасливе сімейне життя.

Аналіз ієрархії цінностей обстежених нами пацієнтів із точки зору їх доступності показує, що для дезадаптованих жінок суб'єктивно найбільш значимі для них цінності (цікава робота, любов, щасливе сімейне життя) мали низьку доступність, що створювало ситуацію конфлікту (індекс розбіжності), обумовлену недоступністю найбільш важливих життєвих цінностей. Найбільш доступними для дезадаптованих жінок виявились такі цінності, як краса природи, друзі, творчість, але оскільки їх суб'єктивна важливість відносно низькою, то це також створювало високий індекс розбіжності по типу пересиченості.

У свою чергу, для адаптованих жінок із групи порівняння теж був притаманний високий індекс розбіжності між показниками важливості і доступності основних термінальних життєвих цінностей: здоров'я та матеріальної забезпеченості. Найбільш доступною для психосоціально адаптованих жінок із групи порівняння була така життєва цінність, як краса природи, що втім, в силу її низької суб'єктивної значимості створювало високий індекс розбіжності (конфлікт) по типу пересиченості.

Загалом, у групі дезадаптованих жінок показник розбіжності важливості із доступністю основних цінностей (цікава робота, любов, щасливе сімейне життя) був значно вищим, що корелює із даними щодо провідної ролі змішаного варіанту психосоціальної дезадаптації (із домінуванням професійних та сімейних факторів) у жінок цієї групи.

Ми проаналізували найбільш поширені фактори формування сімейної дезадаптації у обстежених жінок.

Ураження сімейного компонента соціальних стосунків було актуальним переважно для тих жінок, які, більшість часу присвячували сімейному спілкуванню і сімейну гармонію вважали для себе пріоритетною метою в суб'єктивній системі цінностей. Найбільш важливим і поширеним фактором стала фрустрація життєвих потреб у «любові» і «щасливому сімейному житті».

При зриві адаптивних механізмів поведінки locus minoris психосоціальної дезадаптації припадав на сферу найбільшого напруження у преморбіді. Саме преморбідна суб'єктивна значимість і «ресурсоємність» сімейної адаптації визначала її ураження внаслідок загального зниження адаптивних можливостей на фоні депресивної симптоматики.

Значно рідше спостерігалась інша ситуація, коли в ситуації «знесилення» хворі жінки робили акцент на збереженні функціональності в інших, пріоритетних для себе сферах, натомість переважно свідомо «капітулюючи» перед вирішенням сімейних проблем, таким чином перетворюючи сімейну адаптацію на «добровільну жертву».

Важливу роль для перебігу цих процесів відіграло власне сімейне оточення пацієнток. Низька культура сімейних стосунків, відсутність емпатії і толерантності сприяли формуванню додаткових факторів дисгармонізації спілкування у рамках сім'ї, формуванню у хворих відчуття провини, самотності, безвиході, підштовхуючи ситуацію до розпаду сім'ї. І навпаки, наявність синтонної особистості у якості партнера, довірительний характер стосунків і взаємодопомога формували додаткові компенсаторні механізми сімейної адаптації.

Депресивна симптоматика і сомато-вегетативні прояви послаблювали функціональні можливості жінок, робили їх більш вразливими, невпевненими у собі, виснажуваними, схильними до пошуку причин невдач у собі та власних діях. Їм були властиві нав'язливі стереотипні думки про власні невдачі сімейного життя, необхідність «щось змінювати», пошуки перспектив і т.п., що супроводжувалось нега-

тивними емоційними переживаннями і подальшим погіршенням адаптивності.

Ці основні групи взаємопов'язаних факторів і механізмів сімейної дезадаптації в тій чи іншій мірі були присутніми у всіх обстежених дезадаптованих жінок із психогенними депресивними розладами.

Висновок. Результати дослідження дозволяють виділити «пускові», найбільш патогенні фактори, що відігравали провідну роль у розвитку психосоціальної дезадаптації, а отже потребували першочергового подолання (зменшення впливу). Виділення «пускових» патогенних факторів допомагає визначити групу первинних стрес-чинників, які мають бути подолані в першу чергу. А виділення «підтримуючих» патогенних факторів дозволяє діагностувати вторинні фактори, що самостійно не призводять до формування психосоціальної дезадаптації, але відіграють важливу патопластичну роль. Отриману інформацію можна використати як основу для розробки диференційованої програми реабілітації та психопрофілактики психосоціальної дезадаптації у жінок, хворих на психогенну депресію.

Перспективи подальших досліджень. В подальшому отримані дані планується використати для побудови ефективної системи психотерапевтичної корекції проявів психосоціальної дезадаптації у жінок з депресивними розладами.

Література

1. Herasymenko LO. Psihosotsial'na dezadaptatsiya (suchasni kontseptual'ni modeli). Ukrain'skii visnik psihonevrologiyi. 2018;1:62-5. [in Ukrainian].
2. Orban-Lembrik LE. Socialna psihologiya. Kyiv: Akademvidav; 2005. 448 s. [in Ukrainian].
3. Podkorytov VS, Chajka YY. Depressii. Sovremennaya terapiya. Kharkiv: Tornado; 2003. 352 s. [in Ukrainian].
4. Skrypnikov AM, Herasymenko LO, Isakov RI. Psihosotsialna dezadaptatsiya pri posttravmatichnomu stresovomu rozladi u zhinok. Poltava: ASMI; 2016. 156 s. [in Ukrainian].
5. Skrypnikov AM, Herasymenko LO, Hryn KV. Vikovij patomorfoz rekurentnih depresivnih rozladiv. Svit medicini ta biologiyi. 2016 Dec;58(4):64-6. [in Ukrainian].
6. Smulevich AB. Depressii pri somaticheskikh i psichicheskikh zabolovaniyah. Moscow: MIA; 2003. 432 s. [in Russian].
7. Chaban OS, Haustova OO. Dezadaptatsiya lyudini v umovah suspilnoyi krizi: novi sindromi ta napryamki yih podolannya. Zhurnal psihiatrii i medicinskoj psihologii. 2009 Sep;23(3):13-21. [in Ukrainian].
8. Breslau N, Kessler R, Howard D, Schultz L, Davis G, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. Archives of General Psychiatry. 1998 Jul;55(7):626-32.
9. Goldberger L, Breznitz S, editors. Handbook of stress. Theoretical and clinical aspects. New York: The Free Press; 2012. 969 p.
10. Maruta N, Pan'ko T, Fedchenko V, Kutikov O. The role of psychotraumatization factors in formation of anxious-phobic disorders. 2012 Oct;5:251.
11. Herasymenko LO. Nova metodika diagnostiki psihosotsialnoyi dezadaptatsiyi. Likarska sprava. 2018;1-2:82-8. [in Ukrainian].

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ЖІНОК ІЗ ПСИХОГЕННИМИ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Скрипніков А. М., Ісаков Р. І., Фисун Ю. О.

Резюме. Досліджено особливості психосоціальної дезадаптації у жінок із психогенними депресивними розладами різного генезу для визначення в подальшому вузько-специфічних мішеней диференційованої психосоціальної реабілітації цього контингенту пацієнтів. Виділено «пускові», найбільш патогенні фактори, що відігравали провідну роль у розвитку психосоціальної дезадаптації, а отже потребували першочергового подолання (зменшення впливу). Отриману інформацію можна використати як основу для розробки диференційованої програми реабілітації та психопрофілактики психосоціальної дезадаптації у жінок, хворих на психогенну депресію.

Ключові слова: депресія, психосоціальна дезадаптація, жінки, адаптація.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ ЖЕНЩИН С ПСИХОГЕННЫМИ ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Скрипников А. Н., Исаков Р. И., Фисун Ю. А.

Резюме. Исследованы особенности психосоциальной дезадаптации у женщин с психогенными депрессивными расстройствами различного генеза для определения в дальнейшем специфических мишеней дифференцированной психосоциальной реабилитации контингента пациентов. Выделены «пусковые», наиболее патогенные факторы, которые играли ведущую роль в развитии психосоциальной дезадаптации, а следовательно нуждались первоочередного преодоления. Полученную информацию можно использовать

как основу для разработки дифференцированной программы реабилитации и психопрофилактики психосоциальной дезадаптации у женщин, больных психогенной депрессией.

Ключевые слова: депрессия, психосоциальная дезадаптация, женщины, адаптация.

PSYCHOSOCIAL MALADAPTATION OF WOMEN WITH PSYCHOGENIC DEPRESSIVE DISORDERS

Skrypnikov A. M., Isakov R. I., Fysun Y. O.

Abstract. The great research interest is the problem of psychosocial maladaptation of patients with psychogenic depressive disorders, in particular, the gender aspects of this phenomenon in relation to women.

The aim of the work is to investigate the features of psychosocial disadaptation in women with psychogenic depressive disorders of different genesis to determine in the future narrow-specific targets of differentiated psychosocial rehabilitation of this group of patients.

We examined 52 women who were diagnosed with depressive disorder of psychogenic genesis (F43.21).

“Scale for psychosocial maladjustment after LO Herasymenko, AM Skripnikov were used to identify and measure the severity of psychosocial maladjustment. The value orientations were investigated by the methodology of M. Rokeach (modification by Fantalova OB., 1992). A socio-demographic survey of the women surveyed was also carried out.

According to the level of psychosocial maladaptation, the examined women were divided into two groups. The first group (38 people) included women, who in one of the spheres of psychosocial functioning did not exceed 19 points, which corresponded to the absence of signs of clinically significant maladaptation. The second group (14 people) included women who had indicators of more than 20 points on at least one of the scales, which corresponds to the signs of clinically pronounced maladaptation. The indicator scale in the range of 20-29 points were regarded as signs of psychosocial maladjustment mild, than in 30-39 points as signs of disadaptation moderate degree, the index 40 points or more is signs of maladjustment severe degree.

The analysis of the peculiarities of psychosocial maladaptation in the studied contingent revealed a number of important regularities. A mixed type of psychosocial maladaptation with predominance of elements of family and industrial (professional, service) maladaptation in the internal structure was determined in 76.9% of maladapted women. Socially adapted women also had the largest peaks in the risk of developing family and professional maladjustment.

Family relationships were the most vulnerable area of psychosocial relationships for women with psychogenic depressive disorders. In addition to a large number of “pure” family maladjustment, violation of the harmony of family relations was observed in most cases of mixed variants of psychosocial maladjustment.

The results of the study allow us to identify the “starting”, the most pathogenic factors that played a leading role in the development of psychosocial maladaptation, and therefore required priority overcoming (reducing the impact). Isolation of “starting” pathogenic factors helps to determine the group of primary stress factors that must be overcome in the first place. A selection of “supporting” pathogenic factors can diagnose secondary factors that do not independently lead to the formation of psychosocial maladaptation, but play an important pathoplastic role. The obtained information can be used as a basis for the development of a differentiated program of rehabilitation and psychoprophylaxis of psychosocial maladaptation in women with psychogenic depression.

Key words: depression, psychosocial maladaptation, women, adaptation.

Рецензент – проф. Животовська Л. В.

Стаття надійшла 08.04.2019 року

DOI 10.29254/2077-4214-2019-2-1-150-206-211

УДК 618.14-006.6-089-06:616.151.5]-085

Тарабрін О. О., Босенко К. В., Дузенко О. О.

КОМПЛЕКСНА КОРЕКЦІЯ РОЗЛАДІВ СИСТЕМИ ГЕМОСТАЗУ У ХВОРИХ НА РАК ТІЛА МАТКИ ПІСЛЯ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ Одеський національний медичний університет (м. Одеса)

md.bosenko@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Стаття є фрагментом НДР «Удосконалення методів анестезіологічного забезпечення, діагностики, профілактики та комплексної корекції порушень системи гемостазу на етапах хірургічного лікування та інтенсивної терапії при критичних станах», номер державної реєстрації 0113U006430.

Вступ. Захворювання на рак є величезним тягарем для суспільства, як у високо-, так і у менш економічно розвинених країнах. Підвищення рівня захворюваності на рак відбувається через зростання чисельності населення, продовження тривалості життя, а також зростаючу роль таких факторів ризику, як куріння,

надмірна вага, недостатня фізична активність, зміна репродуктивних моделей, пов'язаних з урбанізацією та економічним розвитком. Впродовж останніх років тягар захворювання змістився на менш розвинені країни, де тепер реєструється близько 57% випадків та 65% смертей від раку в світі [1]. Згідно статистичних даних, в останні роки спостерігається прогресивне збільшення частоти раку ендометрію. Аналіз вікової структури хворих показав, що у жінок білої популяції пік захворюваності припадає на 70 років, а у жінок чорношкірої популяції – на 75 років, проте, в середньому, жінки всіх національностей хворіють на рак тіла матки у віці від 50 до 69 років. Встановлено,