

*В. М. Міщенко, І. В. Здесенко, О. В. Дмитрієва, В. А. Кожевнікова*

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19

*Vladyslav Mishchenko, Iryna Zdesenko, Olena Dmytriieva, Viktoriia Kozhevnikova*

### FEATURES OF PSYCHOEMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH COVID-19

**Ключові слова:** COVID-19, психо-емоційні розлади, особливості формування

**Key words:** COVID-19, psychoemotional disorders, peculiarities of formation

Проведено дослідження психоемоційних розладів у пацієнтів, що перенесли COVID-19. Отримані результати показали, що у пацієнтів з COVID-19 спостерігаються астеничні, тривожні, депресивні порушення, фобічні, больові та когнітивні розлади. Виявлено закономірності формування психоемоційних розладів в осіб, що перенесли коронавірусну хворобу COVID-19. Соматичне захворювання виступає психогенним чинником з подальшим формуванням психоемоційних розладів, тривожно-депресивних порушень з елементами іпохондризації на тлі когнітивних розладів.

A study of psychoemotional disorders in patients with COVID-19 was conducted. The obtained results showed that patients with COVID-19 have asthenic, anxiety, depressive disorders, phobic, pain and cognitive disorders. The regularities of the formation of psychoemotional disorders in persons who have suffered from the coronavirus disease COVID-19 have been revealed. Somatic disease acts as a psychogenic factor with subsequent formation of psychoemotional disorders, anxiety-depressive disorders with elements of hypochondriasis against the background of cognitive disorders.

Початок 2020 року характеризувався стрімким поширенням нової коронавірусної інфекції (COVID-19) в Азії, Америці, Європі і активним занесенням збудника захворювання на територію України.

Перший спалах COVID-19 стався в грудні 2019 року в Китайській Народній Республіці з епіцентром в місті Ухань (провінція Хубей). Міжнародний комітет з таксономії вірусів 11 лютого 2020 р. присвоїв офіційну назву збуднику інфекції — SARS-CoV-2 [1; 2], а Всесвітня організація охорони здоров'я дала офіційну назву новому інфекційному захворюванню — COVID-19 (Coronavirus disease 2019). Нове захворювання поставило перед медициною ряд серйозних проблем, однією із котрих є проблема появи уражень з боку центральної нервової системи (ЦНС) та психічної сфери у пацієнтів з перенесеною коронавірусною хворобою COVID-19.

Відомо, що COVID-19 здатний вражати багато органів та систем організму, зокрема і нервову систему та психічну сферу [2—7]. Клінічна практика свідчить про те, що COVID-19 супроводжується неврологічними та психічними порушеннями, які виникають як в гострому, так і у віддаленому (через 3—6 місяців) періодах захворювання [2—5; 7—9].

У грудні 2020 року Національний інститут здоров'я Великої Британії (NICE) дав визначення постковідного синдрому як стану, патологічні симптоми якого тривають понад 12 тижнів, не пояснюються альтернативним діагнозом, здатні змінюватись з часом, зникати і знову виникати, зачіпаючи багато систем організму. Постковідний синдром внесений до Міжнародного класифікатора хвороб (МКХ-10) у формулюванні пост-COVID-стани.

Частими проявами уражень ЦНС при COVID-19 є мозкові інсульти, ознаки хронічної ішемії головного мозку, енцефаліти, менінгоенцефаліти, мієліти, розсіяний склероз та інші [[2; 4; 6; 7; 9—11]. Частота зустрі-

чаємості уражень ЦНС становить від 40 до 60 %. Причинами їх розвитку є тліюче запалення, ендотеліїт, гіпоксія, гіперкоагуляція та інші [2; 3; 7; 9; 10]. У частини хворих з'являються перші ознаки хронічної ішемії мозку на тлі артеріальної гіпертензії.

Багато хворих, особливо людей похилого віку, зазнають загострення перебігу хронічної ішемії мозку у вигляді когнітивних та емоційних порушень, запаморочення, коливань артеріального тиску, порушень сну, посилення екстрапірамідних розладів [2; 6; 7; 9; 11].

COVID-19 може опосередковано впливати на судинну систему через посилення емоційних реакцій у пацієнтів, формування тривожних, депресивних проявів [6; 9; 11]. У більшості хворих, що перенесли коронавірусну хворобу COVID-19, виявляються різні психоемоційні розлади, які впливають на ефективність лікувальних заходів. Зміни в психоемоційній сфері можуть призвести до виникнення та фіксації нових порушень, утворюючи «хибне коло» залежності психоемоційного і фізичного стану, розірвати яке стає дедалі важче з прогресуванням захворювання. Розлади психоемоційної сфери та негативні психологічні чинники у хворих, що перенесли коронавірусну хворобу COVID-19, утруднюють перебіг захворювання, відновно-реабілітаційні процеси, є однією із головних причин непрацездатності та інвалідності пацієнтів. Тому вивчення особливостей психоемоційних розладів у хворих з цереброваскулярними захворюваннями, що перенесли коронавірусну хворобу COVID-19, — актуальна та сучасна проблема.

Мета дослідження: вивчити особливості психоемоційних порушень у хворих з цереброваскулярною патологією, які перенесли коронавірусну хворобу COVID-19.

Використані такі методи досліджування: клініко-психопатологічні, психодіагностичні (вивчення

особистісної тривожності і реактивної тривоги за шкалою Спілбергера — Ханіна; оцінка депресії за шкалами Гамільтона (HDRS) і Бека; оцінка рівня депресії/тривоги, зміни настрою за шкалою Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); оцінка когнітивних функцій за шкалою оцінки психічного статусу (MMSE); оцінка якості життя пацієнтів за методикою (Mezzich I., Cohen N., Ruiperez M., Lin I., and Yoon G., 1999), адаптованою Н. А. Марутою), статистичні.

Для вивчення рівня тривожності ми застосовували шкалу тривожності Спілбергера — Ханіна. Ця методика враховує диференціацію чинників особистісної тривожності і реактивної тривоги.

Шкала реактивної тривоги і особистісної тривожності складається з двох частин по 20 завдань у кожній. За допомогою першої частини (опитувальник А) визначається, як людина почувається зараз, цієї миті, відтворює актуальний стан пацієнта, а завдання другої частини (опитувальник Б) — допомагає з'ясувати, як суб'єкт відчуває себе зазвичай, тобто діагностується тривога як властивість особистості. Кожна з частин шкали має власну інструкцію. Окремі висловлювання, включені в опитувальник, оцінюються за чотирибальною шкалою. Вербальна інтерпретація позицій оціночної шкали в першій і другій частинах опитувальника — різна. Для першої частини опитувальника — «абсолютно правильно» (4 бали), «правильно» (3 бали), «мабуть, правильно» (2 бали), «абсолютно неправильно» (1 бал). Для другої частини опитувальника — «майже ніколи» (1 бал), «іноді» (2 бали), «часто» (3 бали), «майже завжди» (4 бали). Рівень реактивної тривоги обчислювали за формулою:

$$T_p = \Sigma P_{\Pi} - \Sigma P_3 + 50,$$

де  $T_p$  — показник реактивної тривоги;  $\Sigma P_{\Pi}$  — сума балів за прямими запитаннями (3, 4, 6, 7, 9, 12, 14, 15, 17, 18);  $\Sigma P_3$  — сума балів за зворотними запитаннями (1, 2, 5, 8, 10, 11, 13, 16, 19, 20).

Для обчислення рівня особистісної тривожності застосовували формулу:

$$T_o = \Sigma O_{\Pi} - \Sigma O_3 + 35,$$

де  $T_o$  — показник особистісної тривожності;  $\Sigma O_{\Pi}$  — сума балів за прямими запитаннями (22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38, 40);  $\Sigma O_3$  — сума балів за зворотними запитаннями (21, 26, 27, 30, 33, 36, 39).

Інтерпретація результатів: до 30 балів — низький рівень тривоги, від 31 до 45 балів — середній рівень, понад 46 балів — високий рівень тривоги.

Для досліджування рівня депресії у хворих ми використовували шкалу Бека і HDRS.

Шкала Бека складається з 21 запитання, на кожне з яких респондент відповідає одним з п'яти або з чотирьох запропонованих варіантів відповіді. Інтерпретація результатів: до 9 балів — немає депресії, 10—15 балів — м'яка депресія, 16—18 балів — помірна депресія, понад 18 балів — значна депресія.

HDRS складається з 23 пунктів, два з яких (16-й і 18-й) містять по дві частини — А і Б, які заповнюються альтернативно. Параметри за HDRS оцінюють на основі даних клінічного інтерв'ю. Кожне питання

респонденти оцінюють, обираючи з п'яти варіантів відповіді. Інтерпретація результатів: 7—16 балів — легкий депресивний епізод, 17—27 — помірний депресивний епізод, понад 27 балів — важкий депресивний епізод.

Також поточний рівень депресії/тривоги, зміни настрою оцінювали за допомогою Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) — госпітальної шкали тривоги та депресії. Шкала складається з двох підшкал, загалом з 14 тверджень, спрямованих на виявлення та визначення ступеня вираженості тривоги та депресії. Кожному твердженню відповідає чотири варіанти відповіді — від 0 до 4. Підрахунок проводять окремо за кожною підшкалою: 0—7 — «норма» (немає достовірно виражених симптомів тривоги і депресії); 8—10 — «субклінічний рівень тривоги/депресії»; 11 і вище — «клінічний рівень тривоги/депресії».

Для вивчення когнітивних функцій ми використовували шкалу MMSE. Шкала призначена для вивчення психічного статусу хворого і оцінки таких характеристик: орієнтування, сприйняття, увага, пам'ять, лічильні операції, основні рухові і перцептивно-гностичні функції. Ця методика складається з шести пунктів. Перший пункт — орієнтування в часі, другий — орієнтування в місці, третій, п'ятий пункти — сприйняття і пам'ять, четвертий пункт — концентрація уваги і лічба, шостий — мовні функції. Результати тесту оцінюють підсумовуванням результатів кожного з пунктів. Інтерпретація результатів: 28—30 балів — немає порушень когнітивних функцій, 24—27 — помірні когнітивні порушення, 20—23 — деменція легкого ступеня, 11—19 — деменція помірного ступеня, 0—10 — важка деменція.

Для оцінки якості життя пацієнтів ми використовували методику Mezzich I., Cohen N., Ruiperez M., Lin I., and Yoon G. (1999), адаптовану Н. А. Марутою, яка дає можливість оцінити суб'єктивну міру благополуччя хворих і їх задоволеність умовами свого життя. Це багатофакторна методика, яка дає змогу отримати оцінку якості життя хворого як загалом, так і за окремими сферами і субсферами його життя. Вона містить з 10 шкал, кожна з яких оцінює компоненти якості життя за 10-бальною системою, де 1 бал — дуже погано, 10 балів — дуже добре.

Методика включає аналіз таких параметрів: фізичне благополуччя, психологічне/емоційне благополуччя, самообслуговування і незалежність дій, працездатність, міжособистісна взаємодія, соціоемоційна підтримка, громадська та службова підтримка, особистісна реалізація, духовна реалізація, загальне сприйняття життя. Визначаючи показник якості життя, підсумовували показники окремих шкал і обчислювали їх середнє арифметичне значення, яке й визначало величину інтегрального показника якості життя. Крім того, основні компоненти якості життя пацієнтів оцінювали також і лікарі.

Усі отримані дані обробляли загальноприйнятими в медицині методами статистичного аналізу з використанням пакетів прикладних програм Microsoft

Excel 2007, Statistica for Windows 5.0. Частота клінічних ознак подана в абсолютних числах і виражена у відсотках. Отримані дані деяких експериментально-психологічних методик обробляли методами варіаційної статистики з обчисленням середньої арифметичної і її стандартного відхилення. Достовірність отриманих результатів визначали за допомогою критерію Стьюдента (відмінності вважали достовірними при  $p < 0,05$ ).

Ми провели клініко-психопатологічне обстеження 60 пацієнтів з цереброваскулярними порушеннями через 2—4 місяці від початку коронавірусної хвороби COVID-19 (основна група — ОГ). У 20 пацієнтів інфекція була важкою, у 21 — середньої тяжкості, у 19 пацієнтів інфекція перебігала у легкій формі. У всіх обстежених до COVID-19 не було будь-яких неврологічних розладів та судинних факторів ризику.

З усіх обстежених 55 % (33 пацієнти) становили жінки, 45 % (27 пацієнтів) — чоловіки. Середній вік пацієнтів становив  $50,2 \pm 6,6$  років. В усіх хворих діагностували дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕ) I—II стадії. Щодо характеру судинного захворювання — у 36 хворих діагностовано гіпертонічну хворобу, у 14 — атеросклероз, в 10 випадках — сполучення гіпертонічної хвороби з атеросклерозом.

Групу порівняння (ГП) становили 30 пацієнтів з ДЕ I—II стадії атеросклеротичної, гіпертонічної, змішаної етіології, без перенесеного COVID-19. Середній вік пацієнтів ГП —  $51,4 \pm 5,6$  років. В ГП також більшість становили жінки (53 %).

Групи обстежуваних були рівнозначними за віком, статтю, рівнем освіти, соціальним, сімейним станом, характером судинного процесу. Характер скарг, клінічна структура психопатологічних порушень у хворих ОГ і ГП були також ідентичними.

Виявлені клініко-психопатологічні порушення у обстежених хворих ОГ та ГП, особливості їх клінічної структури дали змогу виділити провідні клінічні синдроми і типи ставлення пацієнтів до хвороби (табл. 1).

Таблиця 1. Провідні клінічні синдроми та типи ставлення до хвороби у обстежених осіб з цереброваскулярними порушеннями

Синдром	Представленість синдрому за групами (% $\pm m$ %)	
	ОГ (n = 60)	ГП (n = 30)
Больовий	$66,7 \pm 1,3$	$53,3 \pm 1,3$
Фобічний	$83,3 \pm 1,3^*$	$33,3 \pm 1,3$
Астено-іпохондричний	$13,3 \pm 0,3$	$10,0 \pm 0,3$
Астено-депресивний	$33,3 \pm 0,7$	$23,3 \pm 0,3$
Астено-тривожний	$43,3 \pm 0,7^*$	$16,6 \pm 0,1$
Істероформний	$6,7 \pm 0,1$	—
Когнітивних порушень	$66,7 \pm 1,3^*$	$30,0 \pm 0,3$
Анозогностичне ставлення	$13,3 \pm 0,7$	—

Примітка: \* —  $p < 0,05$  між показниками досліджуваних ОГ та ГП

У обстежених хворих як ОГ, так і ГП найчастіше спостерігалися фобічний, больовий, когнітивних порушень, астено-тривожний, астено-депресивний синдроми (див. табл. 1). Однак частота і вираженість клінічних синдромів у пацієнтів ОГ були істотно більшими, ніж у пацієнтів ГП. Наприклад, представленість фобічного синдрому в ОГ становила  $83,3 \pm 1,3$  % проти  $33,3 \pm 1,3$  % в ГП (в 2,5 раза вище), астено-тривожного синдрому в ОГ —  $43,3 \pm 0,7$  % проти  $16,6 \pm 0,1$  % в ГП (в 2,6 разів вище), астено-депресивного синдрому в ОГ —  $33,3 \pm 0,7$  % проти  $23,3 \pm 0,3$  % — в ГП (в 1,4 раза вище), когнітивних порушень в ОГ —  $66,7 \pm 1,3$  % проти  $30,0 \pm 0,3$  % в ГП (в 2,2 раза вище).

Астенічна симптоматика у пацієнтів входила в структуру астено-тривожного, астено-депресивного, астено-іпохондричного синдромів. Істероформний синдром спостерігався лише у пацієнтів ОГ в  $6,7 \pm 0,1$  % випадків.

Астено-іпохондричний синдром характеризувався поєднанням астенічних проявів з надмірним зосередженням хворих на власних відчуттях і їх перебільшенням.

Астено-депресивний синдром виражався в зниженому, пригніченому настрої, загальмованості, зниженні інтелектуальної та загальної активності, погіршанні самопочуття у вечірні години, іноді — в суїцидальних думках, в порушенні сну. Велике значення в діагностиці депресивного стану у хворих мали невербальні характеристики: міміка, поза, застиглий, сумний, тривожний вираз обличчя, тихий монотонний голос тощо.

Астено-тривожний синдром характеризувався появою непереборних страхів, сумнівів, уявлень зі збереженням критичного до них ставлення на тлі виражених клінічних астенічних проявів.

Істероформний синдром проявлявся в демонстративному характері поведінки. В рамках цього синдрому у хворих відзначалася неврологічна симптоматика (рухові і чутливі порушення), яка не відповідала неврологічній симптоматиці.

У хворих ОГ були елементи психастенічно-обсесивного характеру: втрачався інтерес до спілкування з оточенням, виявлялися раніше не властиві їм недовірливість, тривожність, невпевненість в собі. Відзначався нестійкий, з відтінком туги настрій, з'являлися ознаки зниження особистісної стійкості до емоційно-психогенних чинників зовнішнього середовища.

Анозогностичні розлади у хворих ОГ виявлялися порушеннями адекватності реагування, зниженням критичної оцінки власного стану, ігноруванням тяжкості свого стану, зменшенням дистанції під час комунікації з медичним персоналом тощо. Слід зазначити, що виникнення та вираженість анозогностичних розладів відображали особистісні особливості пацієнтів.

Дані, отримані в результаті експериментально-психологічних досліджень, наведено в табл. 2.

Таблиця 2. Патопсихологічні показники у осіб з цереброваскулярними порушеннями

Показник	Середній бал ( $M \pm m$ )	
	ОГ ( $n = 60$ )	ГП ( $n = 30$ )
Реактивна тривога (шкала Спілбергера — Ханіна)	35,9 ± 3,2*	30,2 ± 3,2
Особистісна тривожність (шкала Спілбергера — Ханіна)	30,6 ± 2,9	29,7 ± 3,1
Депресія (шкала Гамільтона)	17,0 ± 2,3	16,6 ± 1,4
Депресія (шкала Бека)	17,5 ± 3,3	16,6 ± 1,4
Когнітивна функція (методика MMSE)	25,8 ± 0,2	26,2 ± 0,2

Примітка: Тут і далі показники подано у форматі ( $M \pm m$ ), бали, де  $M$  — середня арифметична,  $m$  — стандартне відхилення; \* —  $p < 0,05$  між показниками досліджуваних ОГ та ГП

У обстежених хворих як ОГ, так і ГП показники реактивної тривоги були дещо вищими від показників особистісної тривожності (див. табл. 2). Відзначалися переважно легкі і помірні депресивні розлади, помірні когнітивні порушення. Однак виразність тривожних і депресивних розладів в ОГ була більшою, показники тривоги і депресії в ОГ були вищими. Комплексна оцінка вираженості когнітивних порушень показала, що у 70 % хворих ОГ і 30 % пацієнтів ГП спостерігалися помірні когнітивні порушення. Однак загальний показник за шкалою MMSE в ОГ був нижчим і становив 25,8 ± 0,2 бали з 30 можливих, тоді як в ГП він становив 26,2 ± 0,2 бали з 30 можливих.

Також ми вивчали гендерні особливості емоційного стану хворих. Обстежено 31 хворого за допомогою методики HADS — госпітальної шкали тривоги та депресії (табл. 3, 4).

Таблиця 3. Гендерні особливості тривоги у осіб з цереброваскулярними порушеннями, які перенесли коронавірусну хворобу COVID-19 (методика HADS)

Параметр шкали «тривога»	Чоловіки ( $n = 13$ )	Жінки ( $n = 18$ )
емоційне напруження	2,3 ± 0,6	2,4 ± 1,1
страх	0,8 ± 0,3	2,2 ± 0,5*
неспокійні нав'язливі думки	1,7 ± 1,3	1,8 ± 0,7
нездатність розслабитись	1,6 ± 0,6	2,3 ± 1,0
внутрішнє тремтіння	1,2 ± 0,8	2,6 ± 0,9
непосидючість	1,3 ± 1,0	2,4 ± 0,3
паніка	0,7 ± 0,4	1,8 ± 1,1*
загальний показник	9,6 ± 2,3	15,4 ± 2,7*

Примітка: \* —  $p < 0,05$  між показниками чоловіків та жінок, які перенесли COVID-19

В структурі тривоги пацієнтів з цереброваскулярними порушеннями чоловічої статі, які пере-

несли COVID-19, переважали емоційне напруження (2,3 ± 0,6) балів, неспокійні нав'язливі думки (1,7 ± 1,3) бали, нездатність розслабитись (1,6 ± 0,6) балів, непосидючість (1,3 ± 1,0) бали, внутрішнє тремтіння (1,2 ± 0,8) балів. Найменш вираженими були «страх» (0,8 ± 0,3) бали та «паніка» (0,7 ± 0,4) бали. Загальний показник тривоги у чоловіків, які перенесли COVID-19, дорівнював (9,6 ± 2,3) бали, що відповідає субклінічному ступеню вираженості тривожно-фобічної симптоматики. У жінок всі параметри тривоги були вираженішими — внутрішнє тремтіння (2,6 ± 0,9) балів, емоційне напруження та непосидючість ((2,4 ± 1,1) бали, (2,4 ± 0,3) бали відповідно), нездатність розслабитись (2,3 ± 1,0) бали, страх ((2,2 ± 0,5) балів,  $p < 0,05$ ), паніка ((1,8 ± 1,1) бали,  $p < 0,05$ ). Загальний показник тривоги в групі жінок з цереброваскулярними порушеннями, які перенесли COVID-19, дорівнював (15,4 ± 2,7) бали,  $p < 0,05$ ), що відповідає клінічному рівню вираженості тривожно-фобічної симптоматики.

Таблиця 4. Гендерні особливості депресії у осіб з цереброваскулярними порушеннями, які перенесли коронавірусну хворобу COVID-19 (методика HADS)

Параметр шкали «депресія»	Чоловіки ( $n = 13$ )	Жінки ( $n = 18$ )
немає задоволення	1,8 ± 1,1	1,3 ± 0,4
неспроможність радіти	1,1 ± 0,6	1,2 ± 0,9
загальна слабкість, астенія	2,2 ± 1,0	2,3 ± 1,4
повільність	1,7 ± 0,4	1,6 ± 1,1
небажання стежити за зовнішністю	1,2 ± 0,6	0,7 ± 0,4
немає захопленості улюбленими справами	1,1 ± 0,9	1,6 ± 0,9
труднощі в засвоєнні інформації (книги, телепередачі, інтернет тощо)	2,0 ± 1,3	2,1 ± 0,7
загальний показник	11,1 ± 3,5	10,9 ± 2,1

В структурі депресії у чоловіків з цереброваскулярними порушеннями, які перенесли COVID-19, переважали загальна слабкість, астенія (2,2 ± 1,0), труднощі в засвоєнні інформації (2,0 ± 1,3) бали, немає задоволення (1,8 ± 1,1) бали, повільність (1,7 ± 0,4), небажання стежити за зовнішністю (1,2 ± 0,6), неспроможність радіти (1,1 ± 0,6) та немає захопленості улюбленими справами (1,1 ± 0,9) балів. Загальний показник становив (11,1 ± 3,5) балів. У досліджуваних жінок домінували загальна слабкість, астенія (2,3 ± 1,4) бали, труднощі в засвоєнні інформації (2,1 ± 0,7) балів, повільність (1,6 ± 1,1) бали, немає захопленості улюбленими справами (1,6 ± 0,9) балів, немає задоволення (1,3 ± 0,4) бали, неспроможність радіти (1,2 ± 0,9) балів, небажання стежити за зовнішністю (0,7 ± 0,4) бали. Загальний показник дорівнював (10,9 ± 2,1) бали, що відповідає субклінічному рівню астено-депресивних порушень.

Оцінка якості життя усіх обстежених показала, що хворі найнижче оцінювали «Фізичне благополуччя» ( $3,5 \pm 0,4$  бали), «Працевдатність» ( $3,5 \pm 0,4$  бали), «Загальне сприйняття якості життя» ( $3,8 \pm 0,4$  бали). Психоемоційний стан хворі оцінювали трохи вище, ніж фізичний, проте загалом показники були низькими ( $4,6 \pm 0,3$  бали). Хворі досить низько оцінювали особистісну реалізацію ( $4,6 \pm 0,4$  бали), суспільну ( $4,6 \pm 0,4$  бали) і соціоемоційну ( $5,3 \pm 0,4$  бали) підтримку. Шкали «Духовна реалізація» ( $6,0 \pm 0,5$  балів) і «Міжособистісна взаємодія» ( $5,3 \pm 0,5$  балів) пацієнти оцінювали вище. Оцінка показників якості життя лікарями була односпрямованою, не мала суттєвих розбіжностей з даними самих пацієнтів.

Особливості клінічної картини, емоційного реагування на захворювання, психодіагностичних показників дали змогу виявити закономірності формування психоемоційних розладів у осіб, які перенесли коронавірусну хворобу COVID-19. Соматичне захворювання у обстежених нами хворих було психогенним чинником. Особистісні риси пацієнтів зумовлювали характер їх емоційного реагування. Такі реакції, опосередковуючись через порушення функціонування церебральних регуляторних систем мозку (насамперед лімбіко-ретікулярного комплексу), призводять до подальших змін. У пацієнтів відбувається формування тривожно-депресивних порушень з елементами іпохондризації, з фіксацією на власному захворюванні, своїх відчуттях на тлі зниження когнітивних функцій. Виявлені психоемоційні розлади утруднюють лікування, реабілітаційні заходи і потребують розробки системи їх корекції.

Проведене дослідження дало змогу дійти таких висновків.

Встановлено особливості структури психоемоційних розладів у осіб з цереброваскулярною патологією, які перенесли коронавірусну хворобу COVID-19, які можуть ускладнювати реабілітаційні заходи. Провідними синдромами є фобічний ( $83,3 \pm 1,3$  %), больовий ( $66,7 \pm 1,3$  %), когнітивних порушень ( $66,7 \pm 1,3$ ), астено-тривожний ( $43,3 \pm 0,7$ ), астено-депресивний ( $33,3 \pm 0,7$ ).

Вивчено патопсихологічні показники у обстежених хворих. Показники реактивної тривоги — вище показників особистісної тривоги. Відзначаються переважно легкі і помірні депресивні розлади. У 70 % хворих спостерігаються помірні когнітивні порушення.

Виявлено закономірності формування психоемоційних розладів в осіб, що перенесли коронавірусну хворобу COVID-19. Соматичне захворювання виступає психогенним чинником. Особистісні риси пацієнтів, особливості їх емоційного реагування, опосередковуючись через порушення функціонування церебральних регуляторних систем мозку, призводять до формування тривожно-депресивних порушень з елементами іпохондризації на тлі зниження когнітивних функцій.

## Список літератури

1. Lessons learned 1 year after SARS-CoV-2 emergence leading to COVID-19 pandemic / To K. K, Sridhar S., Chiu K. H. [et al.] // *Emerg Microbes Infect.* 2021. Vol. 10 (1). P. 507—535. DOI: 10.1080/22221751.2021.1898291.
2. Міщенко Т. С. Неврологічні ускладнення у пацієнтів з COVID-19 / Т. С. Міщенко, В. М. Міщенко // *Психіатрія, неврологія та медична психологія.* 2021. Вип. 16. С. 23—33. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-16-03>.
3. Garg R. K. Spectrum of Neurological Manifestations in Covid-19: A Review // *Neurol India.* 2020. Vol. 68 (3). P. 560—572. DOI: 10.4103/0028-3886.289000.
4. Jafari Z. Hearing Loss, Tinnitus, and Dizziness in COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis / Z. Jafari, B. E. Kolb, M. H. Mohajerani // *Can J Neurol Sci.* 2022. Vol. 49 (2). P. 184—195. DOI: 10.1017/cjn.2021.63.
5. Narożny W. Czy wirus SARS-CoV-2 może uszkadzać słuch i równowagę? [Can the SARS-CoV-2 virus damage human hearing and balance?] / W. Narożny, D. Tretiakow, A. Skorek // *Med Pr.* 2021. Vol. 72 (3). P. 321—325. Polish. DOI: 10.13075/mp.5893.01083.
6. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors / Mazza M. G., De Lorenzo R., Conte C. [et al.] ; COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group; Benedetti F. // *Brain Behav Immun.* 2020. Vol. 89. P. 594—600. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.07.03790748.
7. Vindegaard N. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence / N. Vindegaard, M. E. Benros // *Brain Behav Immun.* 2020. Vol. 89. P. 531—542. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.05.048.
8. Neurological manifestations associated with SARS-CoV-2 and other coronaviruses: A narrative review for clinicians / Maury A, Lyoubi A, Peiffer-Smadja N. [et al.] // *Rev Neurol (Paris).* 2021. Vol. 177 (1-2). P. 51—64. DOI: 10.1016/j.neurol.2020.10.001.
9. Troyer E. A. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms / E. A. Troyer, J. N. Kohn, S. Hong // *Brain Behav Immun.* 2020. Vol. 87. P. 34—39. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.04.027.
10. Headache attributed to SARS-CoV-2 infection, vaccination and the impact on primary headache disorders of the COVID-19 pandemic: A comprehensive review / Caronna E., van den Hoek T. C., Bolay H. [et al.] // *Cephalalgia.* 2023. Vol. 43 (1): 3331024221131337. DOI: 10.1177/03331024221131337.
11. Factors related to mental health of inpatients with COVID-19 in Wuhan, China / Hu Y, Chen Y, Zheng Y. [et al.] // *Brain Behav Immun.* 2020. Vol. 89. P. 587—593. DOI: 10.1016/j.bbi.2020.07.016.

## References

1. To KK, Sridhar S, Chiu KH, Hung DL, Li X, Hung IF, Tam AR, Chung TW, Chan JF, Zhang AJ, Cheng VC, Yuen KY. Lessons learned 1 year after SARS-CoV-2 emergence leading to COVID-19 pandemic. *Emerg Microbes Infect.* 2021 Dec;10(1):507-535. doi: 10.1080/22221751.2021.1898291. PMID: 33666147; PMCID: PMC8006950.
2. Mishchenko, T. S., & Mishchenko, V. M. (2021). Nevrolohichni uskladnennia u patsientiv z COVID-19 [Neurological complications in patient with COVID-19]. *Psykhiatriia, nevrolohiia ta medychna psykhohiia* [Psychiatry, Neurology and Medical Psychology], (16). <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-16-03>. (In Ukrainian).

3. Garg RK. Spectrum of Neurological Manifestations in Covid-19: A Review. *Neurol India*. 2020 May-Jun;68(3):560-572. doi: 10.4103/0028-3886.289000. PMID: 32643664.

4. Jafari Z, Kolb BE, Mohajerani MH. Hearing Loss, Tinnitus, and Dizziness in COVID-19: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Can J Neurol Sci*. 2022 Mar;49(2):184-195. doi: 10.1017/cjn.2021.63. Epub 2021 Apr 12. PMID: 33843530; PMCID: PMC8267343.

5. Narożny W, Tretiakow D, Skorek A. Czy wirus SARS-CoV-2 może uszkadzać słuch i równowagę? [Can the SARS-CoV-2 virus damage human hearing and balance?]. *Med Pr*. 2021 Jun 30;72(3):321-325. Polish. doi: 10.13075/mp.5893.01083. Epub 2021 Apr 2. PMID: 33835112.

6. Mazza MG, De Lorenzo R, Conte C, Poletti S, Vai B, Bollettini I, Melloni EMT, Furlan R, Ciceri F, Rovere-Querini P; COVID-19 BioB Outpatient Clinic Study group; Benedetti F. Anxiety and depression in COVID-19 survivors: Role of inflammatory and clinical predictors. *Brain Behav Immun*. 2020 Oct;89:594-600. doi: 10.1016/j.bbi.2020.07.037. Epub 2020 Jul 30. PMID: 32738287; PMCID: PMC7390748.

7. Vindegaard N, Benros ME. COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain Behav Immun*. 2020 Oct;89:531-542. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.048. Epub 2020 May 30. PMID: 32485289; PMCID: PMC7260522.

8. Maury A, Lyoubi A, Peiffer-Smadja N, de Broucker T, Meppiel E. Neurological manifestations associated with SARS-CoV-2 and other coronaviruses: A narrative review for clinicians. *Rev Neurol (Paris)*. 2021 Jan-Feb;177(1-2):51-64. doi: 10.1016/j.neurol.2020.10.001. Epub 2020 Dec 16. PMID: 33446327; PMCID: PMC7832485.

9. Troyer EA, Kohn JN, Hong S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain Behav Immun*. 2020 Jul;87:34-39. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.027. Epub 2020 Apr 13. PMID: 32298803; PMCID: PMC7152874.

10. Caronna E, van den Hoek TC, Bolay H, Garcia-Azorin D, Gago-Veiga AB, Valeriani M, Takizawa T, Messlinger K, Shapiro RE, Goadsby PJ, Ashina M, Tassorelli C, Diener HC, Terwindt GM, Pozo-Rosich P. Headache attributed to SARS-CoV-2 infection, vaccination and the impact on primary headache disorders of the COVID-19 pandemic: A comprehensive review. *Cephalgia*. 2023 Jan;43(1):3331024221131337. doi: 10.1177/03331024221131337. PMID: 36606562.

11. Hu Y, Chen Y, Zheng Y, You C, Tan J, Hu L, Zhang Z, Ding L. Factors related to mental health of inpatients with COVID-19 in Wuhan, China. *Brain Behav Immun*. 2020 Oct;89:587-593. doi: 10.1016/j.bbi.2020.07.016. Epub 2020 Jul 15. PMID: 32681866; PMCID: PMC7362867.

Надійшла до редакції 13.09.2023

#### Відомості про авторів:

**МИЩЕНКО Владислав Миколайович**, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, науковий керівник відділу\*; e-mail: 1976mv@ukr.net

**ЗДЕСЕНКО Ірина Володимирівна**, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу\*; e-mail: zdesenkoiv@gmail.com

**ДМИТРИЄВА Олена Вікторівна**, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу\*; e-mail: dmitrieva.h@gmail.com

**КОЖЕВНИКОВА Вікторія Анатоліївна**, кандидат психологічних наук, провідний науковий співробітник відділу\*; e-mail: vika5780sea@gmail.com

\* — відділ судинної патології головного мозку та реабілітації Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

#### Information about the authors:

**MISHCHENKO Vladyslav**, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, a Head of the Department\*\*; e-mail: 1976mv@ukr.net

**ZDESENKO Iryna**, MD, PhD, Associate Professor, Leading Researcher of the Department\*\*; e-mail: zdesenkoiv@gmail.com

**DMYTRIIEVA Olena**, MD, PhD, Leading Researcher of the Department\*\*; e-mail: dmitrieva.h@gmail.com

**KOZHEVNIKOVA Viktoriia**, PhD in Psychological Sciences, Leading Researcher of the Department\*\*; e-mail: vika5780sea@gmail.com

\*\* — Department of Brain Vascular Pathology and Rehabilitation of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine