

Н. О. Марута, В. Ю. Федченко, Т. В. Панько, І. О. Явдак, О. Є. Семікіна, Л. М. Маркозова
СТРУКТУРА КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ НАСЛІДКІВ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19 У ОСІБ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ В АНАМНЕЗІ

N. O. Maruta, V. Yu. Fedchenko, T. V. Panko, I. O. Yavdak, O. Ye. Semikina, L. M. Markozova
THE STRUCTURE OF CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CONSEQUENCES OF CORONAVIRUS DISEASE COVID-19 IN PEOPLE WITH A HISTORY OF MENTAL DISORDERS

Ключові слова: клініко-психопатологічні наслідки, психічні розлади, коронавірусна хвороба COVID-19

Keywords: clinical-psychopathological consequences, mental disorders, coronavirus disease COVID-19

Вплив пандемії COVID-19 на психічне здоров'я потребує визначення психопатологічних проявів з метою визначення діагностичних критеріїв.

Мета дослідження — визначення особливостей структури клініко-психопатологічних проявів психічних розладів після перенесеної коронавірусної хвороби COVID-19 у осіб з психічними розладами в анамнезі.

У відділі пограничної психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» обстежено 95 пацієнтів з психічними порушеннями в анамнезі, що перенесли коронавірусну хворобу COVID-19. До групи обстежуваних увійшли пацієнти з рекурентними депресивними розладами (F32), з психічними розладами органічного генезу (F06.3, F06.4) і з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F41.1, F41.2, F42.2, F45.3, F48.0).

Визначено, що клінічні прояви психічних розладів у обстежених характеризуються переважанням афективної симптоматики в поєднанні з вираженими специфічними когнітивними, ідеаторними та соматовегетативними порушеннями, а також порушеннями ефекторно-вольової сфери.

Результати психодіагностичного дослідження (за шкалами MADRS, HARS, GAD-7 та CGI-S) показали, що структура клінічних проявів у цих пацієнтів характеризувалась переважанням афективних порушень тривожно-депресивного спектра різного ступеня важкості, які мали певні відмінності за нозологічними групами.

Визначення клініко-психопатологічних особливостей структури психічних розладів після перенесеної хвороби COVID-19 є важливим не тільки для їх діагностики, але й для якомога ранньої та адекватної терапії з урахуванням виявлених особливостей, які можуть бути мішенями терапевтичного впливу.

The impact of the COVID-19 pandemic on mental health indicates the need to define psychopathological manifestations to highlight diagnostic criteria.

The purpose of the study is to determine the structural features of clinical and psychopathological manifestations of mental disorders after the coronavirus disease COVID-19 in people with a history of mental disorders.

In the Department of Border Psychiatry of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", 95 patients with a history of mental disorders who had suffered the coronavirus disease COVID-19 were examined. The group examined included patients with recurrent depressive disorders (F32), with mental disorders of organic origin (F06.3, F06.4) and with neurotic, stress-related and somatoform disorders (F41.1, F42.3), F48.0).

It was determined that the clinical manifestations of mental disorders in the examined patients are characterized by a predominance of affective symptoms in combination with pronounced specific cognitive, ideational, and somato-vegetative disorders, as well as disorders of the effector-volitional sphere.

The results of a psychodiagnostics study (on the MADRS, HARS, GAD-7 and CGI-S scales) showed that the structure of clinical manifestations in these patients was characterized by a predominance of affective disorders of the anxiety-depressive spectrum of varying severity, which had certain differences among nosological groups.

Determining the clinical and psychopathological features of the structure of mental disorders after suffering from COVID-19 is important not only for their diagnosis, but also for early and adequate therapy, taking into account the identified features that can act as targets for therapeutic intervention.

Пандемія хвороби на COVID-19, спричинена вірусом SARS-CoV-2, стала непередбаченою та глобальною, вплинувши на здоров'я людей та соціально-економічні аспекти життя. Вплив на всі сфери

життя людей був надзвичайно значущим та складним. COVID-19 з самого початку виникнення був серйозним захворюванням та, на жаль, і сьогодні залишається загрозою для життя багатьох людей. Найнегативніший вплив цієї хвороби відбивається на найуразливіших верствах населення, до яких належать люди з психічними розладами. Саме серед груп

осіб, що вже страждають від різноманітних психічних розладів, наслідки пандемії можуть бути особливо негативними. Саме психічні розлади є серйозними медичними станами, які можуть суттєво впливати на трудові спроможності, загальне самопочуття індивіда та якість життя. До цих розладів належать депресивні, тривожні розлади, шизофренія, біполярний афективний розлад та інші. Люди, які вже мають в анамнезі психічні розлади, є більш вразливими до стресових подій та змін у соціальному середовищі, які несе за собою пандемія [1; 2].

Сьогодні відомо, що коронавірусна хвороба COVID-19 сприяє не тільки формуванню первинних психічних порушень, а й загостренню психічних порушень внаслідок безпосереднього впливу коронавірусної хвороби та стресорів пандемії SARS-CoV-2 [3].

Вплив пандемії COVID-19 на психічне здоров'я спонукає до визначення психопатологічних проявів з метою виявлення діагностичних критеріїв, якомога більш раннього встановлення діагнозу на підставі цих критеріїв для визначення своєчасно терапевтичної допомоги та обсягу надання психіатричної допомоги із залученням різних фахівців, зокрема і лікарів-психіатрів, медичних психологів та психотерапевтів [4]. Важливим аспектом є усвідомлення особливостей формування, перебігу та виходу психопатологічних наслідків впливу пандемії SARS-CoV-2 [5]. Також треба зважати, що наявність психічних розладів створює особливу вразливість до стресорів пандемії через зміни в емоційному стані, когнітивних функціях та реакції на стрес [6]. Вплив SARS-CoV-2 на соціальне та економічне життя людей є найбільш суттєвим, ніж попередні глобальні пандемії, що не може не відбиватися негативно на психічному благополуччі населення [7]. Також слід враховувати несприятливий вплив самої інфекції на центральну нервову систему і, як наслідок, на психічний стан [8]. Розуміння взаємозв'язків між перенесеною коронавірусною хворобою та психічними розладами є платформою для розроблення індивідуальних стратегій підтримки та вдосконалення системи надання адекватної допомоги при психічних розладах після перенесеної хвороби SARS-CoV-2 та подолання її наслідків. Допомога має базуватися на визначенні провідної симптоматики, що найбільшою мірою відбивається на якості життя пацієнтів, і відповідно до біопсихосоціального підходу, мати комплексний характер, з одночасним застосуванням цільової психофармакотерапії, індивідуальної психотерапії, різних варіантів когнітивного тренінгу та персоналізованих соціально-реабілітаційних мультидисциплінарних заходів [9].

Важливим аспектом є доступ до високоякісної та доступної психіатричної допомоги і лікування, реінтеграція в суспільство, адекватна та ефективна профілактика. Такий комплексний підхід, що враховує індивідуальні особливості, стан психічного здоров'я, вплив стресових чинників, має забезпечити підвищення ефективності терапевтичних втручань.

Метою дослідження є визначення особливостей структури клініко-психопатологічних проявів психічних розладів після перенесеної коронавірусної хвороби COVID-19 у осіб з психічними розладами в анамнезі.

Для реалізації мети та завдань в рамках дослідження застосовували клініко-психопатологічний, психометричний, методи математичної обробки отриманих даних. Серед клінічних методів дослідження використано: клініко-психопатологічний метод, який включав аналіз скарг, анамнез хвороби, анамнез життя, оцінку психічного стану хворих. Як психометричні методи використано: шкала Монгомери — Асберга для оцінки депресії (Montgomery-Asberg Depression Rating Scale, MADRS) [10], шкала Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) [11], шкала GAD-7 — особистісний опитувальник для оцінки рівня тривожності та скринінгу генералізованого тривожного розладу [12], шкала загального клінічного враження (Clinical Global Impression Scale, CGI) [13].

Для реалізації поставленої мети дослідження обстежено 95 пацієнтів з психічними порушеннями в анамнезі, що перенесли коронавірусну хворобу COVID-19 та звернулись по допомогу до відділу пограничної психіатрії ДУ ІНПН НАМН. Діагноз встановлений з урахуванням критеріїв МКХ-10. До групи обстежуваних увійшли пацієнти з рекурентними депресивними розладами (F32.0 — F32.2, F33.1, F33.2 — 31 пацієнт), з психічними розладами органічного генезу (F06.3, F06.4 — 33 пацієнти) і з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F41.1, F41.2, F42.2, F45.3, F48.0 — 31 пацієнт).

Слід зазначити, що до групи обстежуваних були залучені пацієнти з психічними порушеннями в анамнезі, чий стан загострився на фоні або після перенесеного COVID-19. До початку коронавірусної хвороби COVID-19 у обстежуваних пацієнтів за даними анамнезу вже були попередньо встановлені діагнози психічного спектра: у підгрупі рекурентних депресивних розладів — депресивні епізоди (F32.0 — F32.2), рекурентні депресивні розлади (F33.0 — F33.2), пролонгована депресивна реакція (F43.21), змішана тривожна і депресивна реакція (F43.22); у підгрупі психічних розладів органічного генезу — емоційно лабільний розлад органічного генезу (F06.6), змішаний тривожний та депресивний розлад (F41.2), змішана тривожна і депресивна реакція (F43.22); у підгрупі невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів — генералізований тривожний розлад (F41.1), пролонгована депресивна реакція (F43.21), змішана тривожна і депресивна реакція (F43.22), соматоформні вегетативні дисфункції (F45.3), неврастенія (F48.0).

Під час оцінювання клініко-психопатологічних особливостей психічного стану пацієнтів враховували відомості про важкість перенесеної коронавірусної хвороби COVID-19 та вплив на самопочуття зовнішніх стресових чинників (табл. 1).

Таблиця 1. Важкість перебігу, вплив стресових чинників на самопочуття обстежених пацієнтів та наявність соматичних ускладнень внаслідок перенесеної коронавірусної хвороби COVID-19

Показник, який оцінюється	Групи хворих на		
	рекурентний депресивний розлад (n = 31)	психічний розлад органічного генезу (n = 33)	невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (n = 31)
Важкість перебігу¹			
— легкий	48,39 ± 8,98 ²⁾	54,55 ± 8,67 ³⁾	64,52 ± 8,59
— середньотяжкий	38,71 ± 8,75 ³⁾	36,36 ± 8,37	32,26 ± 8,40
— тяжкий	9,68 ± 5,31	6,06 ± 4,15	3,23 ± 3,17
— вкрай тяжкий	3,23 ± 3,17	3,03 ± 2,98	0,00 ± 0,00
Вплив на самопочуття зовнішніх стресових факторів під час лікування COVID-19:			
— відсутній	58,06 ± 8,86 ²⁾	15,15 ± 6,24	00,00 ± 0,00 ²⁾
— ізольоване перебування в палаті	16,13 ± 6,61 ³⁾	6,06 ± 4,15	9,68 ± 5,31
— неможливість контактів з рідними/близькими	19,35 ± 7,10	18,18 ± 6,71	22,58 ± 7,51
— вимушене перебування на самоізоляції	29,03 ± 8,15	33,33 ± 8,21	58,06 ± 8,86 ²⁾
— неможливість вчасно отримати медичну допомогу	12,90 ± 6,02	21,21 ± 7,12	19,35 ± 7,10
— фінансові труднощі	25,81 ± 7,86	27,27 ± 7,75	38,71 ± 8,75
— інші чинники	0,00 ± 0,00	8,81 ± 4,94	12,50 ± 5,94
Наявність соматичних ускладнень після COVID-19:			
— відсутні	51,61 ± 8,98	0,00 ± 0,00 ²⁾	54,84 ± 8,94
— захворювання органів дихання	12,90 ± 6,02	15,15 ± 6,24	6,45 ± 4,41
— серцево-судинні захворювання	9,68 ± 5,31	24,24 ± 7,46	9,68 ± 5,31
— захворювання шлунково-кишкового тракту	6,45 ± 4,41	9,09 ± 5,00	3,23 ± 3,17
— захворювання нирок	0,00 ± 0,00	3,03 ± 2,98	0,00 ± 0,00
— захворювання ендокринних залоз	3,23 ± 3,17	12,12 ± 5,68	6,45 ± 4,41
— неврологічна патологія	0,00 ± 0,00	30,30 ± 8,00 ²⁾	12,90 ± 6,02
— інші	48,39 ± 8,98	51,52 ± 8,70	45,16 ± 8,94

¹⁾ — важкість перебігу коронавірусної хвороби COVID-19: легкий — температура (t) тіла нижче ніж 38°C, слабкість, кашель, болі в горлі (додаткові ознаки зараження: закладеність в грудній клітці, зниження нюху та смаку, ознаки кон'юнктивіту, нежить, біль у м'язах, висип); середньотяжкий — t тіла вище ніж 38°C, частота дихальних рухів вище ніж 22 за хвилину, сатурація менше ніж 95 %; задишка при фізичних навантаженнях, незначні зміни на КТ (1-2), С-реактивний білок сироватки крові більше ніж 10 мг/мл; тяжкий — частота дихальних рухів вище ніж 30 за хвилину, сатурація менше ніж 93 %, зниження рівня свідомості, агітація, значні зміни на КТ (3-4), об'єм сечі < 20 мл/годину, лактат артеріальної крові більше ніж 2 ммоль/л; вкрай тяжкий — стійка t тіла вище ніж 38—39°C, гостра дихальна недостатність (потрібна вентиляція легень), септичний шок, поліорганна недостатність, критичні зміни в легенях на КТ (4), гострий респіраторний дистрес-синдром; ²⁾ — відмінності вірогідні при p ≤ 0,02; ³⁾ — відмінності вірогідні при p < 0,05

Примітки. Тут і далі у таблицях: n — кількість осіб у класі розподілу. Результати подано у форматі (% ± m %), де: % — відносна частота; m % — середня помилка відносної частоти

За даними таблиці 1, більшість пацієнтів з рекурентними депресивними розладами мали легкий та середньотяжкий перебіг захворювання на COVID-19 (48,39 % осіб та 38,71 % осіб відповідно). У 58,06 % обстежених цієї підгрупи не спостерігалось додаткового впливу на самопочуття зовнішніх стресових факторів під час лікування COVID-19. Водночас, серед виявлених стресових чинників найпоширенішими визначені: вимушене перебування на самоізоляції (29,03 % осіб), фінансові труднощі (25,81 % осіб) та неможливість контактів з рідними/близькими (19,35 % осіб). Соматичних ускладнень після COVID-19 у більш ніж половини (51,61 %) пацієнтів цієї підгрупи не було, водночас у 48,39 % обстежених виявлені ускладнення з категорії інші, переважно у вигляді проблем з нюхом і смаком, випадіння волосся.

Пацієнти з психічними розладами органічного генезу після перенесеної хвороби COVID-19 мали у трохи більше половини випадків легкий перебіг захворювання на COVID-19 (54,55 % осіб). У переважної більшості обстежених цієї підгрупи спостерігався вплив зовнішніх стресових факторів на самопочуття (84,85 %), найбільш поширеними серед яких визначені: вимушене перебування на самоізоляції (33,33 % осіб), фінансові труднощі (27,27 % осіб) та неможливість вчасно отримати медичну допомогу (21,21 % осіб).

Соматичні ускладнення після COVID-19 у трохи більше половини пацієнтів цієї підгрупи відзначалися в категорії інші (51,52 % осіб), переважно у вигляді проблем з нюхом і смаком, ломоти в м'язах і суглобах. Водночас в значній кількості пацієнтів

з психічними розладами органічного ґенезу виявлені соматичні ускладнення у вигляді неврологічної патології (30,30 % осіб) та серцево-судинних захворювань (24,24 % осіб).

Переважає більшість (64,52 %) пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами мала легкий перебіг захворювання на COVID-19. В усіх (100,00 %) обстежених цієї підгрупи відзначався вплив на самопочуття зовнішніх стресових факторів під час лікування COVID-19, найпоширенішими серед яких визначені: вимушене перебування на самоізоляції (58,06 % осіб), фінансові труднощі (38,71 % осіб) та неможливість контактів

з рідними/близькими (22,58 % осіб). У 54,84 % пацієнтів цієї підгрупи соматичних ускладнень після COVID-19 не було, у певній кількості обстежених відзначалися ускладнення з категорії інші (45,16 % осіб), переважно у вигляді випадіння волосся, проблем з нюхом і смаком.

Для визначення особливостей клінічних характеристик перебігу захворювання проведено їх оцінку у пацієнтів з психічними порушеннями в анамнезі, що передували пандемії SARS-CoV-2, та після перенесеного COVID-19. Клініко-психопатологічні прояви, незалежно від розладу, були структуровані за сферами порушень (табл. 2).

Таблиця 2. Структура клініко-психопатологічних проявів поточного епізоду після перенесеного COVID-19 та попереднього епізоду психічних розладів у пацієнтів основної групи в порівняльному аспекті

Показник, який оцінюється	Поточний епізод	Попередній епізод
	(n = 95)	(n = 95)
Афективні прояви:		
— пригнічений настрій	73,68 ± 4,52 ¹⁾	65,26 ± 4,89 ¹⁾
— відчуття туги	56,84 ± 5,08	52,63 ± 5,12
— тривога	81,05 ± 4,02 ¹⁾	70,53 ± 4,68 ¹⁾
— немотивована тривожність	70,53 ± 4,68	75,79 ± 4,39
— страх	54,74 ± 5,11	47,37 ± 5,12
— відчуття напруги	68,42 ± 4,77	56,84 ± 5,08
— емоційна лабільність	46,32 ± 5,12 ¹⁾	33,68 ± 4,85 ¹⁾
— дратівливість	32,63 ± 4,81	29,47 ± 4,68
— ангедонія	26,32 ± 4,52 ¹⁾	18,95 ± 4,02 ¹⁾
Когнітивні прояви:		
— погіршення пам'яті	61,05 ± 5,00 ¹⁾	52,63 ± 5,12 ¹⁾
— зниження концентрації уваги	75,79 ± 4,39 ¹⁾	61,05 ± 5,00 ¹⁾
— уповільнення темпу мислення	36,84 ± 4,95 ¹⁾	24,21 ± 4,39 ¹⁾
— труднощі з висловленням власних думок або осмисленням чужої мови	38,95 ± 5,00 ²⁾	21,05 ± 4,18 ²⁾
— зниження розумової працездатності	65,26 ± 4,89 ¹⁾	46,32 ± 5,12 ¹⁾
— психічна виснаженість	78,95 ± 4,18 ²⁾	57,89 ± 5,07 ²⁾
— труднощі у мотиваційно-вольовій сфері (зниження зацікавленості, зменшення ініціативи, неспроможність приймати рішення)	57,89 ± 5,07	52,63 ± 5,12
— зниження продуктивності виконавчої функції (здатності до планування, організації, з'ясування послідовності дій, винесення суджень)	52,63 ± 5,12 ¹⁾	30,53 ± 4,72 ¹⁾
— відчуття розгубленості або дезорієнтованості	24,21 ± 4,39 ¹⁾	9,47 ± 3,00 ¹⁾
Ідеаторні прояви:		
— нав'язливі думки	47,37 ± 5,12 ¹⁾	29,47 ± 4,68 ¹⁾
— песимістичні думки	42,11 ± 5,07	37,89 ± 4,98
— суїцидальні думки та висловлювання	9,47 ± 3,00	9,47 ± 3,00
Ефекторно-вольові прояви:		
— ретардація (сповільнення рухів тіла, зниження експресії обличчя, звуження комунікаційної сфери)	43,74 ± 5,08 ¹⁾	29,47 ± 4,68 ¹⁾
— ажитація (непосидючість, метушливість, безцільна неконтрольована гіперактивність)	21,05 ± 4,18	18,95 ± 4,02
Соматовегетативні прояви:		
Вегето-судинні:		
— перманентні симпатикотонічні	33,68 ± 4,85	37,89 ± 4,98
— пароксизмальні змішані	62,11 ± 4,98 ¹⁾	47,37 ± 5,12 ¹⁾
Сенесто-алгічні:		
— головний біль	56,84 ± 5,08 ¹⁾	42,11 ± 5,07 ¹⁾
— біль в суглобах та м'язах	48,42 ± 5,13	42,11 ± 5,07
— парестезії	52,63 ± 5,12 ¹⁾	37,89 ± 4,98 ¹⁾
— сенестопатії	27,37 ± 4,57	21,05 ± 4,18
Вегетативна дисфункція:		
— серцево-судинної системи	57,89 ± 5,07	48,42 ± 5,13
— дихальної системи	32,63 ± 4,81 ²⁾	9,47 ± 3,00 ²⁾
— шлунково-кишкового тракту	29,47 ± 4,68	24,21 ± 4,39
— терморегуляційної системи	30,53 ± 4,72	26,32 ± 4,52
— вестибулярні порушення	37,89 ± 4,98 ¹⁾	21,05 ± 4,18 ¹⁾

Показник, який оцінюється	Поточний епізод	Попередній епізод
	(n = 95)	(n = 95)
Порушення базових функцій:		
— розлади сну	58,95 ± 5,05 ¹⁾	43,74 ± 5,08 ¹⁾
— порушення нюху	42,11 ± 5,07 ²⁾	0,00 ± 0,00 ²⁾
— порушення смаку	34,74 ± 4,89 ²⁾	9,47 ± 3,00 ²⁾
— порушення харчової поведінки та зміна маси тіла	28,42 ± 4,63	24,21 ± 4,39
— порушення статевого потягу	24,21 ± 4,39	27,37 ± 4,57
Порушення вітального тону функцій:		
— фізична втомлюваність	76,84 ± 4,31 ¹⁾	62,11 ± 4,98 ¹⁾
— слабкість та зниження енергії	67,36 ± 4,81	61,05 ± 5,00

Примітка. ¹⁾ — відмінності вірогідні при $p < 0,05$; ²⁾ — відмінності вірогідні при $p < 0,005$

За даними оцінювання клінічні прояви психічних розладів після перенесеного COVID-19 характеризувалися переважанням афективної симптоматики в поєднанні з вираженими специфічними когнітивними, ідеаторними та соматовегетативними порушеннями, а також порушеннями в ефекторно-вольовій сфері.

Структура афективних проявів у пацієнтів після перенесеного COVID-19 характеризувалась домінуванням відчуття тривоги (81,05 % осіб), пригніченого настрою (73,68 % осіб), немотивованої тривожності (70,53 % осіб) та відчуття постійної внутрішньої напруги (68,42 % осіб).

Когнітивні порушення проявлялися переважно загальною психічною виснаженістю (78,95 %), зниженням концентрації уваги (75,79 %), зниженням розумової працездатності (65,26 %) та погіршенням пам'яті, здебільшого у вигляді проблем зі збереженням нових вражень та з відтворенням спогадів (61,05 %).

У структурі соматовегетативних проявів переважали змішані вегето-судинні порушення пароксизмального типу перебігу (62,11 %). Сенесто-алгічні симптоми здебільшого були представлені мігреноподібним головним болем (56,84 %) та парестезіями у вигляді онімін та поколювань (52,63 %). Виразними також були вегетативна дисфункція серцево-судинної системи, що проявлялася коливаннями артеріального тиску, тахікардією, задишкою (57,89 %) та вестибулярні порушення у вигляді запаморочення (37,89 %). Серед порушень базових функцій переважали розлади сну (58,95 %), порушення нюху (42,11 %) та порушення смаку (34,74 %). Найбільшу частку соматовегетативних проявів становили порушення вітального тону функцій у вигляді фізичної втомлюваності (76,84 %) зі слабкістю та зниженням енергії (67,36 %).

Оцінювання клініко-психопатологічних проявів психічних розладів у пацієнтів після перенесеного COVID-19 та психічних розладів, що передували пандемії SARS-CoV-2, дало змогу встановити їх вірогідні відмінності. У структурі афективних проявів після перенесеного COVID-19 у вірогідно більшої кількості випадків реєструвалися пригнічений настрій ($p = 0,0424$; ДК = -2,65; MI = 0,45), тривога ($p = 0,0385$; ДК = -0,58; MI = 0,03), емоційна лабільність ($p = 0,0301$; ДК = -1,27; MI = 0,07) та ангедонія ($p = 0,0374$;

ДК = -2,06; MI = 0,10). Когнітивні порушення у вірогідно більшої кількості пацієнтів після перенесеного COVID-19 представлені погіршенням пам'яті ($p = 0,0443$; ДК = -1,84; MI = 0,19), зниженням концентрації уваги ($p = 0,0229$; ДК = -0,76; MI = 0,05), уповільненням темпу мислення ($p = 0,0375$; ДК = -1,61; MI = 0,09), труднощами з висловлюванням власних думок або осмисленням чужої мови ($p = 0,0005$; ДК = -2,89; MI = 0,27), зниженням розумової працездатності ($p = 0,0097$; ДК = -1,40; MI = 0,13), психічною виснаженістю ($p = 0,0010$; ДК = -1,46; MI = 0,17), зниженням продуктивності виконавчої функції (здатності до планування, організації, з'ясування послідовності дій, винесення суджень) ($p = 0,0036$; ДК = -2,31; MI = 0,25) та відчуттям розгубленості або дезорієнтованості ($p = 0,0315$; ДК = -2,79; MI = 0,16).

Водночас, у вірогідно більшої кількості обстежених пацієнтів в клінічній картині поточних психічних розладів виявлені нав'язливі тривожні думки ($p = 0,0070$; ДК = -2,12; MI = 0,19) та прояви ретардації ($p = 0,0327$; ДК = -0,33; MI = 0,01). Крім того, в структурі соматовегетативних проявів після перенесеного COVID-19 у вірогідно більшої кількості випадків реєструвалися пароксизмальні змішані вегето-судинні порушення ($p = 0,0320$; ДК = -0,86; MI = 0,05), головний біль ($p = 0,0279$; ДК = -1,15; MI = 0,08), парестезії ($p = 0,0412$; ДК = -1,00; MI = 0,05), вегетативна дисфункція дихальної системи, що проявлялася відчуттям утрудненого вдиху, прискореним або форсованим диханням, відчуттям браку повітря ($p = 0,0012$; ДК = -4,76; MI = 0,52), вестибулярні порушення ($p = 0,0138$; ДК = -2,40; MI = 0,19), розлади сну, переважно безсоння ($p = 0,0216$; ДК = -1,13; MI = 0,08), порушення нюху у вигляді гіпосмії ($p = 0,0000$), порушення смаку у вигляді гіпогевзії та дисгевзії ($p = 0,0000$; ДК = -8,04; MI = 0,07) та фізична втомлюваність ($p = 0,0153$; ДК = -0,94; MI = 0,07).

З огляду на переважання в клінічній картині обстежуваних симптомів депресії та тривоги, проведено оцінювання психометричних характеристик депресії, тривоги та важкості загального стану обстежених.

Оцінювання вираженості депресії у хворих із різними психічними порушеннями в анамнезі, що перенесли COVID-19, проведено за допомогою шкали Монтгомери — Асберга (MADRS) (табл. 3).

Таблиця 3. Вираженість депресії у хворих із психічними порушеннями в анамнезі, що перенесли COVID-19 (за даними MADRS)

Найменування показника	Групи пацієнтів		
	з рекурентними депресивними розладами (n = 31)	з психічними розладами органічного генезу (n = 33)	з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (n = 31)
відсутність депресії ²⁾	—	6,06 ± 1,78	16,13 ± 4,76
легкий рівень ^{1), 2)}	12,90 ± 3,88	30,30 ± 7,67	41,94 ± 10,31
помірний рівень ^{1), 3)}	35,48 ± 9,19	51,52 ± 10,87	38,71 ± 9,78
виражений рівень ^{1), 2)}	51,61 ± 11,58	12,12 ± 3,44	3,23 ± 1,02

Примітка. Відмінності вірогідні при $p < 0,05$: ¹⁾ — між пацієнтами з депресивними розладами та пацієнтами з психічними розладами органічного генезу; ²⁾ — між пацієнтами з депресивними розладами та пацієнтами з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами; ³⁾ — між пацієнтами з психічними розладами органічного генезу та пацієнтами з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами

Отримані дані свідчать, що у більшості пацієнтів з рекурентними депресивними розладами зафіксований виражений рівень депресії (51,61 ± 11,58) %, у значної частини пацієнтів визначався помірний рівень депресії (35,48 ± 9,19) %, у (12,90 ± 3,88) % встановлений легкий рівень депресії. Серед пацієнтів з психічними розладами органічного генезу трохи більше половини (51,52 ± 10,87) % хворих були з помірним рівнем вираженості депресії та у (30,30 ± 7,67) % встановлений легкий рівень депресії. Серед пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами переважали хворі з помірним та легким рівнями вираженості депресії ((38,71 ± 9,78) % та (41,94 ± 10,31) % відповідно), та у (16,13 ± 4,76) % пацієнтів не виявлено депресію. Вони демонстрували нестійкість емоційного стану, депресивні прояви могли змінюватись залежно від зовнішніх обставин, мали чіткий зв'язок із психотравматичними переживаннями та заклопотаністю у зв'язку з наявністю різноманітних соматичних симптомів.

Статистичне порівняння груп між собою дало змогу визначити, що переважання вираженого рівня депресії відрізняло пацієнтів з рекурентними депресивними розладами від хворих на психічні розлади органічного генезу та пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (51,61 %, $p = 0,001$, ДК = 6,29, MI = 1,24 та $p = 0,0001$, ДК = 12,04, MI = 2,91 відповідно), серед яких було більше осіб з легким рівнем депресії (30,30 %, $p = 0,041$, ДК = 3,71, MI = 0,72 та 41,94 %, $p = 0,009$, ДК = 5,12, MI = 0,74 відповідно). Треба також відзначити, що пацієнти без ознак депресії були серед хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (16,13 %, $p = 0,026$). Серед пацієнтів з психічними розладами органічного генезу переважали особи з помірним рівнем інтенсивності прояву депресії ((51,52 ± 10,87) % на відміну від осіб з депресивними розладами та невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (35,48 %, $p = 0,048$, ДК = 1,62, MI = 0,13 та 38,71 %, $p = 0,047$, ДК = 1,24, MI = 0,08 відповідно).

Оцінка структури депресивних проявів за окремими шкалами MADRS показала, що провідними проявами депресії при рекурентних депресивних

розладах були погіршення сну (4,48 ± 0,73 балів), прояви та висловлювання смутку ((4,27 ± 0,62) балів та (4,35 ± 0,71) балів відповідно), внутрішня напруга ((3,95 ± 0,47) балів), труднощі у переживанні почуттів ((3,87 ± 0,39) балів), труднощі концентрації уваги ((3,85 ± 0,34) балів), порушення апетиту ((3,11 ± 0,29) балів) та прояви втоми ((3,06 ± 0,18) балів). Тобто симптоми депресії у пацієнтів з рекурентними депресивними розладами проявлялись переважанням сумних чи похмурих почуттів, водночас об'єктивні ознаки зниженого настрою у хворих на депресивні розлади характеризувались переважно сумним та нещасним виглядом більшу частину часу, іноді — незначним похваленням на короткий період часу. Розлади сну характеризувались зменшенням тривалості сну більш, ніж на 2—3 години, а порушення апетиту проявлялись відсутністю задоволення від їжі та втратою апетиту. Пацієнти з рекурентними депресивними розладами схильні були відчувати внутрішню напругу, з якою їм було важко впоратися. Також їм були притаманні виражене зниження здатності отримувати задоволення від звичайних інтересів, низький інтерес до довкілля і зменшення позитивних почуттів до друзів та близьких. Пацієнти часто відчували втому, труднощі в концентрації уваги (рис. 1).

Прояви симптомів депресії у пацієнтів з психічними розладами органічного генезу характеризувались переважанням відчуття втоми ((4,18 ± 0,67) балів), значних труднощів в концентрації уваги ((4,16 ± 0,58) балів), погіршенням сну ((3,87 ± 0,41) балів), відчуттям та вираженням смутку ((3,16 ± 0,27) балів та (3,49 ± 0,36) балів відповідно) та труднощами в переживанні почуттів ((2,43 ± 0,23) балів). Тобто в клінічній картині депресії у обстежених цієї групи переважали симптоми швидкої стомлюваності, анергії, важко розпочати та виконувати ту чи ту діяльність, що потребує додаткових зусиль. Похвалення емоцій спостерігалось періодично, протягом короткого періоду, погіршення емоційного стану було пов'язано зі схильністю до швидкого виснаження. Також спостерігались виражені труднощі концентрації уваги, нав'язливі думки, що заважали читати, виконувати певну діяльність чи підтримувати розмову. Хворі

на психічні розлади органічного генезу набагато частіше висловлювали скарги на зниження здатності отримувати задоволення від того, що раніше їх захоплювало, періодично до ступеня втрати інтересу до оточення. Найменш вираженими симптомами депресії у пацієнтів з психічними розладами органічного генезу були суїцидальні та песимістичні думки ((0,94 ± 0,07) балів та (1,18 ± 0,09) балів відповідно) та порушення апетиту ((1,35 ± 0,42) балів).



Рис. 1. Усереднені показники депресії у хворих із психічними порушеннями в анамнезі, що перенесли COVID-19 (за даними MADRS)

Симптоми депресії у пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами проявлялись здебільшого у висловлюванні та відчутті смутку ((4,78 ± 0,82) балів та (2,74 ± 0,32) балів відповідно), відчуттям внутрішньої напруги ((3,67 ± 0,45) балів), труднощами концентрації уваги ((2,68 ± 0,29) балів) та порушеннями сну ((2,11 ± 0,24) балів). Хворі відзначали у себе домінування почуття пригніченості, у більшій кількості спостережень настроїв був схильний до впливу зовнішніх обставин: пацієнти мали пригнічений вигляд, але могли відволікатися на зовнішні обставини. Пацієнти цієї групи відчували внутрішню напругу, виражене відчуття внутрішнього дискомфорту та роздратування, а також епізодичну паніку, яка потребувала додаткових зусиль для її подо-

лання. Хворі на невротичні розлади висловлювали скарги переважно на епізодично розсіяну увагу. Структура порушень сну характеризувалась утрудненням засинання або дещо укороченим, поверхневим чи уривчастим сном. Найменш вираженими симптомами депресії у пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами були суїцидальні та песимістичні думки ((0,37 ± 0,06) балів та (1,29 ± 0,18) балів відповідно), нездатність переживати відчуття ((1,15 ± 0,22) балів), порушення апетиту ((1,17 ± 0,24) балів) та втома ((1,47 ± 0,32) балів).

Статистичний аналіз отриманих результатів свідчить, що пацієнти з рекурентними депресивними розладами відрізнялись від хворих на психічні розлади органічного генезу та пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами переважанням об'єктивних ознак смутку (4,27 балів, $p = 0,021$ та $p = 0,015$ відповідно), більш вираженими порушеннями апетиту (3,11 балів, $p = 0,004$ та $p = 0,012$ відповідно) та вираженими песимістичними думками (2,78 балів, $p = 0,026$ та $p = 0,009$ відповідно). Прояви депресії, як-от порушення сну, відчуття втоми, труднощі концентрації уваги були більш виражені у пацієнтів з рекурентними депресивними розладами (4,48 бали, $p = 0,0001$; 3,06 балів, $p = 0,027$; 3,85 балів, $p = 0,031$ та 3,87 балів, $p = 0,0001$ відповідно) та у хворих на психічні розлади органічного генезу (3,87 балів, $p = 0,018$; 4,18 балів, $p = 0,0001$; 4,16 балів, $p = 0,024$ та 2,43 балів, $p = 0,035$ відповідно) проти хворих на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади. Водночас серед пацієнтів з психічними розладами органічного генезу було більше пацієнтів з відчуттям втоми (4,18 балів, $p = 0,021$) проти хворих на депресивні розлади, серед яких було більше осіб з труднощами у переживанні почуттів (3,87 балів, $p = 0,019$). Також встановлено, що серед пацієнтів з психічними розладами органічного генезу було менше осіб з внутрішньою напругою, ніж серед пацієнтів з рекурентними депресивними розладами (3,95 балів, $p = 0,01$) та хворими на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (3,67 балів, $p = 0,027$). Визначено, що пацієнти з невротичними розладами частіше були схильні висловлювати смуток ніж хворі на психічні розлади органічного генезу (4,78 балів, $p = 0,034$) та відрізнялись від пацієнтів з рекурентними депресивними розладами меншою кількістю осіб з суїцидальними думками (0,37 балів, $p = 0,038$).

Отже, отримані за допомогою шкали MADRS дані демонструють певні особливості симптомів депресії при різних психічних розладах у хворих, що перенесли COVID-19.

За допомогою шкали тривоги Гамільтона (HARS) та особистісного опитувальника для оцінки рівня тривожності (GAD-7) проведено як об'єктивне, так і суб'єктивне оцінювання тривоги у обстежених для докладнішого уточнення структури тривожної симптоматики у хворих на психічні розлади, що перенесли COVID-19.

Отримані дані демонструють наявність у клінічній картині обстежених тривожних розладів різної інтенсивності (табл. 4). Зокрема, найбільші показники тривоги спостерігались у групі хворих на рекурентні депресивні розлади ($67,74 \pm 12,41$) % та невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади ($58,06 \pm 12,13$) %, які в середньому у групі відповідали вираженому рівню. У хворих на психічні розлади органічного генезу у більшості випадків встановлений помірний ($36,36 \pm 8,79$) % та виражений ($30,30 \pm 7,67$) % рівні тривоги. Зіставлення груп між собою дало змогу довести, що найбільш виражений рівень тривоги був властивий пацієнтам з рекурентними депресивними розладами ($67,74$ %, $p = 0,002$, $DK = 3,49$, $MI = 0,65$) та пацієнтам з невротичними розладами ($58,06$ %, $p = 0,017$, $DK = 2,82$, $MI = 0,39$) на відміну від хворих на психічні розлади органічного генезу.

Таблиця 4. Об'єктивна оцінка вираженості тривоги у хворих із психічними порушеннями в анамнезі, що перенесли COVID-19 (за даними HARS)

Рівень тривоги	Групи пацієнтів (% \pm m %)		
	з рекурентними депресивними розладами (n = 31)	з психічними розладами органічного генезу (n = 33)	з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (n = 31)
низький	—	12,12 \pm 3,44	—
середній	6,45 \pm 2,01	15,15 \pm 4,23	9,68 \pm 2,97
помірний	25,81 \pm 7,17	36,36 \pm 8,79	32,26 \pm 8,56
виражений ^{1), 2)}	67,74 \pm 12,41	30,30 \pm 7,67	58,06 \pm 12,13

Примітка. Відмінності вірогідні при $p < 0,05$: ¹⁾ — між пацієнтами з депресивними розладами та пацієнтами з психічними розладами органічного генезу; ²⁾ — між пацієнтами з психічними розладами органічного генезу та пацієнтами з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами

Докладний аналіз окремих показників тривоги (див. рис. 2) відбиває, що у групі обстежених з рекурентними депресивними розладами тривога виявлялася переважно інсомнією ($3,66 \pm 0,61$ балів), наявністю депресивного та тривожного настрою ($3,36 \pm 0,58$ балів та $2,87 \pm 0,46$ балів відповідно), втратою звичних інтересів та почуття задоволення, пригніченістю, добовими коливаннями настрою, вираженою внутрішньою напругою ($3,11 \pm 0,48$ балів), вегетативними симптомами ($2,51 \pm 0,42$ балів) та когнітивними порушеннями ($2,43 \pm 0,34$ балів).

Серед об'єктивних проявів тривоги у пацієнтів з психічними розладами органічного генезу були виразні когнітивні порушення у вигляді зниження концентрації уваги і погіршення пам'яті ($3,66 \pm 0,47$ балів), соматичні сенсорні симптоми (дзвін у вухах, нечіткість зору, припливи жару та холоду, відчуття слабкості, поколювання) ($3,11 \pm 0,44$ балів), серцево-судинні (тахікардія, серцебиття, біль у грудях) ($2,79 \pm 0,38$ балів), вегетативні (сухість у роті, пітливість, головний біль) ($2,69 \pm 0,32$ балів) симптоми та тривожний настрій.



* — вірогідність розбіжностей на рівні $p < 0,05$

Рис. 2. Усереднені показники тривоги у хворих із психічними порушеннями в анамнезі, що перенесли COVID-19 (за даними HARS)

У пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами тривога проявлялася переважно відчуттям внутрішньої напруги ($3,45 \pm 0,60$ балів), наявністю різних видів страхів і побоювань ($3,15 \pm 0,51$ балів), тривожним настроєм у вигляді стурбованості, очікування гіршого, тривожних побоювань і дратівливості ($3,15 \pm 0,51$ балів), вегетативними проявами (сухість у роті, почерво-ніння або блідість шкіри, пітливість, головний біль з відчуттям напруження) ($2,88 \pm 0,47$ балів), порушеннями сну ($2,55 \pm 0,43$ балів) та наявністю гастроінтестинальних симптомів (метеоризм, біль у животі, печія, почуття переповненого шлунку, нудота, діарея) ($2,52 \pm 0,44$ балів).

Зіставлення груп між собою дало змогу визначити, що пацієнти з депресивними розладами відрізнялись від хворих на органічні та невротичні розлади переважанням вираженості інсомнії (3,66 балів, $p = 0,01$ та $p = 0,025$ відповідно) та депресивного настрою (3,36 балів, $p = 0,038$ та $p = 0,007$ відповідно). У пацієнтів з психічними розладами органічного ґенезу були більше виражені когнітивні порушення та соматичні сенсорні симптоми на відміну від хворих на депресивні розлади (3,66 балів, $p = 0,012$ та 3,11 балів, $p = 0,011$ відповідно) та невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (3,66 балів, $p = 0,0001$ та 3,11 балів, $p = 0,017$ відповідно). Водночас серцево-судинні прояви тривоги у пацієнтів з психічними розладами органічного ґенезу були більш виражені, ніж серед пацієнтів з депресивними розладами (2,79 балів, $p = 0,034$). Пацієнти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами відрізнялись від хворих на депресивні розлади та органічні розлади переважанням відчуття страху (3,15 балів, $p = 0,018$ та $p = 0,003$ відповідно) та від пацієнтів з психічними розладами органічного ґенезу — переважанням внутрішньої напруги (3,45 балів, $p = 0,014$).

Результати проведеного опитування за допомогою особистісного опитувальника для оцінки рівня тривожності (GAD-7) свідчать про наявність суб'єктивного відчуття тривоги різної інтенсивності в усіх групах обстежених хворих, що перенесли COVID-19 (табл. 5, рис. 3).

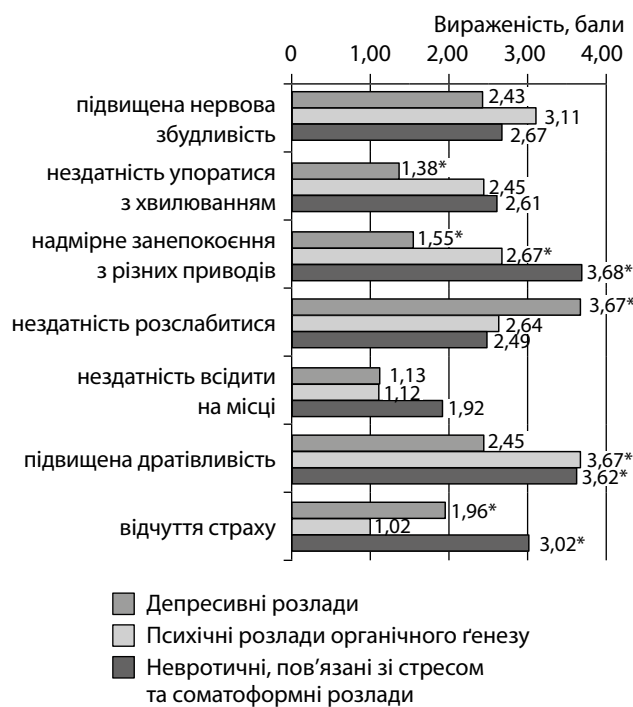
Таблиця 5. Суб'єктивна оцінка вираженості тривоги у хворих із психічними порушеннями в анамнезі, що перенесли COVID-19 (за даними GAD-7)

Рівень тривоги	Групи пацієнтів		
	з депресивними розладами (n = 31)	з психічними розладами органічного ґенезу (n = 33)	з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (n = 31)
мінімальний	—	—	—
помірний	6,45 ± 2,01	6,06 ± 1,78	—
середній ^{1), 2)}	48,39 ± 11,21	57,58 ± 11,36	29,03 ± 7,89
високий ^{1), 2)}	45,16 ± 10,79	36,36 ± 8,79	70,97 ± 12,34

Примітка. Відмінності вірогідні при $p < 0,05$: ¹⁾ — між пацієнтами з депресивними розладами та пацієнтами з психічними розладами органічного ґенезу; ²⁾ — між пацієнтами з психічними розладами органічного ґенезу та пацієнтами з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами

Усі пацієнти з психічними порушеннями в анамнезі, що перенесли COVID-19, суб'єктивно відчували тривогу, переважно на середньому та високому рівні. Зокрема, у 45,16 % хворих на депресивні розлади встановлений високий рівень та у 48,39 % пацієнтів — середній рівень тривоги. У більшості пацієнтів з психічними розладами органічного ґенезу встановлений середній рівень тривоги (57,58 ± 11,36) % та у (36,36 ± 8,79) % хворих — високий рівень три-

воги. У переважній більшості пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами визначений високий рівень тривоги (70,97 ± 12,34) % та у (29,03 ± 7,89) % пацієнтів — середній рівень тривоги. Зіставлення груп між собою дало змогу довести, що переважання середнього рівня тривоги відрізняло пацієнтів з психічними розладами органічного ґенезу від хворих на невротичні розлади (57,58 %, $p = 0,015$, ДК = 2,97, MI = 0,42), серед яких переважали пацієнти з високим рівнем тривоги проти хворих на органічні розлади та хворих на депресивні розлади (70,97 %, $p = 0,004$, ДК = 2,90, MI = 0,50 та $p = 0,025$, ДК = 1,96, MI = 0,25 відповідно).



* — вірогідність розбіжностей на рівні $p < 0,05$

Рис. 3. Усереднені показники суб'єктивного відчуття тривоги у хворих із психічними порушеннями в анамнезі, що перенесли COVID-19 (за даними GAD-7)

Докладний аналіз за шкалами дав змогу визначити, що у пацієнтів з депресивними розладами суб'єктивні ознаки тривоги проявлялись переважно нездатністю розслабитися (3,67 ± 0,62 балів), підвищеною дратівливістю ((2,45 ± 0,47) балів), знервованістю і підвищеною нервовою збудливістю ((2,43 ± 0,42) балів), відчуттям, що може статися щось жахливе ((1,96 ± 0,26) балів) (див. рис. 3). У пацієнтів з психічними розладами органічного ґенезу була виражена дратівливість ((3,67 ± 0,72) балів), нервова збудливість ((3,11 ± 0,59) балів), нездатність розслабитися ((2,64 ± 0,48) балів), надмірне занепокоєння з різних приводів ((2,67 ± 0,42) балів) та нездатність впоратися з хвилюванням ((2,45 ± 0,38) балів). У пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами, суб'єктивні ознаки тривоги були вираженими та проявлялись надмірним занепокоєнням, надмірним занепокоєнням

з різних приводів ($3,68 \pm 0,73$) балів), підвищеною дратівливістю ($3,62 \pm 0,61$) балів), відчуттям страху ($3,02 \pm 0,38$) балів), занепокоєнням і підвищеною нервовою збудливістю ($2,67 \pm 0,59$) балів), постійним хвилюванням, «переживанням», які вони не в змозі припинити чи контролювати ($2,61 \pm 0,54$) балів) та нездатністю розслабитись ($2,49 \pm 0,47$) балів).

Статистичний аналіз дав змогу визначити, що пацієнти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами відрізнялись від осіб з депресивними розладами та органічними психічними розладами переважанням надмірного занепокоєння з різних приводів (3,68 балів, $p = 0,0001$ та $p = 0,029$ відповідно) та вираженим відчуттям страху (3,02 балів, $p = 0,037$ та $p = 0,0001$ відповідно). Пацієнти з невротичними та органічними розладами відрізнялись від хворих на депресивні розлади переважанням роздратованості (3,62 балів, $p = 0,027$ та 3,67 балів, $p = 0,016$ відповідно) та нездатності впоратися з хвилюванням (2,61 балів, $p = 0,018$ та 2,45 балів, $p = 0,031$ відповідно). Хворі на депресивні розлади відчували більше нездатність до розслаблення, ніж пацієнти з органічними та невротичними розладами (3,67 балів, $p = 0,038$ та $p = 0,027$ відповідно), а пацієнти з психічними розладами органічного генезу відчували більшу занепокоєність з різних приводів проти хворих на депресивні розлади (2,67 балів, $p = 0,027$).

Особливості тяжкості захворювання, його вплив на якість життя і соціальну активність у обстежених хворих, що перенесли COVID-19, оцінювали за шкалою загального клінічного враження (CGI-S).

Наявні симптоми депресивного, тривожного спектра, що супроводжувалися астеною, зниженням когнітивних функцій, різноманітними соматовегетативними розладами, сприяли порушенню повноцінного функціонування, що дало змогу проаналізувати ступінь тяжкості захворювання у пацієнтів, що перенесли COVID-19, за даними шкали загального клінічного враження (CGI-S) (рис. 4).

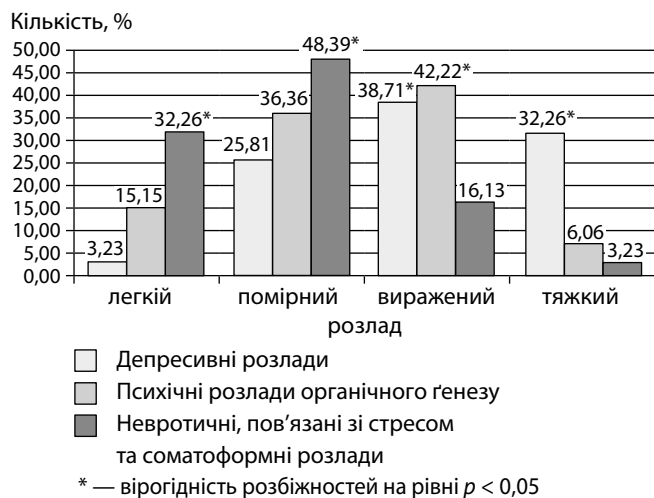


Рис. 4. Характеристика важкості захворювання у хворих із психічними порушеннями в анамнезі, що перенесли COVID-19 (за даними CGI-S)

Зокрема, встановлено, що серед пацієнтів з рекурентними депресивними розладами у 3,23 % осіб стан визначався як легкий розлад, у 25,81 % пацієнтів — як помірний розлад, у 38,71 % хворих — як виражений розлад та у 32,26 % осіб — як тяжкий розлад. Серед пацієнтів з психічними розладами органічного генезу переважали хворі з помірними ($36,36 \pm 8,79$) % та вираженими ($42,42 \pm 9,75$) % розладами, у 15,15 % осіб встановлений легкий та у 6,06 % — тяжкий розлад. У 32,26 % пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами встановлений легкий розлад, у 48,39 % пацієнтів — помірний розлад, у 16,13 % осіб виражений розлад та у 3,23 % хворих — тяжкий розлад.

Зіставлення груп між собою дало змогу визначити, що серед пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами було більше осіб з легкими розладами (32,26 %, $p = 0,003$, ДК = 10,00, MI = 1,45 та $p = 0,036$, ДК = 3,28, MI = 0,28 відповідно) проти хворих на депресивні розлади та хворих на органічні психічні розлади, серед яких було більше пацієнтів з вираженим розладом (38,71 %, $p = 0,032$, ДК = 3,80, MI = 0,43 та 42,42 %, $p = 0,016$, ДК = 4,20, MI = 0,55 відповідно). Пацієнти з депресивними розладами відрізнялись від осіб з органічними та невротичними розладами переважанням хворих з тяжким перебігом розладів (32,26 %, $p = 0,007$, ДК = 7,26, MI = 0,95 та $p = 0,003$, ДК = 10,00, MI = 1,45 відповідно), а хворі на невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади відрізнялись від пацієнтів з депресивними розладами переважанням пацієнтів з помірним розладом (48,39 %, $p = 0,040$, ДК = 2,73, MI = 0,31). Тобто оцінка психометричних характеристик депресії, тривоги та важкості загального стану обстежених дала змогу встановити особливості їх проявів у пацієнтів з різним генезом захворювання.

Клінічні прояви психічних розладів у пацієнтів з психічними порушеннями в анамнезі після перенесеного COVID-19 характеризуються переважанням афективної симптоматики в поєднанні з вираженими специфічними когнітивними, ідеаторними та соматовегетативними порушеннями, а також порушеннями ефективно-вольової сфери, які представлені:

— в сфері афективних порушень — пригніченим настроєм ($p = 0,0424$; ДК = -2,65; MI = 0,45), тривогою ($p = 0,0385$; ДК = -0,58; MI = 0,03), емоційною лабільністю ($p = 0,0301$; ДК = -1,27; MI = 0,07) та ангедонією ($p = 0,0374$; ДК = -2,06; MI = 0,10;

— в сфері когнітивних порушень — погіршенням пам'яті ($p = 0,0443$; ДК = -1,84; MI = 0,19), зниженням концентрації уваги ($p = 0,0229$; ДК = -0,76; MI = 0,05), уповільненням темпу мислення ($p = 0,0375$; ДК = -1,61; MI = 0,09), труднощами з висловлюванням власних думок або осмисленням чужої мови ($p = 0,0005$; ДК = -2,89; MI = 0,27), зниженням розумової працездатності ($p = 0,0097$; ДК = -1,40; MI = 0,13), психічною виснаженістю ($p = 0,0010$; ДК = -1,46; MI = 0,17), зниженням продуктивності

виконавчої функції (здатності до планування, організації, з'ясування послідовності дій, винесення суджень) ($p = 0,0036$; ДК = $-2,31$; MI = $0,25$) та відчуттям розгубленості або дезорієнтованості ($p = 0,0315$; ДК = $-2,79$; MI = $0,16$);

— в сфері ідеаторних порушень — нав'язливими тривожними думками ($p = 0,0070$; ДК = $-2,12$; MI = $0,19$);

— в сфері ефекторно-вольових порушень — проявами ретардації ($p = 0,0327$; ДК = $-0,33$; MI = $0,01$);

— в структурі соматовегетативних порушень — пароксизмальними змішаними вегето-судинними проявами ($p = 0,0320$; ДК = $-0,86$; MI = $0,05$), головним болем ($p = 0,0279$; ДК = $-1,15$; MI = $0,08$), парестезіями ($p = 0,0412$; ДК = $-1,00$; MI = $0,05$), вегетативною дисфункцією дихальної системи, що проявлялася відчуттям утрудненого вдиху, прискореним або форсованим диханням, відчуттям браку повітря ($p = 0,0012$; ДК = $-4,76$; MI = $0,52$), вестибулярними порушеннями ($p = 0,0138$; ДК = $-2,40$; MI = $0,19$), розладами сну, переважно безсонням ($p = 0,0216$; ДК = $-1,13$; MI = $0,08$), порушенням нюху у вигляді гіпосмії ($p = 0,0000$), порушеннями смаку у вигляді гіпосмії та дисгевзії ($p = 0,0000$; ДК = $-8,04$; MI = $0,07$) та фізичною втомлюваністю ($p = 0,0153$; ДК = $-0,94$; MI = $0,07$).

Результати психодіагностичного дослідження (за шкалами MADRS, HARS, GAD-7 та CGI-S) показали, що структура клінічних проявів у пацієнтів з психічними порушеннями в анамнезі, які перенесли COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2, характеризувалась переважанням афективних порушень тривожно-депресивного спектра різного ступеня важкості, які мали певні відмінності за нозологічними групами:

— пацієнтам з депресивними розладами притаманні депресивні порушення у вигляді погіршення сну ($4,48$ балів, $p = 0,0001$), проявів смутку ($4,27$ балів, $p \leq 0,021$), внутрішньої напруги ($3,95$ балів, $p = 0,01$), труднощів у переживанні почуттів ($3,87$ балів, $p \leq 0,019$), труднощів концентрації уваги ($3,85$ балів, $p = 0,031$), порушення апетиту ($3,11$ балів, $p \leq 0,012$), проявів втоми ($3,06$ балів, $p = 0,027$), песимістичних ($2,78$ балів, $p \leq 0,026$) та суїцидальних думок ($1,67$ балів, $p = 0,038$); об'єктивна тривога проявляється інсомнією ($3,66$ балів, $p \leq 0,025$), наявністю депресивного настрою ($3,36$ балів, $p \leq 0,038$), вираженістю внутрішньої напруги ($3,11 \pm 0,48$ балів), вегетативних симптомів ($2,51 \pm 0,42$ балів) та когнітивних порушень ($2,43 \pm 0,34$ балів); суб'єктивні ознаки тривоги представлені нездатністю розслабитися ($3,67$ балів, $p \leq 0,038$) та підвищеною дратівливістю ($2,45 \pm 0,47$ балів);

— пацієнтам з психічними розладами органічного генезу властиві депресивні порушення у вигляді відчуття втоми ($4,18$ балів, $p \leq 0,021$), значних труднощів в концентрації уваги ($4,16$ балів, $p = 0,024$), погіршення сну ($3,87$ балів, $p = 0,018$), відчуття та вираження смутку ($3,16$ балів та $3,49$ балів відповідно), труднощів в переживанні почуттів ($2,43$ балів, $p = 0,035$); об'єктивна тривога представлена вираженими ког-

нітивними порушеннями ($3,66$ балів, $p \leq 0,012$), соматичними сенсорними ($3,11$ балів, $p \leq 0,017$), серцево-судинними ($2,79$ балів, $p = 0,034$) та вегетативними ($2,69 \pm 0,32$ балів) симптомами; суб'єктивні ознаки тривоги проявляються дратівливістю ($3,67$ балів, $p = 0,016$), надмірним занепокоєнням з різних приводів ($2,67$ балів, $p = 0,027$) та нездатністю впоратися з хвилюванням ($2,45$ балів, $p = 0,031$);

— пацієнти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами характеризуються депресивними проявами у вигляді висловлювання смутку ($4,78$ балів, $p = 0,034$), відчуття внутрішньої напруги ($3,67$ балів, $p = 0,027$), труднощів концентрації уваги ($2,68 \pm 0,29$ балів); об'єктивна тривога проявляється відчуттям внутрішньої напруги ($3,45$ балів, $p = 0,014$), наявністю різних видів страхів і побоювань ($3,15$ балів, $p \leq 0,018$), тривожним настроєм ($3,15 \pm 0,51$ балів) та вегетативними проявами ($2,88 \pm 0,47$ балів); суб'єктивні ознаки тривоги представлені надмірним занепокоєнням ($3,68$ балів, $p \leq 0,029$), підвищеною дратівливістю ($3,62$ балів, $p = 0,027$), відчуттям страху ($3,02$ балів, $p \leq 0,037$), і нездатністю упоратися з хвилюванням ($2,61$ балів, $p = 0,018$).

Визначення клініко-психопатологічних особливостей структури психічних розладів після перенесеної хвороби COVID-19 є важливим не тільки для їх діагностики, але й для якомога ранньої та адекватної терапії з урахуванням виявлених особливостей, які можуть бути мішенями терапевтичного впливу.

Список літератури / References

1. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, Pollak TA, McGuire P, Fusar-Poli P, Zandi MS, Lewis G, David AS. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jul; 7(7):611-627. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30203-0. Epub 2020 May 18. PMID: 32437679; PMCID: PMC7234781.
2. Taquet, M., Luciano, S., Geddes, J. R., & Harrison, P. J. (2021). Bidirectional associations between COVID-19 and psychiatric disorder: Retrospective cohort studies of 62,354 COVID-19 cases in the USA. *The Lancet Psychiatry*, 8(2), 130–140. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30462-4](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30462-4)
3. Zhang J, Lu H, Zeng H, Zhang S, Du Q, Jiang T, Du B. The differential psychological distress of populations affected by the COVID-19 pandemic. *Brain Behav Immun*. 2020 Jul;87: 49-50. doi: 10.1016/j.bbi.2020.04.031. Epub 2020 Apr 15. PMID: 32304883; PMCID: PMC7156946.
4. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry*. 2020 Apr 1;63(1):e32. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.35. PMID: 32234102; PMCID: PMC7156565.
5. COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021 Nov 6;398(10312):1700-1712. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7. Epub 2021 Oct 8. PMID: 34634250; PMCID: PMC8500697.

6. Talevi D, Socci V, Carai M, Carnaghi G, Faleri S, Trebbi E, di Bernardo A, Capelli F, Pacitti F. Mental health outcomes of the CoViD-19 pandemic. *Riv Psichiatr.* 2020 May-Jun;55(3):137-144. doi: 10.1708/3382.33569. PMID: 32489190.

7. Backhaus, Insa & Hoven, Hanno & Di Tecco, Cristina & Iavicoli, Sergio & Conte, Arne & Dragano, Nico. (2022). Economic change and population health: lessons learnt from an umbrella review on the Great Recession. *BMJ open.* 12. e060710. 10.1136/bmjopen-2021-060710.

8. Negrini F, Ferrario I, Mazziotti D, Berchicci M, Bonazzi M, de Sire A, Negrini S, Zapparoli L. Neuropsychological Features of Severe Hospitalized Coronavirus Disease 2019 Patients at Clinical Stability and Clues for Postacute Rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil.* 2021 Jan;102(1):155-158. doi: 10.1016/j.apmr.2020.09.376. Epub 2020 Sep 28. PMID: 32991870; PMCID: PMC7521874.

9. Bornstein SR, Voit-Bak K, Donate T, Rodionov RN, Gainetdinov RR, Tselmin S, Kanczkowski W, Müller GM, Achleitner M,

Wang J, Licinio J, Bauer M, Young AH, Thuret S, Bechmann N, Straube R. Chronic post-COVID-19 syndrome and chronic fatigue syndrome: Is there a role for extracorporeal apheresis? *Mol Psychiatry.* 2022 Jan;27(1):34-37. doi: 10.1038/s41380-021-01148-4. Epub 2021 Jun 17. PMID: 34140635; PMCID: PMC8209771.

10. Смулевич А. Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. Smulevich A. B. [*Depression in somatic and mental illnesses*]. М., 2003. 209 p. [In Russian].

11. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.* 1959; 32:50-55.

12. Lowe B., Decker O., Muller S. et al. Validation and standardization of the generalized anxiety disorder screener (GAD-7) in the general population. *Med. Care.* 2008; 46(3):266-274.

13. Busner J. The clinical global impressions scale: applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont).* 2007; 4(7):28-37.

Надійшла до редакції 13.02.2024

Відомості про авторів:

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-дослідної роботи, науковий керівник відділу*; e-mail: mscience@ukr.net

ФЕДЧЕНКО Вікторія Юрївна, доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу; e-mail: vfedchenko83@ukr.net

ПАНЬКО Тамара Василівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*; e-mail: tamarapanko@ukr.net

ЯВДАК Ірина Олександрівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*; e-mail: iyavdak@ukr.net

СЕМІКІНА Олена Євгенівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу*; e-mail: osemikina@ukr.net

МАРКОЗОВА Любов Михайлівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу клінічної та соціальної наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна; e-mail: marklubov15@gmail.com

* — відділ пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

Information about the authors:

MARUTA Nataliya, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director on Scientific Work, Head of the Department**; e-mail: mscience@ukr.net

FEDCHENKO Viktoriya, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department**; e-mail: vfedchenko83@ukr.net

PANKO Tamara, MD, PhD, Leading Researcher of the Department**; e-mail: tamarapanko@ukr.net

YAVDAK Iryna, MD, PhD, Leading Researcher of the Department**; e-mail: iyavdak@ukr.net

SIEMIKINA Olena, MD, PhD, Leading Researcher of the Department**; e-mail: osemikina@ukr.net

MARKOZOVA Lubov, MD, PHD, Associate Professor, Leading Researcher of the Department of Clinical and Social Narcology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: marklubov15@gmail.com

** — Department of Borderline Psychiatry of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine