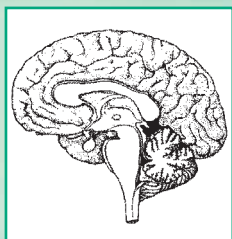


ISSN 2079-0325

DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325>



Український Вісник Психоневрології

Ukrains'kyi VISNYK PSYKHONEVROLOHII



- **Том 32, випуск 4 (121), 2024**
- **Volume 32, issue 4 (121), 2024**

DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-is4-2024>

Український Вісник Психоневрології UKRAINS'KYI VISNYK PSYKHONEVROLOHII

Засновник і видавець: ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ І НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ», ДУ «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»
Founder and publisher: PUBLIC ORGANIZATION "ASSOCIATION OF NEUROLOGISTS, PSYCHIATRISTS AND NARCOLOGISTS OF UKRAINE", STATE INSTITUTION "INSTITUTE OF NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND NARCOLOGY OF THE NATIONAL ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF UKRAINE"

Рецензований науково-практичний медичний журнал
Peer-reviewed scientific and practical journal of medicine

Заснований у вересні 1993 р.

Founded in September, 1993

Періодичність — щокварталу

The journal is published quarterly

Журнал внесений до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктор наук та кандидат наук (доктор філософії) за галузями медичних наук (наказ МОН України від 28.12.2019 р. № 1643).

The journal is included in the list of specialized scientific publications of Ukraine, in which the results of dissertations for the degree of doctor of sciences and doctor of philosophy in the fields of medical sciences can be published (order of the Ministry of Education and Science of Ukraine dated 28 December 2019, No. 1643)

Головний редактор
МАРУТА Наталія

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Борнштейн Натан (Тель-Авів, Ізраїль)
Брайнін Майкл (Кремс-на-Дунаї, Австрія)
Венгер Олена (Тернопіль, Україна)
Волошина Наталія (Харків, Україна)
Дубенко Андрій (Харків, Україна)
Карабан Ірина (Київ, Україна)
Кожина Ганна (Харків, Україна) —
заступник головного редактора
Лінський Ігор (Харків, Україна)
Мінко Олександр (Харків, Україна)
Мишиєв Вячеслав (Київ, Україна)
Мищенко Владислав (Харків, Україна)
Мищенко Тамара (Харків, Україна)
Негріч Тетяна (Львів, Україна)
Овчаренко Микола (Рівне, Україна)
Пашковський Валерій (Чернівці, Україна)
Підкоритов Валерій (Харків, Україна)
Пшук Наталія (Вінниця, Україна)
Танцура Людмила (Харків, Україна)
Федченко Вікторія (Харків, Україна) —
відповідальний секретар
Хабрат Богуслав (Варшава, Польща)
Чабан Олег (Київ, Україна)
Чугунов Вадим (Запоріжжя, Україна)
Юр'єва Людмила (Дніпро, Україна)

Chief Editor
MARUTA Nataliya

EDITORIAL STAFF:

Bornshtein Natan (Tel-Aviv, Israel)
Brainin Michael (Krems an der Donau, Austria)
Venger Olena (Ternopil, Ukraine)
Voloshyna Nataliia (Kharkiv, Ukraine)
Dubenko Andrii (Kharkiv, Ukraine)
Karaban Iryna (Kyiv, Ukraine)
Kozhyna Hanna (Kharkiv, Ukraine) —
deputy chief editor
Linskiy Igor (Kharkiv, Ukraine)
Minko Oleksandr (Kharkiv, Ukraine)
Mishyiev Viacheslav (Kyiv, Ukraine)
Mishchenko Vladyslav (Kharkiv, Ukraine)
Mishchenko Tamara (Kharkiv, Ukraine)
Nehrych Tetiana (Lviv, Ukraine)
Ovcharenko Mykola (Rivne, Ukraine)
Pashkovskyy Valerii (Chernivtsi, Ukraine)
Pidkorytov Valerii (Kharkiv, Ukraine)
Pshuk Nataliia (Vinnytsia, Ukraine)
Tantsura Liudmyla (Kharkiv, Ukraine)
Fedchenko Viktoriia (Kharkiv, Ukraine) —
executive secretary
Habrata Boguslaw (Warsaw, Poland)
Chaban Oleh (Kyiv, Ukraine)
Chugunov Vadym (Zaporizhzhia, Ukraine)
Yuryeva Lyudmyla (Dnipro, Ukraine)

Том 32, випуск 4 (121)
Харків, 2024



АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, 61068
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України».

Адреса сайту журналу: www.uvnpn.com.ua

ADDRESS OF EDITORSHIP:

46, Academician Pavlov Str., Kharkiv, Ukraine, 61068,

SI "P.V. Voloshyn's Institute of neurology, psychiatry and narcology of the NAMS of Ukraine".

Web-site of the journal: www.uvnpn.com.ua

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 16345-4817ПП від 10.02.2010 р.

Certificate for state registration of print mass media KV № 16345-4817PP, dated 10 Feb, 2010

Рекомендовано до друку вченою радою ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (протокол № 10 від 19.12.24 р.)
Approved for publication by the Academic Council of SI "Institute of neurology, psychiatry and narcology of the NAMS of Ukraine" (protocol no. 10 dated 19 December, 2024)

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НЕВРОЛОГІЇ:

Волошина Наталія (м. Харків, Україна),
Карабань Ірина (м. Київ, Україна),
Дубенко Євген (м. Харків, Україна),
Міщенко Тамара (м. Харків, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ПСИХІАТРІЇ:

Венгер Олена (м. Тернопіль, Україна),
Підкоритов Валерій (м. Харків, Україна),
Чабан Олег (м. Київ, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НАРКОЛОГІЇ:

Лінський Ігор (м. Харків, Україна),
Мінко Олександр (м. Харків, Україна),
Чугунов Вадим (м. Запоріжжя, Україна).

До уваги авторів

До опублікування у журналі «Український вісник психоневрології» приймаються статті з проблем клінічної та експериментальної неврології, психіатрії та наркології, психотерапії, судової фармації, інших суміжних наук, оригінальні дослідження, огляди, лекції, спостереження з практики, дискусійні статті, наукова хроніка, короткі повідомлення, рецензії, а також роботи з питань викладання нейронаук, організації та управління психоневрологічною службою, статті історичного характеру, інформація про новітні лікарські засоби, про минулі та майбутні з'їзди, науково-практичні конференції та семінари.

Під час підготовки робіт до друку треба брати до уваги таке:

1. До розгляду редакційною колегією журналу приймаються роботи, що не публікувалися та не подавалися до друку раніше.

2. Оригінал роботи подається до редакції українською або англійською мовами.

3. Статті надсилаються до редакції у двох примірниках з офіційним направленням установи (1 примірник), експертним висновком (2 примірники) та електронною версією у текстовому редакторі Microsoft Word. Не треба ділити текст статті на окремі файли (крім рисунків, що виконані в інших програмах).

4. Обсяг статей не повинен перевищувати: для проблемних та оригінальних досліджень, лекцій та оглядів — 10 сторінок, для дискусійних статей — 8 сторінок, для наукової хроніки — 5 сторінок, для коротких повідомлень — 3 сторінок.

5. Роботи друкують кеглем 14, через 1,5 інтервали з полями: ліворуч — 3,5 см, праворуч — 1 см, зверху та знизу — по 2,5 см (28—30 рядків на сторінці, 60—70 знаків у рядку).

6. Викладення робіт повинно бути чітким, містити такі розділи: вступ (з обґрунтуванням актуальності), матеріал та методи дослідження, отримані результати, їх обговорення, висновки, перелік літературних джерел.

7. Текст статті повинні передувати індекс УДК; українською та англійською мовами: прізвище та ініціали авторів, назва статті, резюме обсягом не більш як 1800 знаків, включно з ключовими словами, відповідно до вимог до наукових фахових видань України (наказ Міністерства освіти і науки України № 32 від 6.02.2018). У тексті статті посилання на літературні джерела наводяться в квадратних дужках і нумеруються в порядку їх згадування.

8. Перелік використаної літератури оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006, ДСТУ ГОСТ 7.80:2007, ДСТУ 8302:2015 і містить джерела мовою оригіналу за останні 10 років (більш ранні публікації вносять до переліку тільки у разі потреби). Кількість цитованих джерел: в оригінальних статтях — не більше ніж 30, в оглядах літератури — не більше ніж 60. **Обов'язково вказувати цифровий ідентифікатор статті (збірника) DOI, якщо його немає — PMID або URI, URL.** Окрім того, перелік літератури має бути транслітерований в романському алфавіті (References).

9. Після переліку літератури наводять українською та англійською мовами без скорочень *відомості про авторів*: прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання, посада або професія, основне місце роботи чи навчання (підрозділ, кафедра, найменування установи або організації); місто; країна;

ID ORCID у форматі <https://orcid.org/XXXX-XXXX-XXXX-XXXX>; e-mail та контактні телефони (окремим рядком).

10. Усі фізичні величини та одиниці треба наводити за системою SI, терміни — згідно з анатомічною та гістологічною номенклатурами, діагностику — за допомогою Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду.

11. Таблиці повинні бути компактними, мати назву, що відповідає змісту. На усі рисунки та таблиці у тексті мають бути посилання.

12. Ілюстрації до роботи (рисунки, фотографії, графіки та діаграми) подаються у чорно-білому зображенні, з можливістю редагування. Фотографії мають бути контрастними (у цифровому форматі з роздільною здатністю не менш ніж 240 dpi), рисунки та графіки — чіткими, тонові рисунки — у форматі *.tif, 240—300 dpi, без компресії.

13. Повноформатні кольорові ілюстрації мають бути подані в електронній версії для комп'ютера типу IBM PC. Колірна модель — CMYK, 300 dpi. Векторна графіка — у форматі *.pdf. Текст (шрифти) і логотипи подавати тільки в кривих. Розмір ілюстрації — 205 × 295 мм, від цих меж має бути не менш ніж 10 мм до значимих об'єктів.

14. Текст статті та усі супровідні матеріали мають бути відредагованими та перевіреними. Стаття має бути підписаною усіма авторами.

15. Автори обов'язково заповнюють дві форми XML (українська та англійська версії) та надсилають разом зі статтею (форми XML з прикладом заповнення наведені на офіційному сайті журналу www.uvnpn.com.ua у рубриці «Авторам»).

16. Редакція залишає за собою право скорочення та вивчення надісланих статей (відповідно до «Порядку розгляду публікацій» та «Порядку рецензування публікацій», розміщених на сайті журналу).

17. Відхилені у процесі рецензування рукописи авторам не повертаються. Статті, що оформлені без дотримання вказаних правил, не розглядаються.

За зміст та оформлення статей (публікацій) відповідальність несе автор.

Статті надсилати на адресу:

вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина НАМН України», редакція журналу «Український вісник психоневрології», e-mail: inpn@ukr.net

Офіційний сайт журналу: www.uvnpn.com.ua

DOI журналу: <https://doi.org/10.36927/2079-0325>

Свідоцтво про держ. реєстрацію КВ № 16345-4817ПР від 10.02.2010 р.

Громадська організація «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України», ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
Адреса редакції та видавця: вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, 61068, тел./факс: 738-32-25; e-mail: inpn@ukr.net; visnuk.pn@gmail.com
Формат 60×84/8. Ум. друк. арк. 8,95. Обл.-вид. арк. 10,2.

Оригінал-макет виготовлений ФО-П Строков Д. В., Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ХК № 247 від 19.11.2009 р.

ЗМІСТ

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ

Белов О. О., Маркова М. В., Новицький А. В., Дроненко В. Г., Марков А. Р. (Вінниця, Харків, Київ)

Особливості стресового реагування здобувачів вищої медичної освіти в умовах воєнного часу..... 4

Кожина Г. М., Лецина І. В., Зеленська К. О., Литвиненко В. В., Березний Г. Г. (Харків)

Клінічна феноменологія та менеджмент психічних розладів у осіб, які перенесли COVID-19..... 10

Марута Н. О., Панько Т. В., Федченко В. Ю., Шевченко-Бітенський К. В., Семікіна О. Є., Явдак І. О., Денисенко М. М., Маркозова Л. М. (Харків, Одеса)

Тактика психотерапії при психічних розладах після перенесеної коронавірусної хвороби COVID-19..... 14

Михайлов Б. В., Давиденко О. В. (Київ)
Сучасний стан проблеми суїцидальних намірів та тенденцій серед пацієнтів у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії соматичних лікарень..... 23

Огоренко В. В., Макарова І. І. (Дніпро)
Клінічні особливості порушень сну при соматоформних розладах..... 27

Чемерис М. М. (Львів)
Психолого-психіатричні наслідки алопеції: дослідження когнітивного функціонування пацієнтів..... 32

Чугунова А. С. (Київ)
Критерії диференціальної діагностики і релевантності нозологічної кваліфікації семіотики обсессивно-компульсивного спектра у дітей із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами (підстави до клінічної шкали)..... 36

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ТА СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Мищенко В. М., Здесенко І. В., Дмитрієва О. В. (Харків)
Корекція психоемоційних порушень у пацієнтів, що перенесли COVID-19..... 41

Посохов М. Ф., Дрогваленко М. О., Байда Р. М., Дагер Н. (Харків)
Наш досвід застосування лідокаїнових блокад з вітаміном В₁₂ у хворих з тяжкими формами невралгії трійчастого нерва.. 47

Регуш А. В. (Київ)
Ранні афективні порушення після тромбектомії тромботичної оклюзії: об'єктивна оцінка..... 55

Фисенко А. В. (Харків)
Особливості змін структури судинної стінки у осіб молодого віку з артеріальною гіпертензією..... 59

Черненко І. І. (Харків)
Особливості змін біоелектричної активності мозку у пацієнтів із наслідками бойової черепно-мозкової травми залежно від ступеня тяжкості..... 64

ЛІТЕРАТУРНІ ОГЛЯДИ

Опря Є. В., Станіславчук В. В., Морваниук Г. В., Фучеджі В. Д., Белогрудова К. К., Баскіна В. В. (Одеса)
Комплексний підхід до корекції депресивних розладів у хворих на рак ендометрію, коморбідний з ожирінням..... 70

DIAGNOSTICS AND THERAPY OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS

Belov O., Markova M. V., Novytskyi A. V., Dronenko V. H., Markov A. R. (Vinnytsia, Kharkiv, Kyiv)

Peculiarities of stress response of higher medical education students in wartime conditions 4

Kozhyna H. M., Leshchyna I. V., Zelenska K. O., Lytvynenko V. V., Berezhnyi H. G. (Kharkiv)

Clinical phenomenology and management of mental disorders in individuals who have experienced COVID-19..... 10

Maruta N. O., Panko T. V., Fedchenko V. Yu., Shevchenko-Bitensky K. V., Semikina O. E., Yavdak I. O., Denysenko M. M., Markozova L. M. (Kharkiv, Odesa)

Psychotherapy tactics for mental disorders after suffering from the COVID-19 coronavirus disease..... 14

Mykhailov B. V., Davydenko O. V. (Kyiv)
The current state of the problem of suicidal intentions and tendencies among patients in reanimation and intensive therapy departments of somatic hospitals..... 23

Ogorenko V. V., Makarova I. I. (Dnipro)
Clinical features of sleep disorders in somatoform disorders..... 27

Chemerys M. M. (Lviv)
Psychological-psychiatric consequences of alopecia: a study of patients' cognitive functioning..... 32

Chuhunova A. S. (Kyiv)
Criteria for differential diagnostics and relevance of nosological qualification of the obsessive-compulsive spectrum semiotics in children with schizoform, neurotic and emotional-behavioral disorders (basis for clinical scale)..... 36

MECHANISMS OF FORMATION AND MODERN PRINCIPLES OF TREATMENT OF NEUROLOGICAL DISORDERS

Mishchenko Vladyslav, Zdesenko Iryna, Dmytriieva Olena (Kharkiv)
Correction of psycho-emotional disorders in patients with COVID-19..... 41

Posokhov M. F., Drohvalenko M. O., Bayda R. M., Daher N. (Kharkiv)
Our experience of using lidocaine blockades with vitamin B₁₂ in patients with severe forms of trigeminal neuralgia..... 47

Rehush A. V. (Kyiv)
Early affective disorders after thrombectomy for thrombotic occlusion: an objective assessment..... 55

Fysenko Anastasiia (Kharkiv)
Features of changes in the structure of the vascular wall in young persons with arterial hypertension..... 59

Chernenko I. I. (Kharkiv)
Features of impaired bioelectrical activity of the brain in patients with consequences of combat traumatic brain injury depending on the severity..... 64

LITERATURE REVIEW

Oprya Ye. V., Stanislavchuk V. V., Morvaniuk H. V., Fuchedzhi V. D., Bielohrudova K. K., Baskina V. V. (Odesa)
Complex approach in correction of depression in patients with endometrial cancer comorbid with obesity..... 70

О. О. Белов, М. В. Маркова, А. В. Новицький, В. Г. Дроненко, А. Р. Марков

ОСОБЛИВОСТІ СТРЕСОВОГО РЕАГУВАННЯ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ В УМОВАХ ВОЄННОГО ЧАСУ

О. О. Belov, M. V. Markova, A. V. Novytskyi, V. H. Dronenko, A. R. Markov

PECULIARITIES OF STRESS RESPONSE OF HIGHER MEDICAL EDUCATION STUDENTS IN WARTIME CONDITIONS

Ключові слова: студенти, війна, стрес, тривога, патологічне дистресове реагування, посттравматичний стресовий розлад

Keywords: students, war, stress, anxiety, pathological distress response, post-traumatic stress disorder

Вивчено особливості стресового реагування 167 здобувачів вищої медичної освіти з різними ступенями психосоціальної дезадаптації (ПДА). Встановлено підвищені показники виразності посттравматичної симптоматики у студентів без ознак ПДА і високі показники у студентів з окремими ознаками ПДА та з оформленою ПДА з аналогічними закономірностями за симптоматикою вторгнення, симптоматикою уникання та симптоматикою провини. Ознаки клінічно оформленого посттравматичного стресового розладу (ПТСР) виявлені у 6,0 % обстежених, окремі симптоми ПТСР — у 22,1 %.

Студентам без ознак ПДА були притаманні низькі рівні реактивної тривожності, з окремими проявами ПДА — помірні рівні, з оформленою ПДА — помірні, близькі до високих.

У здобувачів вищої медичної освіти без ознак ПДА виявлено нормальний рівень тривожності за шкалою самооцінки психічних станів Н. Eysenk, у здобувачів з окремими ознаками ПДА — помірний рівень, у здобувачів з оформленою ПДА — помірний, близький до високого, рівень. Аналогічні закономірності виявлені для фрустрації та ригідності: у здобувачів без ознак ПДА і з окремими ознаками ПДА виявлено низький рівень фрустрації та ригідності, а у здобувачів з оформленою ПДА — помірний рівень фрустрації та ригідності. Здобувачам без ознак ПДА та з окремими ознаками ПДА був притаманний помірний рівень агресивності, а здобувачам з оформленою ПДА — низький рівень.

Кореляційний аналіз виявив наявність значущих ($p < 0,01$) зворотних кореляційних зв'язків показника адаптивності з показниками виразності ПТСР ($r_s = -0,495$), симптоматики вторгнення ($r_s = -0,551$), симптоматики уникання ($r_s = -0,465$), симптоматики провини ($r_s = -0,254$), реактивної тривожності ($r_s = -0,735$), тривожності ($r_s = -0,724$), фрустрації ($r_s = -0,618$) та ригідності ($r_s = -0,384$).

The features of the stress response of 167 medical students with various degrees of psychosocial maladjustment (PM) were studied. Increased indicators of expressiveness of post-traumatic symptoms were established in students without signs of PM and high indicators in students with separate signs of PM and with expressed PM. Similar patterns were detected in the symptoms of invasion, avoidance symptoms and symptoms of guilt. Signs of clinically defined post-traumatic stress disorder were found in 6.0 % of those examined, separate symptoms of PTSD — in 22.1 %.

Students with no signs of PM were characterized by low levels of reactive anxiety, with separate signs of PM — moderate levels, with expressed PM — moderate, close to high level.

A normal level of anxiety according to self-assessment of mental states scale (H. Eysenk) was found in students with no signs of PM, a moderate level — in students with separate signs of PM, in students with expressed PM the level is moderate, close to high). Similar patterns were found for frustration and rigidity: students with no signs of PDA and with separate signs of PM has low levels of frustration and rigidity, and in students with expressed PM — a moderate level of frustration and rigidity. Students with no signs of PM and with separate signs of PM had a moderate level of aggressiveness, and applicants with an expressed PM had a low level.

Correlation analysis revealed the presence of significant ($p < 0.01$) inverse correlations of the adaptability indicator with PTSD expressiveness indicators ($r_s = -0.495$), intrusion symptoms ($r_s = -0.551$), avoidance symptoms ($r_s = -0.465$), guilt symptoms ($r_s = -0.254$), reactive anxiety ($r_s = -0.735$), anxiety ($r_s = -0.724$), frustration ($r_s = -0.618$) and rigidity ($r_s = -0.384$).

Війна є найбільш потужним і небезпечним соціальним стресором у новітній історії України, що призвів до істотного зростання рівня тривоги, депресії та стресу серед населення [1]. Численними дослідженнями встановлено негативний вплив на суспільне здоров'я стресу, тривоги та депресії, пов'язаних з війною; ці ж чинники сприяють загостренню на-

явних та маніфестації нових психічних розладів, як у безпосередніх учасників збройних конфліктів, так і у населення країни в цілому [2—7]. Посттравматичні розлади можуть виникати на будь-якому етапі життя і у будь-якій популяції під впливом важкого психоемоційного стресу, спричиняючи серйозні зміни у психічному та психосоціальному функціонуванні [8; 9]. Прояви посттравматичних і стрес-асоційованих розладів характеризуються значною поліморфністю симптоматики і варіабель-

ністю патодинаміки; водночас, попри активні дослідження останніх десятиліть, патогенетичні і патофизиологічні механізми їх залишаються нез'ясованими, а ефективність корекції — недостатньою [10]. Треба також брати до уваги, що у генезі посттравматичних порушень не обов'язково має бути сильна одномоментна травматична подія; ці порушення можуть також виникати внаслідок накопичення кількох невеликих травматичних подій [11]. Водночас, хоча тривога та депресія є типовою реакцією людей, які переживають війну в країні, психопатологічні реакції та прояви психологічної та соціальної дезадаптації певною мірою є індивідуальними і залежать від багатьох чинників [12; 13].

Навчання у медичному закладі вищої освіти пов'язане зі великим інформаційним, психологічним та стресовим навантаженням і асоційоване з високим ризиком порушень психічного здоров'я та психосоціального функціонування [14—16]. Дія стресу навчання істотно посилюється під впливом потужного соціального стресу війни; синергічна дія цих стресових чинників сприяє збільшенню ризику виникнення психічних порушень та дезадаптивних станів і потребує персоналізованих заходів зі збереження психічного здоров'я та профілактики психосоціальної дезадаптації (ПДА) у здобувачів вищої медичної освіти. Важливу інформацію для розробки таких заходів надають, зокрема, дослідження особливостей стресового реагування в контексті соціально-психологічної дезадаптації, які дають змогу визначити коло актуальних чинників, що роблять вплив на розвиток дезадаптивних феноменів.

Мета дослідження: встановити особливості стресового реагування здобувачів вищої медичної освіти в контексті психосоціальної дезадаптації в умовах воєнного часу.

З дотриманням принципів біомедичної етики, на підставі інформованої згоди, у період з жовтня 2022 року до лютого 2023 року проведено психодіагностичне обстеження 167 здобувачів вищої медичної освіти, які навчалися на II—VI курсах Вінницького

національного медичного університету ім. М. І. Пирогова. Усі обстежені були поділені на три групи залежно від виразності ознак ПДА за показником адаптивності методики соціально-психологічної адаптації С. Rogers et R. F. Dymond [17]: при значенні показника понад 136 балів обстежуваного відносили до групи без ознак ПДА, при значенні показника від 68 до 136 балів — до групи з окремими ознаками ПДА, при значенні показника менше ніж 68 балів — до групи з вираженою ПДА.

Загальна характеристика обстежених наведена у табл. 1.

Таблиця 1. Загальна характеристика обстежених здобувачів вищої медичної освіти

Показник	Без ознак ПДА, n = 36	3 окремими ознаками ПДА, n = 99	3 оформленою ПДА, n = 32
Гендерний розподіл (чоловіки/жінки)	20/16	45/54	5/27
Середній вік, роки	20,7 ± 2,4	20,9 ± 1,6	21,5 ± 1,7

Примітка. Тут і далі: n — кількість обстежуваних; показники наведено у форматі (M ± SD), де M — середнє (арифметичне) значення, SD — стандартне (середнє квадратичне) відхилення

Обстеження проведено з використанням шкали самооцінки психічних станів Н. Eysenck (1975) [18] та Міссісіпської шкали посттравматичного стресового розладу, цивільний варіант (1991) [19].

Статистичний аналіз розбіжностей проводили за допомогою непараметричного тесту Манна — Уїтні та точного критерію Фішера, аналіз кореляцій — з використанням методу рангової кореляції Спірмена. Прийнятним вважали рівень статистичної значущості розбіжностей та кореляцій понад 95 % (p < 0,05).

Під час дослідження виразності посттравматичної симптоматики у студентів під впливом дистресу війни виявлені підвищені показники виразності симптомів патологічного дистресового реагування у студентів з окремими ознаками та оформленою ПДА (табл. 2).

Таблиця 2. Показники виразності проявів патологічного дистресового реагування у здобувачів вищої медичної освіти

Показник	Без ознак ПДА, n = 36	3 окремими ознаками ПДА, n = 99	3 оформленою ПДА, n = 32	p		
				1—2	1—3	2—3
Симптоми вторгнення	27,81 ± 4,38	30,34 ± 7,72	38,13 ± 4,46	0,036	0,000	0,000
Симптоми уникання	22,44 ± 4,66	24,95 ± 5,40	37,34 ± 5,28	0,025	0,000	0,000
Симптоми збудливості	19,56 ± 4,58	21,61 ± 5,04	20,31 ± 4,14	0,035	0,425	0,237
Симптоми провини	18,11 ± 5,26	21,15 ± 5,60	22,88 ± 4,08	0,005	0,001	0,094
Загальний показник	87,92 ± 11,85	98,05 ± 16,89	118,66 ± 13,45	0,002	0,000	0,000

Отже, простежується чітка тенденція до збільшення показника патологічного дистресового реагування зі зростанням ПДА. Водночас навіть у групі без ознак ПДА значення цього показника було доволі високим: 87,92 ± 11,85 балів, у групі з окремими ознаками ПДА — значуще (p < 0,01) більшим (98,05 ± 16,89 балів), а у групі з оформленою ПДА — дуже високим (118,66 ± 13,45 балів). Розбіжності

за показником патологічного дистресового реагування між усіма групами — статистично значущі (p < 0,01). Аналогічно, показники за окремими субшкалами (симптоми вторгнення, уникання та провини) у студентів без ознак ПДА були найнижчими, у студентів з окремими ознаками ПДА — значуще (p < 0,05) вищими, а у студентів з оформленою ПДА — найвищими. Показники симптоматики збудливості

у здобувачів без ознак ПДА були найнижчими, у здобувачів з окремими ознаками ПДА — значуще вищими ($p < 0,05$), а у здобувачів з оформленою ПДА значуще не відрізнялися від таких у студентів двох інших груп ($p > 0,05$).

Слід зазначити, що ознаки клінічно оформленого посттравматичного стресового розладу (ПТСР) були

виявлені у 10 здобувачів (6,0 % від усіх обстежених), ще у 37 здобувачів (22,1 %) виявлені окремі симптоми ПТСР.

Під час вивчення особливостей реактивної тривожності та окремих психічних станів у здобувачів з різним ступенем ПДА також виявлені певні закономірності (табл. 3).

Таблиця 3. Результати дослідження психічного стану здобувачів вищої медичної освіти

Показник	Без ознак ПДА, $n = 36$	З окремими ознаками ПДА, $n = 99$	З оформленою ПДА, $n = 32$	p		
				1—2	1—3	2—3
Шкала оцінки реактивної тривожності С. Spilberger						
Загальний показник	29,44 ± 4,89	35,65 ± 7,95	44,88 ± 6,79	0,001	0,001	0,001
Шкала самооцінки психічних станів Н. Eysenk						
Тривожність	5,89 ± 3,69	9,24 ± 4,28	13,53 ± 3,52	0,001	0,001	0,001
Фрустрація	2,47 ± 3,92	5,59 ± 5,45	8,81 ± 5,51	0,001	0,001	0,001
Агресивність	9,72 ± 3,81	7,44 ± 3,99	5,31 ± 3,39	0,002	0,001	0,005
Ригідність	5,75 ± 3,68	6,87 ± 4,53	9,47 ± 4,27	0,231	0,001	0,006

Середній рівень реактивної тривожності у здобувачів без ознак ПДА відповідав верхній межі норми, тоді як у здобувачів з окремими ознаками ПДА — помірному рівню, а у здобувачів з оформленою ПДА — наближався до високого рівня. Розбіжності

у показниках реактивної тривожності між усіма групами — статистично значущі ($p < 0,01$).

Вивчення розподілу здобувачів вищої медичної освіти за рівнями реактивної тривожності виявило істотні відмінності залежно від ступеня ПДА (табл. 4).

Таблиця 4. Структура рівнів реактивної тривожності у здобувачів вищої медичної освіти

Рівні реактивної тривожності	Без ознак ПДА, $n = 36$		З окремими ознаками ПДА, $n = 99$		З оформленою ПДА, $n = 32$		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Низький	22	61,1	31	31,3	1	3,1	0,002	0,000	0,001
Помірний	14	38,9	52	52,5	16	50,0	0,114	0,249	0,482
Високий	0	0,0	16	16,2	15	46,9	0,005	0,000	0,001

У групі здобувачів без ознак ПДА переважна більшість обстежених мала низький рівень реактивної тривожності (61,1 %), решта — помірний рівень (38,9 %). У групі з окремими ознаками ПДА у більшості обстежених виявлено помірний рівень реактивної тривожності (52,5 %), у значно меншій кількості (31,3 %) — низький рівень реактивної тривожності, і у 16,2 % — високий рівень. У групі з оформленою ПДА питома вага осіб з помірним і високим рівнем реактивної тривожності була майже однаковою (50,0 % і 46,9 % відповідно), низький рівень виявлений лише у одного обстеженого (3,1 %).

Показник тривожності за шкалою Н. Eysenk у здобувачів без ознак ПДА відповідав нормальному рівню, ближче до помірного, у здобувачів з окремими ознаками ПДА — помірному рівню, а у здобувачів з оформленою ПДА — помірному, ближче до високого, рівню.

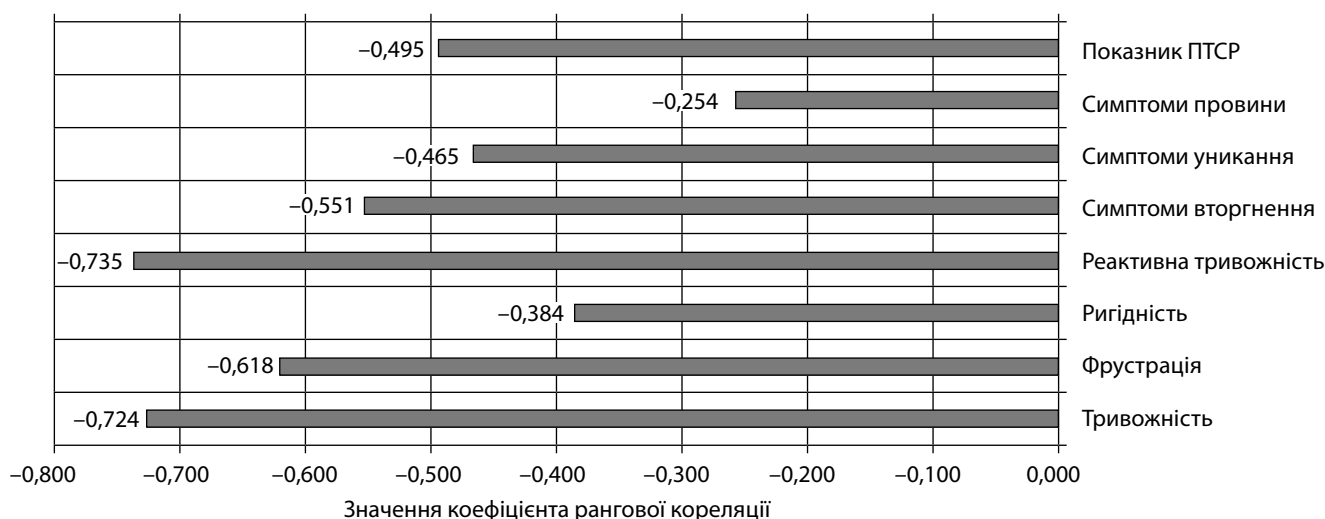
Здобувачам без ознак ПДА були притаманні низькі показники фрустрації, що свідчить про високу самооцінку, відсутність страху перед труднощами і стійкість до психотравматичних ситуацій. У здо-

бувачів з окремими ознаками ПДА також виявлено низький показник фрустрації, однак, у цій групі він був значуще більшим, ніж у здобувачів без ознак ПДА. Натомість, у здобувачів з оформленою ПДА показник фрустрації виявився помірним, що свідчить про наявність ознак фрустрації, невисоку самооцінку, тенденцію до уникання труднощів та страх перед невдачами.

Показник агресивності у здобувачів без ознак ПДА і з окремими ознаками ПДА відповідав помірному рівню, а у здобувачів з оформленою ПДА — низькому рівню.

У здобувачів без ознак ПДА виявлено низький рівень ригідності, що свідчить про високу динамічність психічних процесів; у здобувачів з окремими ознаками ПДА — низький рівень, але значуще більший, ніж у першій групі; а у здобувачів з оформленою ПДА — помірний рівень.

Проведено кореляційний аналіз зв'язків між показником адаптивності та показниками ПТСР, реактивної тривожності та психічних станів за шкалою Н. Eysenk. Результати аналізу наведено на рисунку.



Результати однофакторного непараметричного кореляційного аналізу зв'язків показника адаптивності та показників інших психодіагностичних методик (наведено значущі ($p < 0,01$) коефіцієнти рангової кореляції Спірмена)

Усі виявлені кореляції — зворотні (зі зростанням показників психопатологічних проявів адаптивність погіршується). Найтісніші кореляції виявлено з тривожністю за шкалою Н. Eysenk та реактивною тривожністю (кореляції сильні). Менш тісні кореляційні зв'язки (помірної сили) виявлено із загальним показником ПТСР, показниками симптоматики уникання, вторгнення, ригідності та фрустрації. Слабкі кореляції (значення коефіцієнта рангової кореляції менше ніж 0,3) виявлені з показником провини.

Одержані нами дані свідчать про наявність суттєвих відмінностей у стресовому реагуванні здобувачів вищої медичної освіти з різними ступенями ПДА. Студентам в умовах потужного соціального дистресу війни притаманні доволі високі показники виразності патологічної дистресової симптоматики. Навіть у групі здобувачів без ознак ПДА значення показника патологічного дистресового реагування було більшим, ніж у популяції здорових студентів, а у здобувачів з окремими ознаками ПДА і, особливо, з оформленою ПДА — набагато більшим.

Щодо більш високих показників реактивної тривожності та тривожності за методикою Н. Eysenk у здобувачів з вищими рівнями ПДА, то, на нашу думку, вони є результатом взаємодії кількох факторів: соціального стресу війни, що сприяє збільшенню стресового навантаження і реакцій на нього, погіршення адаптаційних можливостей, що посилюють дію актуального стресу та його наслідків, індивідуально-характерологічних особливостями, які пов'язані з нижчою стресостійкістю, а також особливостями мікросоціального оточення [14]. Аналогічно, фрустрація і ригідність, більш виражені у студентів з гіршими ступенями ПДА, погіршують адаптивні можливості і призводять до посилення проявів соціально-психологічної дезадаптації, а дезадаптація, у свою чергу, сприяє збільшенню фрустрації.

Вищі рівні агресивності у здобувачів з меншими проявами ПДА, на нашу думку, можуть бути пояснені

більшою активністю і стеничністю, притаманною студентам з кращою адаптацією, тоді як нижчі показники агресивності у групі з оформленою ПДА можна розглядати як один з проявів невротизації та астенізації.

Закономірності, виявлені під час аналізу розбіжностей у показниках патологічної дистресової симптоматики, тривожності та психічного стану у здобувачів з різними ступенями ПДА, були підтверджені результатами кореляційного аналізу, який виявив наявність значущих зворотних кореляційних зв'язків цих факторів з показником адаптивності. Результати аналізу свідчать про взаємну пов'язаність цих чинників, а сила зв'язку (переважно помірною) — про складний багатофакторний характер розвитку ПДА, у якому відіграють роль індивідуально-персоналогічні, психопатологічні та психосоціальні чинники.

Проведене дослідження дало змогу дійти таких висновків.

В умовах соціального стресу війни у здобувачів вищої медичної освіти виявляються підвищені показники виразності посттравматичної дистресової симптоматики.

Виразність посттравматичної симптоматики, тривожності, фрустрації та ригідності є більшою у здобувачів вищої медичної освіти з окремими ознаками ПДА і, особливо, з оформленою психосоціальною дезадаптацією.

Встановлено зворотну залежність між виразністю посттравматичних, тривожних, фрустраційних та ригідних проявів та адаптивністю здобувачів вищої медичної освіти в умовах соціального стресу.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з комплексним вивченням факторів психосоціальної дезадаптації студентської молоді в умовах війни, та з розробленням персоналізованих заходів медико-психологічної підтримки здобувачів вищої освіти для зменшення впливу соціального стресу.

Список літератури

1. Six months into the war: a first-wave study of stress, anxiety, and depression among in Ukraine / Kurapov A., Danyliuk I., Loboda A. [et al.] // *Front Psychiatry*. 2023. Vol. 14. P. 1190465. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1190465.

2. Волошин П. В., Марута Н. О. Соціальний стрес та його медико-психологічні наслідки // Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика) : колективна монографія за редакцією проф. П. В. Волошина, проф. Н. О. Марути. Харків, 2016. С. 5—22.

3. Марков А. Р., Маркова М. В. Медико-психологічні детермінанти інформаційно-психологічної безпеки цивільного населення (монографія). Харків, 2019. 248 с.

4. Постстресова психологічна дезадаптація: закономірності розвитку і специфіка клінічних проявів дезадаптивних станів у окремих специфічних груп населення, вразливих до дії макросоціального стресу : колективна монографія за редакцією проф. М. В. Маркової. Харків, 2019. 492 с.

5. WHO World Mental Health Survey Collaborators. Civilians in World War II and DSM-IV mental disorders: results from the World Mental Health Survey Initiative / Frounfelker R., Gilman S. E., Betancourt T. S. [et al.] // *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018. Vol. 53(2). P. 207—219. DOI: 10.1007/s00127-017-1452-3.

6. War Psychiatry: Identifying and Managing the Neuropsychiatric Consequences of Armed Conflicts / Jain N., Prasad S., Czárth Z. C. [et al.] // *J Prim Care Community Health*. 2022. Vol. 13. P. 21501319221106625. doi: 10.1177/21501319221106625.

7. Konstantinov V., Reznik A., Isralowitz R. The impact of the Russian-Ukrainian war and relocation on civilian refugees // *J Loss Trauma*. 2022. Vol. 28. P. 267—269. DOI: 10.1080/15325024.2022.2093472.

8. Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention / Miao X. R., Chen Q. B., Wei K. [et al.] // *Mil Med Res*. 2018. Vol. 5(1). P. 32. DOI: 10.1186/s40779-018-0179-0.

9. A Public Health Perspective of Post-Traumatic Stress Disorder / Al Jowf G. I., Ahmed Z. T., An N. [et al.] // *Int J Environ Res Public Health*. 2022. Vol. 19(11). P. 6474. DOI: 10.3390/ijerph19116474.

10. Bryant R. A. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges // *World Psychiatry*. 2019. 18(3). P. 259—269. DOI: 10.1002/wps.20656.

11. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment // *Canadian Journal of Psychiatry*. 2014. Vol. 59(9). P. 460—467. DOI: 10.1177/070674371405900902.

12. The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine / Kurapov A., Kalaitzaki A., Keller V. [et al.] // *Front Psychiatry*. 2023. Vol. 14. 1134780. DOI: 10.3389/fpsy.2023.1134780.

13. Chu B., Marwaha K., Sanvictores T., Ayers D. Physiology, Stress Reaction. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023. PMID: 31082164.

14. Особливості депресивних реакцій у здобувачів вищої медичної освіти в умовах воєнного часу / Пшук Н. Г., Белов О. О., Стукан Л. В. [та ін.] // *Вісник Вінницького національного медичного університету*. 2024. Т. 28, № 2. С. 304—308. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2024-28(2)-21.

15. Mental health and wellbeing among Egyptian medical students: A cross-sectional study / I-Gabry D. A., Okasha T., Shaker N. [et al.] // *Middle East Curr Psychiatry*. 2022. Vol. 29(1). P. 25. DOI: 10.1186/s43045-022-00193-1.

16. Mental health and wellbeing among Moroccan medical students: A descriptive study / Lemtiri Chelieh M., Kadhum M. [et al.] // *Rev Psychiatry*. 2019. Vol. 31(7–8). P. 608—612. DOI: 10.1080/09540261.2019.1675276.

17. *Psychotherapy and Personality Change: Coordinated Research Studies in the Client-Centered Approach*. First Edition by Carl Ransom Rogers (Editor), Rosalind F. Dymond (Editor) Chicago: University of Chicago Press, 1954. 446 p.

18. Eysenck H. J. *Method for diagnosing self-assessment of mental states*. APA, 1963.

19. Vreven D. L., Gudanowski D. M., King L. A., King D. W. The civilian version of the Mississippi PTSD scale: A psychometric evaluation // *Journal of Traumatic Stress*. 1995. Vol. 8, Issue 1. P. 91—109. DOI: <https://doi.org/10.1002/jts.2490080107>.

20. Lauterbach D., Vrana S., King D., King L. Psychometric Properties of the Civilian Version of the Mississippi PTSD Scale // *Journal of Traumatic Stress*. 1997. Vol. 10, № 3. P. 499—513. DOI: 10.1023/a:1024801607043.

References

1. Kurapov A., Danyliuk I., Loboda A., Kalaitzaki A., Kowatsch T., Klimash T., Predko V. Six months into the war: a first-wave study of stress, anxiety, and depression among in Ukraine. *Front Psychiatry*. 2023 May 10;14:1190465. doi: 10.3389/fpsy.2023.1190465.

2. Voloshyn P. V., Maruta N. O. [Social stress and its medical and psychological consequences]. [*Social stress disorders (clinic, diagnostics, prevention)*]: a collective monograph edited by Prof. P. V. Voloshyn, Prof. N. O. Maruta. Kharkiv, 2016. P. 5—22. (In Ukrainian).

3. Markov A. R., Markova M. V. [*Medical and psychological determinants of informational and psychological security of the civilian population (monograph)*]. Kharkiv, 2019. 248 p. (In Ukrainian).

4. *Post-stress psychological maladjustment: patterns of development and specificity of clinical manifestations of maladaptive states in certain specific population groups vulnerable to the effects of macrosocial stress*: collective monograph edited by Prof. M. V. Markova. Kharkiv, 2019. 492 p. (In Ukrainian).

5. Frounfelker R, Gilman SE, Betancourt TS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Bromet EJ, et al. WHO World Mental Health Survey Collaborators. Civilians in World War II and DSM-IV mental disorders: results from the World Mental Health Survey Initiative. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018 Feb;53(2):207-219. doi: 10.1007/s00127-017-1452-3.

6. Jain N, Prasad S, Czárth ZC, Chodnekar SY, Mohan S, Savchenko E, et al. War Psychiatry: Identifying and Managing the Neuropsychiatric Consequences of Armed Conflicts. *J Prim Care Community Health*. 2022 Jan-Dec;13:21501319221106625. doi: 10.1177/21501319221106625.

7. Konstantinov V, Reznik A, Isralowitz R. The impact of the Russian-Ukrainian war and relocation on civilian refugees. *J Loss Trauma*. 2022;28:267-269. doi: 10.1080/15325024.2022.2093472.

8. Miao XR, Chen QB, Wei K, Tao KM, Lu ZJ. Posttraumatic stress disorder: from diagnosis to prevention. *Mil Med Res*. 2018 Sep 28;5(1):32. doi: 10.1186/s40779-018-0179-0.

9. Al Jowf GI, Ahmed ZT, An N, Reijnders RA, Ambrosino E, Rutten BPF, et al. A Public Health Perspective of Post-Traumatic Stress Disorder. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 May 26;19(11):6474. doi: 10.3390/ijerph19116474.

10. Bryant RA. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World Psychiatry*. 2019 Oct;18(3):259-269. doi: 10.1002/wps.20656..

11. Sareen J. Posttraumatic stress disorder in adults: impact, comorbidity, risk factors, and treatment. *Can J Psychiatry*. 2014 Sep;59(9):460-7. doi: 10.1177/070674371405900902.
12. Kurapov A, Kalaitzaki A, Keller V, Danyliuk I, Kowatsch T. The mental health impact of the ongoing Russian-Ukrainian war 6 months after the Russian invasion of Ukraine. *Front Psychiatry*. 2023 Jul 27;14:1134780. doi: 10.3389/fpsy.2023.1134780.
13. Chu B., Marwaha K., Sanvictores T., Ayers D. Physiology, Stress Reaction. In: *StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023*. PMID: 31082164.
14. Pshuk NH., Belov OO., Stukan LV., Ilnytskyi HO., Novytskyi AV. Peculiarities of depressive reactions in students of higher medical education in wartime conditions. *Bulletin of the Vinnytsia National Medical University*. 2024;28(2):304—308. doi: 10.31393/reports-vnmedical-2024-28(2)-21.15. (In Ukrainian).
15. El-Gabry DA, Okasha T, Shaker N, Elserafy D, Yehia M, Aziz KA, et al. Mental health and wellbeing among Egyptian medical students: A cross-sectional study. *Middle East Curr Psychiatry*. 2022;29(1):25. doi: 10.1186/s43045-022-00193-1.
16. Lemtiri Chelieh M, Kadhun M, Lewis T, Molodynski A, Abouqal R, et al. Mental health and wellbeing among Moroccan medical students: a descriptive study. *Int Rev Psychiatry*. 2019 Nov-Dec;31(7-8):608-612. doi: 10.1080/09540261.2019.1675276.
17. *Psychotherapy and Personality Change: Co-ordinated Research Studies in the Client-centered Approach* First Edition by Carl Ransom Rogers (Editor), Rosalind F. Dymond (Editor). Chicago: University of Chicago Press, 1954. 446 p.
18. Eysenck HJ. *Method for diagnosing self-assessment of mental states*. APA, 1963.
19. Vreven DL, Gudanowski DM, King LA, King DW. The civilian version of the Mississippi PTSD scale: A psychometric evaluation. *J Trauma Stress*. 1995 Jan;8(1):91-109. doi: 10.1007/BF02105409.
20. Lauterbach D, Vrana S, King DW, King LA. Psychometric properties of the Civilian version of the Mississippi PTSD Scale. *J Trauma Stress*. 1997 Jul;10(3):499-513. doi: 10.1023/a:1024801607043.

Надійшла до редакції 13.12.2024

Відомості про авторів:

БЕЛОВ Олександр Олександрович, доктор медичних наук, доцент, професор закладу вищої освіти кафедри медичної психології та психіатрії Вінницького національного медичного університету (ВНМУ) імені М. І. Пирогова Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, м. Вінниця, Україна; <http://orcid.org/0000-0002-0156-0777>; e-mail: oleksbelov@gmail.com

МАРКОВА Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри сексології, психотерапії та медичної психології Харківського національного медичного університету МОЗ України, м. Харків, Україна; <http://orcid.org/0000-0003-0726-4925>; e-mail: markova.md.professor@gmail.com

НОВИЦЬКИЙ Андрій Валерійович, асистент кафедри медичної психології та психіатрії ВНМУ ім. М. І. Пирогова МОЗ України, <http://orcid.org/0009-0008-6749-6115>

ДРОНЕНКО Володимир Григорович, кандидат медичних наук, доцент, доцент закладу вищої освіти кафедри променевої діагностики, променевої терапії та онкології ВНМУ ім. М. І. Пирогова МОЗ України; <http://orcid.org/0000-0002-4439-9063>

МАРКОВ Артур Рубенович, кандидат психологічних наук, докторант кафедри психології Академії праці, соціальних відносин і туризму, м. Київ, Україна; <http://orcid.org/0000-0002-2164-7159>

Information about the authors:

BELOV Oleksandr, MD, PhD, Doctor of medical Sciences, Associate Professor, Professor of Department of Medical Psychology and Psychiatry National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine; <http://orcid.org/0000-0002-0156-0777>; e-mail: oleksbelov@gmail.com

MARKOVA Marianna, MD, PhD, DoSci, Professor, Head of Department of Sexology, Psychotherapy and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; <http://orcid.org/0000-0003-0726-4925>; e-mail: markova.md.professor@gmail.com

NOVYTSKYI Andrii, Assistant of Department of Medical Psychology and Psychiatry National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine; <http://orcid.org/0009-0008-6749-6115>

DRONENKO Volodymyr, MD, PhD, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Radiation Diagnostics, Radiation Therapy and Oncology, National Pirogov's Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine; <http://orcid.org/0000-0002-4439-9063>

MARKOV Arthur, PhD in Medical Psychology, Competitor for Doctor of Sciences at the Academy of Labour, Social Relations, and Tourism, Kyiv, Ukraine; <http://orcid.org/0000-0002-2164-7159>

Г. М. Кожина, І. В. Лещина, К. О. Зеленська, В. В. Литвиненко, Г. Г. Бережний

КЛІНІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ТА МЕНЕДЖМЕНТ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19

Н. М. Kozhyna, I. V. Leshchyna, K. O. Zelenska, V. V. Lytvynenko, H. G. Berezhnyi

CLINICAL PHENOMENOLOGY AND MANAGEMENT OF MENTAL DISORDERS IN INDIVIDUALS WHO HAVE EXPERIENCED COVID-19

Ключові слова: COVID-19, тривога, депресія, когнітивний стан, психотерапія, фармакотерапія, психоосвіта, якість життя

Keywords: COVID-19, anxiety, depression, cognitive state, psychotherapy, pharmacotherapy, psychoeducation, quality of life

У процесі роботи вивчено клінічну феноменологію та розроблено комплексну систему терапії психічних розладів у осіб, які перенесли COVID-19

Встановлено, що клінічна картина психічних розладів у обстежених хворих представлена депресивним (29,1 % хворих), тривожним (33,4 %), астено-невротичним (24,2 %) та когнітивним (13,3 %) синдромокомплексами, та описано їх феноменологію.

З урахуванням отриманих в процесі комплексного обстеження даних розроблено персоналізовану систему корекції психічних розладів в осіб, які перенесли COVID, що включала використання фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

Психофармакотерапія полягала у диференційованому використанні антидепресантів SSRI та SSRI, небензодіазепінових анксиолітиків, короткого курсу бензодіазепіну.

Психотерапевтична програма передбачала диференційоване використання: когнітивно-поведінкової терапії, біосугестивної терапії, психодинамічної психотерапії арт-терапії, тренінгу соціальних навичок, десенсибілізації, *mindfulness*, релаксаційних вправ та когнітивного тренінгу.

Аналіз клінічних результатів використання розробленої програми персоналізованої терапії психічних розладів в осіб, які перенесли COVID-19, довів її ефективність. На тлі застосування розробленої програми відзначено позитивну динаміку психічного стану, швидку редукцію тривожно-депресивної та астеничної симптоматики, поліпшення когнітивних функцій, формування адаптивних типів ставлення до хвороби та підвищення якості життя осіб, які перенесли COVID-19.

In the course of the work, the clinical phenomenology was studied and a comprehensive system of therapy for mental disorders in people who have suffered from COVID-19 was developed.

It was established that the clinical picture of mental disorders in the examined patients is represented by depressive (29.1 % of patients), anxiety (33.4 %), asthenic-neurotic (24.2 %) and cognitive (13.3 %) syndrome complexes, and their phenomenology was described.

Taking into account the data obtained during the comprehensive examination, a personalized system for correcting mental disorders in people who have suffered from COVID-19 was developed, which included the use of pharmacotherapy, psychotherapy and psychoeducation.

Psychopharmacotherapy included the differentiated use of SSRI antidepressants and SSRI non-benzodiazepine anxiolytics, a short course of benzodiazepine.

The psychotherapeutic program included the differentiated use of: cognitive behavioral therapy, biosuggestive therapy, psychodynamic psychotherapy, art therapy, social skills training, desensitization, *mindfulness*, relaxation exercises and cognitive training.

Analysis of the clinical results of using the developed program of personalized therapy of mental disorders of people who have suffered COVID-19 has proven its effectiveness. Against the background of using the developed program, positive dynamics of the mental state, rapid reduction of anxiety-depressive and asthenic symptoms, improvement of cognitive functions, formation of adaptive types of attitude to the disease and improvement of the quality of life of people who have suffered COVID-19 were noted.

На жаль, коронавірусна інфекція COVID-19 досі є дуже поширеною в усьому світі. На сьогодні найбільш вивчені респіраторні ураження та ускладнення, викликані цим захворюванням, однак його психічні ускладнення все ще недостатньо досліджені [1; 2].

Згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, на 3 березня 2024 р. стався 774 834 251 випадок захворювання на COVID-19 у світі, 7 037 007 з яких виявилися смертельними [3; 4].

© Кожина Г. М., Лещина І. В., Зеленська К. О., Литвиненко В. В., Бережний Г. Г., 2024

Пандемія коронавірусної хвороби COVID-19 є суттєвим соціальним стресовим чинником, що спричиняє як у дітей, так і у дорослих негативні психічні та психологічні стани. Серед патопсихологічних станів переважають страх, тривога, депресія, порушення сну, посттравматичні стресові розлади. Це може перешкодити поновленню до нормального життя для багатьох людей, коли фізична загроза вірусної інфекції зрештою зменшиться [5; 6].

Відомо, що COVID-19 негативно впливає на психічне здоров'я населення в усьому світі. Страх перед коронавірусною інфекцією, пов'язаний з можливим

ризиком зараження, непередбачуваним перебігом хвороби, відсутністю патогенетичного лікування і тотальною невизначеністю, спричиняє негативні психологічні реакції [7; 8].

Клінічна практика свідчить про те, що COVID-19 супроводжується неврологічними та психічними розладами, які виникають як в гострому, так і у віддаленому періодах захворювання. Психічним розладам на тлі перенесеного COVID-19 притаманні високий рівень психічного дистресу, велика питома вага тривожно-депресивних та астено-невротичних проявів, стійка диссомнія, когнітивні порушення. Актуальність проблеми не зменшується і потребує подальшого розв'язання з метою запобігання погіршанню психічного стану в хворих цієї категорії [9—11].

У сучасних умовах виникає нагальна потреба розроблення персоніфікованих програм патогенетично обґрунтованої терапії та реабілітації осіб, які перенесли COVID-19. Сучасні стратегії медичної допомоги визначають шість цілей на шляху до поліпшення якості лікування та реабілітації хворих: безпека, ефективність, пацієнт-орієнтованість, своєчасність, раціональність, неупередженість допомоги. Водночас саме психотерапія та медико-психологічна реабілітація є вкрай важливими та взаємодоповнювальними терапевтичними стратегіями [12; 13].

Мета дослідження: вивчення клінічної феноменології та розроблення комплексної системи терапії психічних розладів у осіб, які перенесли COVID-19.

Для досягнення поставленої мети проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 167 хворих з несприятливими психічними розладами на тлі перенесеного COVID, обох статей (85 жінок та 82 чоловіків), середній вік — $36,0 \pm 3,4$ роки.

Встановлено, що клінічна картина психічних розладів у обстежених хворих представлена депресивним (29,1 % чоловіків та 32,1 % жінок), тривожним (31,4 % та 33,4 % відповідно), астено-невротичним (24,2 % чоловіків та 19,6 % жінок) та когнітивним (15,3 % та 14,9 % відповідно) синдромокомплексами.

Депресивний синдромокомплекс характеризувався пригніченим настроєм, відчуттям смутку, емоційної порожнечі, безнадії; зниженням інтересу до усіх видів діяльності протягом більшої частини дня та втратою здатності відчувати інтерес до речей, які зазвичай давали задоволення; періодичними суїцидальними думками без конкретного плану; відчуттям постійної втоми, підвищеною сприйнятливостю до раніше нейтральних подразників; занепадом сил; зниженням концентрації уваги; порушенням сну.

Тривожний розлад виявлявся надмірною тривогою з важко контрольованим занепокоєнням; панічними атаками (раптовим напливом паніки, сильного страху, який досягав піку протягом кількох хвилин та супроводжувався соматичним дискомфортом); труднощами з концентрацією уваги, дратливістю; м'язовою напругою; неспокійним, незадовільним сном.

Для астено-невротичного симптомокомплексу були характерні відчуття напруженості, знервованості, занепокоєння, роздратованості через дрібниці; слабкість, млявість, зниження працездатності, швидка втомлюваність; сумніви щодо правильності прийнятих рішень та дій; порушення сну, сенсibiлізація до зовнішніх чинників, особливо під час відходу до сну та процесу засинання.

Когнітивний синдромокомплекс проявлявся зниженням вербальної пам'яті, концентрації уваги; швидкості обробки інформації; розсіяністю, утрудненням довготривалої зосередженості та запам'ятовування нещодавніх подій; уповільненням темпу мислення; зниженням показників перцептивно-гностичної сфери, швидкості лічильних операцій; вираженою реакцією психічної втоми.

Аналіз даних психопатологічного дослідження свідчить про наявність у обстежених хворих важкого (35,8 % чоловіків та 44,3 % жінок) депресивного та тривожного (67,2 % чоловіків та 70,4 % жінок) епізодів за шкалою Гамільтона; високого рівня: ситуативної (44,3 % чоловіків та 55,2 % жінок) та особистісної (52,3 % та 61,8 % відповідно) тривожності за шкалою Спілбергера — Ханіна, зниження загальної когнітивної продуктивності за Адденбрукською шкалою оцінки пізнавальних здібностей (44,3 % чоловіків та 45,5 % жінок).

Обстеженим хворим були притаманні негармонійні типи ставлення до хвороби: іпохондричний (24,6 % чоловіків та 19,8 % жінок), тривожний (21,6 % та 26,9 % відповідно), неврастенічний (15,9 % чоловіків та 14,8 % жінок), obsесивно-фобічний (14,4 % та 13,7 % відповідно), анозогностичний (16,4 % чоловіків та 17,5 % жінок), гармонійний тип відзначався лише у 7,1 % та 7,3 % обстежених хворих відповідно.

Як показали результати обстеження, у загальній структурі якості життя за однойменною методикою у модифікації Н. О. Марути найбільш проблемними для обстежених хворих визначені такі сфери: психологічне благополуччя (75,4 % чоловіків та 79,8 % жінок); міжособистісна взаємодія (58,9 % та 56,9 % відповідно); працездатність (81,1 % чоловіків та 75,9 % жінок) та загальне сприйняття якості життя (89,1 % та 94,2 % відповідно).

З урахуванням отриманих в процесі комплексного обстеження даних про психологічні, патофизиологічні та клініко-психопатологічні особливості обстежених хворих, розроблена персоніфікована система корекції психічних розладів в осіб, які перенесли COVID, з трьох етапів — діагностичного, корекційного та реабілітаційного — яка передбачає використання фармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

Психофармакотерапія полягає у диференційованому, таргетному використанні антидепресантів СІЗЗС (сертралін, пароксетин, есциталопрам та флуоксетин), СІЗЗСІН (венлафаксин пролонгованої дії), небензодіазепінових анксиолітиків (гідроксизин, бупірон), короткого курсу бензодіазепіну.

Психотерапевтична програма передбачає:

— при депресивному синдромокомплексі — когнітивно-поведінкову терапію, біосугестивну терапію, арттерапію та техніки *mindfulness* (тривалістю 4—8 тижнів);

— при тривожному синдромокомплексі — когнітивно-поведінкову терапію, тренінги соціальних навичок, поетапний вплив і десенсибілізацію та релаксаційні вправи (тривалістю 4—8 тижнів);

— при астено-невротичному синдромокомплексі — когнітивно-поведінкову терапію, психодинамічну психотерапію, арттерапію та релаксаційні вправи (тривалістю 3—6 тижнів);

— при когнітивному синдромокомплексі — когнітивно-поведінкову терапію та когнітивний тренінг (тривалістю 10—12 тижнів).

Важливим складником розробленої терапевтичної програми є психоосвіта, спрямована на формування адекватної системи уявлень про нейротоксичний вплив та наслідки COVID, розуміння основних психопатологічних синдромів, спричинених захворюванням, залучення хворих до активної участі в лікуванні та навчання методам подолання заглибленості у хворобу.

Психоосвітній складник має кілька модулів: Інформаційний модуль; Модуль «Резильєнтність», призначений для формування навичок резильєнтності та здоров'я центрованого стилю життя; Модуль «Комунікації», спрямований на підтримання та відновлення навичок комунікації, поліпшення спілкування з оточенням; Модуль «Розв'язання міжособистісних проблем» надає алгоритми розв'язання міжособистісних проблем у різних ситуаціях, що можуть виникати у повсякденному житті.

Розроблений реабілітаційний алгоритм для осіб, які перенесли COVID-19, включає: моніторинг психічного стану, посилену психологічну увагу та здоров'я-центрований життєвий стиль (фізична активність, прогулянки на свіжому повітрі, продуктивна діяльність, стимуляція позитивних емоцій, розклад дня та гігієна сну, режим збалансованого харчування).

Як показали результати дослідження, на тлі проведеної комплексної системи терапії відзначено позитивну динаміку психопатологічної симптоматики: зниження виразності депресивної (74,5 % чоловіків та 78,9 % жінок), тривожної (78,4 % та 73,9 % відповідно), астеничної симптоматики (85,3 % чоловіків та 82,9 % жінок), поліпшення когнітивного статусу (76,1 % та 74,3 % відповідно), нормалізація сну (79,9 % чоловіків та 81,1 % жінок).

Відзначено достовірне зниження показників тривоги та депресії за Шкалою тривоги та депресії Гамільтона (85,4 % чоловіків та 86,3 % жінок), зниження показників ситуативної та особистісної тривожності за Шкалою Спілбергера — Ханіна (69,8 % та 71,1 % відповідно) та поліпшення загальної когнітивної продуктивності за Адденбрукською шкалою оцінки пізнавальних здібностей (67,4 % чоловіків та 65,8 % жінок).

Дослідження динаміки типів ставлення до хвороби продемонструвало зміни типів ставлення до хвороби, що полягає в підвищенні показників гармонійного (59,8 % чоловіків та 63,2 % жінок) і ергопатичного (15,4 % та 16,1 % відповідно) типів ставлення до хвороби.

Відзначено підвищення показників якості життя у обстежених хворих (77,9 % чоловіків та 81,7 % жінок) за усіма шкалами методики оцінки якості життя.

Результатом впровадження вказаної системи очікується підвищення якості надання медичної допомоги особам, які перенесли COVID-19

Список літератури / References

1. Yong SJ. Long COVID or post-COVID-19 syndrome: putative pathophysiology, risk factors, and treatments. *Infect Dis (Lond)*. 2021 Oct;53(10):737-754. doi: 10.1080/23744235.2021.1924397.
2. Legido-Quigley H, Asgari N, Teo YY, Leung GM, Oshitani H, Fukuda K, et al. Are high-performing health systems resilient against the COVID-19 epidemic? *Lancet*. 2020 Mar 14;395(10227):848-850. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30551-1.
3. Коронавірус: статистика по країнах [*Coronavirus: statistics by country*]. URL: <https://index.minfin.com.ua/ua/reference/coronavirus/geography/>. (In Ukrainian).
4. Cheng WJ, Shih HM, Su KP, Hsueh PR. Risk factors for poor COVID-19 outcomes in patients with psychiatric disorders. *Brain Behav Immun*. 2023 Nov;114:255-261. doi: 10.1016/j.bbi.2023.08.024.
5. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*. 2020 Jun;7(6):547-560. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30168-1.
6. Sheridan Rains L, Johnson S, Barnett P, Steare T, Needle JJ, Carr S, ... Simpson A; COVID-19 Mental Health Policy Research Unit Group. Early impacts of the COVID-19 pandemic on mental health care and on people with mental health conditions: framework synthesis of international experiences and responses. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021 Jan;56(1):13-24. doi: 10.1007/s00127-020-01924-7.
7. Talevi D, Socci V, Carai M, Carnaghi G, Faleri S, Trebbi E, et al. Mental health outcomes of the COVID-19 pandemic. *Riv Psichiatr*. 2020 May-Jun;55(3):137-144. doi: 10.1708/3382.33569.
8. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психічне здоров'я в період пандемії COVID-19 (особливості психологічної кризи, тривоги, страху та тривожних розладів) // *НейроNews*. 2020. № 3 (114). С. 26—36. / Chaban O. S., Khaustova O. O. Mental health during the COVID-19 pandemic (features of psychological crisis, anxiety, fear and anxiety disorders). *NeuroNews*. 2020; 3(114):26—36. (In Ukrainian).
9. 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. / Mishchenko T. S., Mishchenko V. M. Neurological complications in patients with COVID-19. *Psychiatry, neurology and medical psychology*. 2021;16:23—33. DOI: 10.26565/2312-5675-2021-16-03. (In Ukrainian).
10. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2020 Oct 1;113(10):707-712. doi: 10.1093/qjmed/hcaa202.
11. Психічні розлади у пацієнтів, що перехворіли на коронавірусну хворобу Covid-19, психологічний аспект /

Марута Н. О., Федченко В. Ю., Панько Т. В. [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2023. Т. 31, вип. 2 (115). С. 54—62. / Maruta N. O., Fedchenko V. Yu., Panko T. V., Semikina O. Ye., Lapinska O. R. Mental disorders in patients who have recovered from the coronavirus disease Covid-19, psychological aspect. *Ukrainian Bulletin of Psychoneurology*. 2023; 31;2(115):54—62. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V31-is2-2023-7>. (In Ukrainian).

12. McLaughlin KA, Rosen ML, Kasperek SW, Rodman AM. Stress-related psychopathology during the COVID-19 pan-

demic. *Behav Res Ther*. 2022 Jul;154:104121. doi: 10.1016/j.brat.2022.104121.

13. Meaklim H, Saunders WJ, Byrne ML, Junge MF, Varma P, Finck WA, Jackson ML. Insomnia is a key risk factor for persistent anxiety and depressive symptoms: A 12-month longitudinal cohort study during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord*. 2023 Feb 1;322:52-62. doi: 10.1016/j.jad.2022.11.021.

Надійшла до редакції 13.12.2024

Відомості про авторів:

КОЖИНА Ганна Михайлівна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри*; <https://orcid.org/0000-0002-2000-707X>; e-mail: amkozhyzna888@gmail.com

ЛЕЩИНА Ірина Володимирівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри*; <https://orcid.org/0000-0002-8053-5288>; e-mail: leshchinaiv@gmail.com

ЗЕЛЕНСЬКА Катерина Олексіївна, кандидат медичних наук, доцент кафедри*; <https://orcid.org/0000-0002-9190-8211>; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

ЛИТВИНЕНКО Василь Васильович, кандидат медичних наук, доцент кафедри*; <https://orcid.org/0000-0002-5852-9295>; e-mail: Litvmail@gmail.com

БЕРЕЖНИЙ Герман Геннадійович асистент кафедри*; e-mail: bereznyi@gmail.com

* — кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету, Харків, Україна

Information about the authors:

KOZHYNNA Hanna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department**; <https://orcid.org/0000-0002-2000-707X>; e-mail: amkozhyzna888@gmail.com

LESHCHYNA Iryna, MD, PhD, Associate Professor of the Department**; <https://orcid.org/0000-0002-8053-5288>; e-mail: leshchinaiv@gmail.com

ZELENSKA Kateryna, MD, PhD, Associate Professor of the Department**; <https://orcid.org/0000-0002-9190-8211>; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

LYTVYNNENKO Vasyl, MD, PhD, Associate Professor of the Department**; <https://orcid.org/0000-0002-5852-9295>; e-mail: Litvmail@gmail.com

BEREZHNYI Herman, Assistant of the Department**; e-mail: bereznyi@gmail.com

** — Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Social Work of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine

*Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко, К. В. Шевченко-Бітенський,
О. Є. Семікіна, І. О. Явдак, М. М. Денисенко, Л. М. Маркозова*

**ТАКТИКА ПСИХОТЕРАПІЇ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОЇ
КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ COVID-19**

*N. O. Maruta, T. V. Panko, V. Yu. Fedchenko, K. V. Shevchenko-Bitensky,
O. E. Semikina, I. O. Yavdak, M. M. Denysenko, L. M. Markozova*

**PSYCHOTHERAPY TACTICS FOR MENTAL DISORDERS AFTER SUFFERING FROM THE COVID-19
CORONAVIRUS DISEASE**

Ключові слова: психічні розлади, коронавірусна хвороба COVID-19, психотерапія

Пандемія COVID-19 спричиняє численні фізичні та психічні наслідки, які суттєво погіршують стан здоров'я та соціальне функціонування населення.

Встановлено, що під впливом пандемії COVID-19 формується широкий спектр психічних розладів (тривожні та депресивні розлади, посттравматичні стресові розлади, порушення харчової поведінки) та психологічні порушення (стресові реакції, смуток, почуття ізоляції).

Мета дослідження: розроблення системи комплексної психотерапії психічних розладів унаслідок перенесеної коронавірусної хвороби COVID-19.

У дослідження було залучено 63 пацієнти з психічними розладами після перенесеної коронавірусної інфекції COVID-19. Діагноз встановлений відповідно до критеріїв МКХ-10: розлади настрою (афективні розлади) (F32.0 — F32.2) — 34 пацієнти, невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 — F45) — 32 пацієнти, інші психічні розлади, спричинені ураженням чи дисфункцією головного мозку або внаслідок соматичної хвороби (F06.3 — F06.6) — 31 пацієнт.

Отримані в результаті дослідження дані свідчать, що внаслідок коронавірусної хвороби COVID-19 виникають різноманітні психічні розлади в межах невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів, афективних розладів та психічних розладів органічного генезу. Психічні розлади внаслідок коронавірусної хвороби COVID-19 характеризуються комплексом змін у психічному стані та психологічних установках, що суттєво погіршує стан пацієнтів. До таких змін належать не лише клініко-психопатологічна симптоматика, а й патологічні зміни в копінг-стратегіях, рівні адаптивності, порушення фрустраційної толерантності та якості життя. Також вагомий внесок у перебіг розладу робить комплекс психотравматичних чинників, який ускладнює перебіг психічних розладів. Усе це потребує комплексного специфічного підходу до терапії психічних розладів унаслідок коронавірусної хвороби COVID-19, яка повинна включати як фармакотерапію, так і психотерапію. Фармакотерапію призначають з урахуванням переважної клінічної симптоматики. Зокрема, у разі вираженої депресивної симптоматики призначають антидепресанти з групи селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну або селективних інгібіторів зворотного захвату серотоніну та норадреналіну; якщо переважає тривожний симптомокомплекс — анксиолітики. Крім того, доцільно використовувати загальнозміцнювальні препарати та, в разі потреби, — судинні препарати.

Психотерапія повинна мати етапний та послідовний характер: 1 етап — інформаційно-діагностичний, 2 етап — лікувально-стабілізувальний, 3 етап — реабілітаційний, 4 етап — профілактичний. На кожному етапі застосовують різні техніки когнітивно-поведінкової терапії, наративно-експозиційної терапії, арттерапії, сімейної психотерапії. Реалізація такого підходу свідчить про його ефективність. За розробленою системою проліковано 63 пацієнти з психічними розладами після коронавірусної хвороби COVID-19 (F40 — F45 — 22 пацієнти, F32.0 — F32.2 — 21 пацієнт, F06.3 — F06.6 — 20 пацієнтів). Після проведеної терапії у 76,19 % спостерігалось значне покращення стану, у 14,29 % — покращення, у 9,52 % — незначна динаміка.

Key words: mental disorders, coronavirus disease COVID-19, psychotherapy

The COVID-19 pandemic causes numerous physical and mental consequences that significantly worsen the health and social functioning of the population. It has been established that a wide range of mental disorders (anxiety and depressive disorders, post-traumatic stress disorders, eating disorders) and psychological disorders (stress reactions, sadness, feelings of isolation) are developing under the influence of the COVID-19 pandemic. The COVID-19 pandemic causes numerous physical and mental consequences that significantly worsen the health and social functioning of the population.

The purpose of the study: development of complex psychotherapy for mental disorders due to the transferred coronavirus disease COVID-19.

The study included 63 cases with mental disorders after a cardiac infection of COVID-19. The diagnosis was made according to the ICD-10 criteria: mood disorders (affective disorders) (F32.0 — F32.2) — 34 patients, neurotic, stress-related and somatoform disorders (F40 — F45) — 32 patients, other mental disorders caused by the injury or brain dysfunction or as a result of somatic disease (F06.3 — F06.6) — 31 patients.

The data obtained as a result of the study indicate that as a result of the coronavirus disease COVID-19, various mental disorders occur within the limits of neurotic, stress-related and somatoform disorders, affective disorders and mental disorders of organic origin. Mental disorders due to the coronavirus disease COVID-19 are characterized by a complex of changes in the mental state and psychological instructions, which significantly worsens the condition of patients. Such changes include not only clinical and psychopathological symptoms, but also pathological changes in coping strategies, the level of adaptability, frustration tolerance and quality of life. Also, a complex of psychotraumatic factors, which complicates the course of mental disorders, makes a significant contribution to the course of the disorder. All this requires a complex specific approach to the therapy of mental disorders due to the coronavirus disease COVID-19, which should include both pharmacotherapy and psychotherapy. Pharmacotherapy is prescribed taking into account the dominant clinical symptoms. Thus, with the severity of depressive symptoms, antidepressants from the group of selective serotonin reuptake inhibitors or selective serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors are prescribed; with the severity of an alarming symptom complex — anxiolytics. In addition, it is advisable to use general strengthening drugs and, if necessary, vascular drugs. The data obtained as a result of the study indicate that as a result of the coronavirus disease COVID-19, various mental disorders occur within the limits of neurotic, stress-related and somatoform disorders, affective disorders and mental disorders of organic origin. Mental disorders due to the coronavirus disease COVID-19 are characterized by a complex of changes in the mental state and psychological instructions, which significantly worsens the condition of patients. Such changes include not only clinical and psychopathological symptoms, but also pathological changes in coping strategies, the level of adaptability, frustration tolerance and quality of life. Also, a complex of psychotraumatic factors, which complicates the course of mental disorders, makes a significant contribution to the course of the disorder. All this requires a complex specific approach to the therapy of mental disorders due to the coronavirus disease COVID-19, which should include both pharmacotherapy and psychotherapy. Pharmacotherapy is prescribed taking into account the dominant clinical symptoms. Thus, with the severity of depressive symptoms, antidepressants from the group of selective serotonin reuptake inhibitors or selective serotonin and norepinephrine reuptake inhibitors are prescribed; with the severity of an alarming symptom complex — anxiolytics. In addition, it is advisable to use general strengthening drugs and, if necessary, vascular drugs.

Psychotherapy should be staged and sequential in nature: 1st stage — informative and diagnostic, 2nd stage — therapeutic and stabilizing, 3rd stage — rehabilitative, 4th stage — preventive. Each stage includes various techniques of CBT, NET, art therapy, family psychotherapy. The implementation of this approach proves its effectiveness. According to the developed system, 63 patients with mental disorders after the coronavirus disease COVID-19 were treated (F40 — F45 — 22 patients, F32.0 — F32.2 — 21 patients, F06.3 — F06.6 — 20 patients). After the therapy, 76.19 % showed significant improvement, 14.28 % showed improvement, and 9.53 % showed slight improvement.

Пандемія COVID-19 завдала вкрай негативного впливу на стан здоров'я населення — як фізично, так і психічного. На кінець 2023 року в світі зареєстровано понад 771 мільйона підтверджених випадків зараження COVID-19 та майже 7 мільйонів пов'язаних з цим захворюванням смертей [1].

Пандемія COVID-19 спричиняє численні фізичні та психічні наслідки, які суттєво погіршують стан здоров'я та соціальне функціонування населення.

В механізмах патогенного впливу COVID-19 на психіку людини визначають роль органічної патології головного мозку, ураження імунної системи та психогенне значення стресорів пандемії. Така комплексна патогенна дія зумовлює формування психологічних та психічних порушень у осіб, які перенесли COVID-19, та серед населення, особливо його уразливих груп [2—8].

Встановлено, що під впливом пандемії COVID-19 формується широкий спектр психічних розладів

(тривожні та депресивні розлади, посттравматичні стресові розлади, порушення харчової поведінки) та психологічні порушення (стресові реакції, смуток, почуття ізоляції) [9—12].

Від наслідків пандемії страждають як люди з вже наявними захворюваннями психічного спектра, так і ті, хто раніше не відчував проблем з психічним здоров'ям [13; 14].

З накопиченням знань та клінічного досвіду щодо коронавірусної інфекції COVID-19, стає все очевиднішим, що нова коронавірусна інфекція частіше ніж інші вірусні респіраторні захворювання вражає центральну нервову систему. Крім того, аналіз фактів стосовно коронавірусної інфекції свідчить про те, що психоневрологічні порушення не закінчуються з редукцією гострої симптоматики захворювання, а й тривають і в період реконвалесценції та можуть набувати хронічного перебігу з неясним віддаленим прогнозом. Відомо, що у випадках амбулаторного

лікування пацієнтів COVID-19, які становлять понад 90 % всіх хворих, психоневрологічні симптоми постковідного синдрому переважають та їх частота може збільшуватися згодом. Водночас ймовірність розвитку хоча б одного психічного симптому, за деякими даними, може досягати 25—56 % [15].

Усе, що зазначено вище, свідчить про гостру потребу надання допомоги пацієнтам з психічними розладами після перенесеної коронавірусної інфекції COVID-19. Саме тому зусилля, спрямовані на надання психіатричної та психологічної допомоги, мають важливе значення для покращення психічного здоров'я населення.

Розробка ефективних методів терапії важлива для зниження тягаря психічних та соматичних симптомів та відновлення преморбідного рівня функціонування людей, у яких розвинулися довгострокові наслідки в сфері психічного здоров'я після COVID-19. Терапевтична тактика з самого початку пандемії була орієнтована на фармакотерапевтичний підхід, але зважаючи на вплив стресогенних чинників, порушення функціонування, використання психотерапії є необхідною складовою комплексної терапії.

Досліджень, присвячених використанню психотерапевтичних втручань, не так багато. Одним з актуальних методів психотерапії є когнітивно-поведінкова терапія (КПТ). Протоколи використання КПТ включають втручання, які спрямовані на загальні психофізіологічні взаємодії та сприяють формуванню адаптивних стратегій подолання (наприклад, управління стресом, когнітивна реструктуризація, поведінкова активація) [16]. За даними досліджень, використання КПТ приводить до незначного або середнього ефекту зменшення тяжкості соматичних симптомів, включно з втомою [17—20].

Крім того, певну ефективність під час терапії психічних розладів унаслідок перенесеної інфекції COVID-19 продемонструвала арттерапія. Арттерапія може стати відмінним засобом приділити час для того, щоб звернути увагу на свій внутрішній світ, зрозуміти себе та свої проблеми, навіть помітити їх, адже іноді люди настільки звикають до способу свого життя, що єдиним показником того, що у них не все гаразд, стають проблеми вже з фізичним здоров'ям та постійно знижений настрій.

З метою розроблення комплексної психотерапії обстежено 63 пацієнти з психічними розладами після перенесеної коронавірусної інфекції COVID-19. Діагноз встановлений відповідно до критеріїв МКХ-10: розлади настрою (афективні розлади) (F32.0 — F32.2) — 34 пацієнти, невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 — F45) — 32 пацієнти, інші психічні розлади, спричинені ураженням чи дисфункцією головного мозку або внаслідок соматичної хвороби (F06.3 — F06.6) — 31 пацієнт.

Дослідження проведено на базі відділення пограничної психіатрії ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина НАМН України».

Об'єктом дослідження були психічні розлади, що виникли після перенесеної коронавірусної хво-

роби COVID-19, стресори пандемії SARS-CoV-2, діагностика, мішені терапевтичного впливу, фармакотерапія та психотерапія.

Для реалізації мети та завдань в рамках дослідження використані клініко-психопатологічний, психометричний, психодіагностичний та методи математичної обробки отриманих даних.

Для оцінки психопатологічного стану пацієнтів використано клініко-психопатологічний метод, який включав аналіз скарг, анамнез хвороби, анамнез життя, аналіз чинників психічної травматизації та оцінку психічного стану хворих, анкету-опитувальник для ретельного аналізу анамнезу захворювання, включно з відомостями про перенесену коронавірусну хворобу COVID-19 та вплив стресорів пандемії SARS-COV-2. Оброблення отриманих результатів проведено як кількісно, так і якісно, що дало змогу отримати більш повну інформацію про перебіг захворювання [21].

З метою психодіагностики використовували методику «Копінг-поведінка в стресових ситуаціях» (CISS), яка містить перелік реакцій на стресові ситуації та націлена на виявлення переважних копінг-стресових поведінкових стратегій [22], багаторівневий особистісний опитувальник «Адаптивність», який дає змогу оцінити адаптивні можливості пацієнта з урахуванням певних психофізіологічних та соціально-психологічних характеристик, що відображають інтегральні особливості психічного та соціального розвитку [23], методику діагностики рівня соціальної фрустрованості, що дає змогу виявити специфічний комплекс переживань і поведінки особистості, які виникають у відповідь на дію фруструючих чинників [24]; методику оцінки інтегрального показника якості життя, яка охоплює різні сторони життя людини, пов'язані не лише зі станом його здоров'я, але й з умовами життя, професійними здібностями, роботою, навчанням, домашніми умовами, що об'єднується в три основних компоненти — компонент функціональної здатності, компонент сприйняття та компонент симптомів та їх наслідків [25].

На підставі отриманих в процесі досліджування результатів визначено, що терапія психічних розладів у пацієнтів, що перехворіли на COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-CoV-2, має бути комплексною і поєднувати психофармакотерапію та психотерапію.

З метою розробки системи психотерапії під час дослідження були визначені мішені психотерапевтичного впливу.

Під час оцінювання клінічного стану обстежених з психічними розладами, що перехворіли на COVID-19, встановлено, що в клінічній картині незалежно від розладу переважали симптоми депресії та тривоги, фобічні та нав'язливі прояви у вигляді думок та переживань, що пов'язані з власним самопочуттям, астеничні та соматовегетативні симптоми.

Для ефективної терапії психічних розладів у пацієнтів, що перехворіли на COVID-19, важливим є визначення не лише клінічних особливостей, а й інших

факторів, що сприятимуть покращенню якості терапевтичних заходів. З метою визначення мішеней психотерапевтичного впливу проведено оцінювання психотравматичних чинників, копінг-стратегій, рівня адаптивності, рівня фрустрації та інтегративного показника якості життя.

В процесі комплексного обстежування визначені стресори пандемії SARS-CoV-2 і встановлена їх структура в кожній групі обстежених. Визначено, що незалежно від психічного розладу, в усіх обстежених спостерігався вплив сполучених психотравматичних чинників, які мали певні відмінності залежно від виду розладу.

Під час оцінювання психогенних чинників пандемії SARS-COV-2 у пацієнтів з групи невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів визначено, що найпоширенішими були ситуація, що потенційно загрожує життю, з невизначеною тривалістю пандемії (87,50 % осіб); високий ризик захворювання самому і членам родини, які доглядають хворого на COVID-19 (77,42 % осіб); масштабні карантинні заходи з провідним компонентом у вигляді самоізоляції (74,19 % осіб); загрозливий інформаційний фон з надлишком суперечливої інформації (70,97 % осіб).

У пацієнтів з афективними розладами найбільш значущими та поширеними стресорами пандемії SARS-COV-2, які, з точки зору пацієнтів, мали вплив на формування психічних порушень, були такі: невизначеність, пов'язана з впливом пандемії на сімейний/особистий соціально-економічний стан (51,61 % осіб); широкомасштабні карантинні заходи з провідним компонентом у вигляді самоізоляції (48,39 % осіб); потенційно загрозлива для життя ситуація з невизначеною тривалістю пандемії (45,16 % осіб); обмежений доступ до медичних послуг та догляду у зв'язку з соматичним або психічним захворюванням і велика кількість повідомлень про брак медичних засобів захисту (по 41,94 % осіб відповідно).

Оцінка структури чинників психічної травми внаслідок пандемії SARS-COV-2 в групі пацієнтів з психічними розладами органічного генезу характеризувалась переважанням таких чинників: високий ризик захворювання членам родини, що доглядають хворого (69,70 % осіб); потенційно загрозлива для життя ситуація з невизначеною тривалістю пандемії (66,67 % осіб); широкомасштабні карантинні заходи з провідним компонентом у вигляді самоізоляції (63,64 % осіб); загрозливий інформаційний фон з надлишком суперечливої інформації та її невизначеність, пов'язана з впливом пандемії на сімейний/особистий соціально-економічний стан (по 60,61 % осіб відповідно).

Ще одним важливим фактором у визначенні мішеней психотерапії є особливості копінг-стратегій у обстежених пацієнтів з різними психічними порушеннями після перенесеного COVID-19.

Пацієнтам з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами притаманні копінг-стратегії, орієнтовані на уникнення (56,52 ± 7,94) % та соціальне відволікання

(45,84 ± 5,72) %. Переважання цих копінг-стратегій відображає той факт, що хворі уникають думок про наслідки пережитої ситуації та більш схильні до раціональної оцінки ситуації та спроможності вирішувати конкретні завдання.

Пацієнтам з афективними (депресивними) розладами притаманні копінг-стратегії, орієнтовані на емоції (56,06 ± 9,24) %, менш вираженими є копінгі, орієнтовані на соціальне відволікання (16,26 ± 5,85) %, відволікання (20,58 ± 4,12) % та уникнення (44,18 ± 9,57) %. Переважання копіngu, орієнтованого на емоції, свідчить про той факт, що опинившись у стресовій ситуації, такі пацієнти занурюються у свій біль та переживання, страждають, звинувачуючи себе за те, що опинилися в такій ситуації, не спроможні приймати рішення.

Для пацієнтів з психічними розладами органічного генезу характерними є копінг-стратегії, орієнтовані на розв'язання конкретного завдання (54,55 ± 7,53) %, на емоції (44,48 ± 6,53) % та на уникнення (41,24 ± 13,22) %. Переважання цих копінг-стратегій свідчить про раціональну оцінку ситуації, меншу зануреність у свій біль та переживання, меншу тенденцію до самозвинувачення та нерішучість в прийнятті рішень.

Оцінка особливостей адаптаційного потенціалу у обстежених показала, що незалежно від розладу, в усіх обстежених пацієнтів є зниження особистісного та поведінкового потенціалу.

У пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами — значне зниження особистісного адаптаційного потенціалу ((1,54 ± 0,83) стенів) та поведінкового регулювання ((1,90 ± 0,84) стенів), високий рівень моральної нормативності ((6,72 ± 3,11) стенів) та середній рівень комунікативних здібностей ((4,42 ± 1,32) стенів).

Найнижчі показники адаптаційного та особистісного потенціалу спостерігаються у пацієнтів з афективними (депресивними) розладами. Зокрема, показники за шкалами особистісного адаптаційного потенціалу становили ((1,43 ± 0,55) стенів), поведінкового регулювання — ((1,77 ± 0,56) стенів). Комунікативні здібності були нижче середнього рівня ((2,04 ± 0,66) стенів), лише показник моральної нормативності був вище середнього рівня — ((5,44 ± 2,08) стенів).

Для пацієнтів з психічними розладами органічного генезу характерним є помірне зниження особистісного адаптаційного потенціалу ((2,56 ± 1,02) стенів), середні показники поведінкового регулювання ((3,17 ± 2,66) стенів), комунікативних здібностей ((5,66 ± 1,84) стенів) і моральної нормативності ((3,43 ± 1,43) стенів).

Оцінка рівня соціальної фрустрованості у пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами свідчить про незадоволеність стосунками з батьками і подружжям ((3,26 ± 1,24) балів та (3,8 ± 1,25) балів відповідно), матеріальним станом ((3,29 ± 1,14) балів), можливістю проведення дозвілля ((3,11 ± 1,6) балів), сферою

медичного обслуговування ((3,12 ± 1,06) балів) та способом життя у цілому ((2,93 ± 1,01) балів).

У пацієнтів з афективними (депресивними) розладами рівень соціальної фрустрованості характеризується переважанням незадоволеності можливістю вибору місця роботи ((3,53 ± 1,34) балів), матеріальним станом ((3,98 ± 1,38) балів), дозвіллям ((3,56 ± 1,07) балів), становищем у соціумі та життєво-побутовими умовами ((3,65 ± 1,32) балів та (3,23 ± 1,16) балів відповідно), умовами та змістом професійної діяльності ((3,54 ± 0,87) балів та (3,23 ± 1,32) балів відповідно).

Для пацієнтів з психічними розладами органічного генезу характерним є високий рівень фрустрованості за показниками незадоволеність змістом власної роботи ((3,75 ± 1,45) балів), можливістю вибору місця роботи ((3,56 ± 1,66) балів), сферою медичного обслуговування ((3,23 ± 1,34) балів) та ситуацією в країні та суспільстві ((2,55 ± 1,04) балів).

Інтегральний показник якості життя у пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами становив 52,64 %, що відповідає незначному зниженню якості життя. Оцінки за окремими показниками шкал були нерівномірними: найнижчі — за шкалами емоційного стану та сексуальної функції.

Інтегральний показник якості життя у пацієнтів з афективними (депресивними) розладами свідчить про значне його зниження (48,52 ± 9,34) %, а також зниження показників за окремими шкалами. Визначено, що знижені оцінки за показниками шкали фізичного стану (45,03 % та 46,70 %) та шкали пізнавальних можливостей (46,13 % та 43,27 % відповідно) характерні для пацієнтів з розладами настрою та органічними психічними розладами, незадоволеність за шкалою емоційного стану (44,23 % та 42,13 %) характерна для пацієнтів з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами та афективними розладами.

У пацієнтів з психічними розладами органічного генезу загальний показник якості життя відповідав незначному рівню зниження (50,46 ± 8,67) %, а оцінка за окремими шкалами свідчить, що найнижчі показники були за шкалами пізнавальні функції, фізична мобільність, емоційний стан.

Отримані дані свідчать про потребу проведення комплексної терапії з обов'язковим включенням психотерапевтичних впливів, які дадуть змогу змінити ставлення до стресогенних чинників, підвищити рівень адаптаційних можливостей, покращити поведінкові тактики в різних ситуаціях, підвищити інтегральний показник якості життя.

Отже, для проведення індивідуалізованої комплексної терапії слід брати до уваги не лише клінічні особливості психічного розладу, а й інші фактори, як-от: використання певних копінг-стратегій, структурні особливості адаптаційного потенціалу, особливості соціальної фрустрованості та характеристики якості життя у різних сферах. Саме визначення змісту та ваги різних факторів у формуванні

та перебігу психічних розладів у пацієнтів, що переохворіли на COVID-19 або зазнали впливу стресорів пандемії, дало змогу визначити мішені терапевтичного впливу.

Основними цілями психотерапії при психічних розладах унаслідок COVID-19 є не лише вплив на зворотний розвиток клінічних симптомів, а й відновлення повноцінного функціонування. Досягти цієї мети можна за умов:

— формування зміни уявлень щодо комплексу психотравматичних переживань, що пов'язані як безпосередньо з перенесеною хворобою COVID-19, так і з власним станом здоров'я після неї;

— посилення стійкої мотивації на усунення клінічних проявів захворювання та готовності до тривалих послідовних лікувальних та реабілітаційних заходів;

— формування адаптивних копінг-стратегій, що сприятимуть повноцінній психосоціальної адаптації та відновленню всебічного психосоціального функціонування;

— корекції рівня адаптивності, спрямованої на підвищення особистісного адаптаційного потенціалу та поведінкового регулювання;

— покращення стосунків у різних сферах життя;

— підвищення сприйняття якості життя в цілому, в різних його аспектах.

Алгоритм терапії пацієнтів з психічними розладами, що переохворіли на COVID-19, має ґрунтуватися на таких принципах:

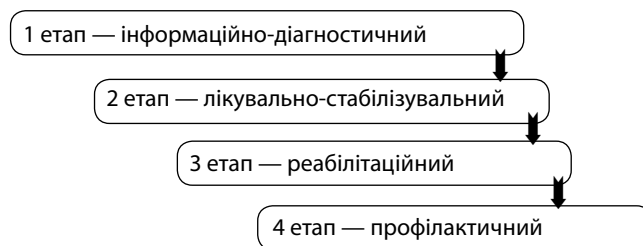
а) терапія психічних розладів після перенесеної хвороби COVID-19 має бути комплексною та поєднувати психофармакотерапію та психотерапію;

б) психотерапія повинна бути персоналізованою з урахуванням особливостей структури клінічних симптомів, чинників психічної травматизації та особливостей особистості;

в) терапія має бути послідовною, з дотриманням певних етапів залежно від динаміки клінічної симптоматики як психічного рівня, так і загальної, а також динамічних змін в психологічній перебудові;

г) схема і план лікування мають бути максимально індивідуалізованими, враховувати характер перебігу захворювання, структуру психотравматичних чинників, особистісні характеристики та ряд інших чинників у кожному конкретному випадку.

З урахуванням отриманих даних було розроблено систему психотерапії, що включає чотири етапи (рисунк). Структуру кожного етапу психотерапевтичних заходів цієї системи наведено в таблиці.



Етапи психотерапії психічних розладів після перенесеної інфекції COVID-19

Структура психотерапевтичних заходів при психічних розладах унаслідок перенесеної коронавірусної хвороби COVID-19

Етап психотерапії	Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади	Депресивні розлади	Психічні розлади органічного генезу
1 етап	Оцінка клініко-психопатологічного стану за допомогою анкети-опитувальника для ретельного аналізу анамнезу захворювання, включно з відомостями про перенесену коронавірусну хворобу COVID-19 та вплив стресорів пандемії SARS-COV-2		
2 етап	Використання технік КПТ — «Аналіз думок та переконань», «Декатастрофізація» та «Поведінкове планування». Також на цьому етапі слід використовувати метод наративно-експозиційної терапії, який спрямований на терапію розладів травматичного спектра. Під час використання наративно-експозиційної терапії проводять роботу саме зі стресорами, пов'язаними з перенесеною коронавірусною хворобою COVID-19, під час цієї сесії проводять активацію так званих «гарячих точок» у безпечній обстановці		
3 етап	<i>Техніки когнітивно-поведінкової терапії</i>		
	«Робота з травматичними спогадами» «Поступова експозиція» «Релаксації та медитації» «Поведінкова активація»	«Декатастрофізація» «Децентралізація» «Зміна ролей» «Аналіз думок і переконань» «Раціональне планування» «Робота з травматичними спогадами»	«Декатастрофізація» «Переформулювання» «Рефокусування» «Релаксації та медитації» «Встановлення та досягнення цілей» «Поступова експозиція»
	<i>Техніки арттерапії</i>		
	«Емоції та почуття» «Карта мети»	«Риси характеру» «Мої успіхи»	«Риси характеру»
	<i>Техніки сімейної психотерапії</i>		
«Циркулярне інтерв'ю» «Складання генограми» «Позитивне переформулювання» «Реверсування»	«Складання правил сім'ї» «Позитивне переформулювання»	«Складання правил сім'ї» «Позитивне переформулювання»	
4 етап	<i>Техніки когнітивно-поведінкової терапії</i>		
	«Поведінкова активація» «Поведінкове планування» «Прийняття рішень»	«Прийняття рішень»	«Прийняття рішень»
	<i>Техніки сімейної психотерапії</i>		
«Позитивне переформування» «Реверсування»	«Позитивне переформування» «Реверсування»	«Позитивне переформування» «Реверсування»	

1 етап — під час якого діагноз встановлюють на підставі не тільки оцінки клінічного стану, а й з урахуванням оцінки структури стресогенних чинників, особливостей копінг-стратегій, рівня соціальної фрустрованості та інтегрального показника якості життя. Такий підхід дає змогу не тільки встановити діагноз, але й визначити мішені терапевтичного впливу. Робота на першому етапі терапії (діагностичному), незалежно від психічного розладу, спрямована на оцінку клінічного стану пацієнта, анамнезу захворювання з ретельним аналізом відомостей про наслідки перенесеної коронавірусної хвороби COVID-19 та впливу стресорів пандемії SARS-COV-2. Оцінювання відомостей проводять за допомогою анкети, розробленої в процесі дослідження. Також на цьому етапі визначають індивідуальні копінг-стратегії в стресових ситуаціях, оцінюють адаптивні можливості пацієнта, рівень соціальної фрустрованості та інтегральний показник якості життя (включно з оціненням функціональної здатності, компонентом сприйняття та компонентом симптомів та їхніх наслідків). Такий комплексний підхід дає змогу визначити індивідуальні мішені терапевтичного впливу, як для вибору фармако-

терапії, так і для формування психотерапевтичних програм. Також на цьому етапі проводять психоосвітні заходи, що спрямовані на обізнаність пацієнтів щодо їх загального та психічного стану, а також безпосередньої участі пацієнта у лікувальному процесі. Тривалість 1 етапу становить 2—3 дні.

2 етап спрямований на підтримку пацієнта, роз'яснення пацієнту особливостей його стану та необхідності лікування з використанням не тільки фармакотерапії, а й певних технік психотерапії, а також очікуваних результатів. На другому етапі терапії використовують техніки когнітивно-поведінкової терапії та наративно-експозиційної терапії.

Застосовують певні техніки КПТ, які спрямовані на розв'язання конкретних проблем:

- навчити самостійно встановлювати зв'язок між автоматичними думками та наступними діями — емоціями, поведінкою;
- навчити пацієнта зважувати всі «за» та «проти», раціонально сприймати та переробляти отриману інформацію;
- навчити пацієнта приймати рішення та змінювати свої думки, свій настрій з «негативного» на «позитивний» і закріпити цю навичку.

На цьому етапі використовують техніки «Аналіз думок та переконань», «Декатастрофізація» та «Поведінкове планування».

Техніка «Аналіз думок та переконань» дає змогу пацієнтові висловлювати свої спонтанні думки, а потім аналізувати їх та пов'язані з ними переживання.

Техніку «Декатастрофізація» варто використовувати у пацієнтів, схильних до перебільшення тяжкості, значущості (катастрофізації) наслідків перенесеної коронавірусної хвороби COVID-19, що перебувають у постійній напрузі, бояться почути негативну оцінку, критику на свою адресу. Робота в цій техніці дає змогу пацієнтові зрозуміти помилковість своїх думок і переживань, сформулювати у них готовність до можливих неприємностей та сприяє менш гострому переживанню цих ситуацій, ніж раніше.

Техніка «Поведінкове планування» спрямована на формування стратегії та плану боротьби з метою зміни конкретної поведінки пацієнтів.

На 2 етапі проводять 3—4 індивідуальних заняття.

3 етап спрямований на перебудову психологічних настанов, зміну сприйняття психотравматичних чинників, засвоєння адаптивних копінг-стратегій, формування стійких форм поведінки в різних стресових ситуаціях, покращення якості життя завдяки формуванню практичних навичок. На цьому етапі використовують техніки КПТ, арттерапії, сімейної психотерапії.

На цьому етапі у використанні психотерапевтичних технік є певні відмінності залежно від психічного розладу, що пов'язано з особливостями визначених мішеней. Зокрема, при невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладах в рамках КПТ використовують техніки «Робота з травматичними спогадами», «Поступова експозиція», «Техніки релаксації», «Поведінкова активація». Додатково використовують техніки арттерапії — «Емоції та почуття» та «Карта мети». Під час сімейної психотерапії застосовують техніки «Циркулярне інтерв'ю», «Складання генограми», «Позитивне переформування», «Реверсування».

Психотерапія пацієнтів з афективними (депресивними) розладами включає в межах КПТ техніки «Декатастрофізація», «Децентралізація», «Зміна ролей», «Аналіз думок і переконань», «Раціональне планування», «Робота з травматичними спогадами»; в межах арттерапії — техніки «Риси характеру» та «Мої успіхи»; в межах сімейної психотерапії — техніки «Складання правил сім'ї», «Позитивне переформування».

Психотерапія пацієнтів з психічними розладами органічного ґенезу базується на використанні в межах КПТ технік «Декатастрофізація», «Переформування», «Рефокусування», «Релаксації та медитації», «Встановлення та досягнення цілей», «Поступова експозиція»; в межах арттерапії — техніки «Риси характеру», в межах сімейної психотерапії — технік «Складання правил сім'ї», «Позитивне переформування».

На 3 етапі проводять 8—10 занять в межах індивідуальної та групової психотерапії.

4 етап, метою якого є закріплення отриманих знань та навичок, проводять як індивідуально, так і у вигляді групової психотерапії. На цьому етапі також використовують техніки КПТ — «Поведінкова активація», «Поведінкове планування», «Прийняття рішень»; в межах сімейної психотерапії — «Позитивне переформування» та «Реверсування».

На 4 етапі проводять 3—4 заняття.

Метод «Позитивне переформування» сприяє зниженню тривожності в усіх родичів у складній ситуації. На першій консультації фахівець доносить до кожного члена родини, що їхні проблеми не є унікальними. Люди відчують полегшення, коли розуміють, що такий випадок уже відомий фахівцям, і лікар-психотерапевт знає, як розв'язати конфлікт із мінімальною травматичністю для всіх учасників.

Метод «Реверсування» здатний кардинально покращити складну ситуацію в родині та змінити ставлення до неї. Лікар-психотерапевт пропонує одному з подружжя усвідомлено змінити поведінку, що спричиняє парадоксальну реакцію в іншого.

За цією системою проліковано 63 пацієнти з психічними розладами після коронавірусної хвороби COVID-19 (F40 — F45 — 22 пацієнти, F32.0 — F32.2 — 21 пацієнт, F06.3 — F06.6 — 20 пацієнтів). Оцінка ефективності проведеної терапії свідчить про її достатню ефективність: у 76,19 % спостерігалось значне покращення стану, у 14,28 % — покращення, у 9,53 % — незначна динаміка.

Отже, отримані дані свідчать, що внаслідок коронавірусної хвороби COVID-19 виникають різноманітні психічні розлади в межах невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів, депресивних розладів, психічних розладів органічного ґенезу. Психічні розлади внаслідок коронавірусної хвороби COVID-19 характеризуються комплексом змін у психічному стані та психологічних установках, що суттєво погіршує стан пацієнтів. До таких змін належать не лише клініко-психопатологічна симптоматика, а й патологічні зміни копінг-стратегій, рівня адаптивності, фрустраційної толерантності та якості життя. Також вагомий внесок в перебіг розладу робить комплекс психотравматичних чинників, який ускладнює перебіг психічних розладів. Все це потребує комплексного специфічного підходу до терапії психічних розладів унаслідок коронавірусної хвороби COVID-19, яка повинна включати як фармакотерапію, так і психотерапію. Фармакотерапію призначають з урахуванням переважної клінічної симптоматики.

Психотерапія під час лікування психічних розладів унаслідок коронавірусної хвороби COVID-19 має особливе значення та враховує вплив на патопсихологічний складник цих розладів. Психотерапія має бути послідовною, включати 4 етапи — інформаційно-діагностичний, лікувально-стабілізувальний, реабілітаційний та профілактичний, з використанням технік когнітивно-поведінкової терапії, арттерапії та сімейної терапії.

Список літератури / References

- World Health Organization. *COVID-19 Weekly Epidemiological Update*. (2023). URL: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update-on-COVID-19---17-august-2023> (accessed March 19, 2023).
- Eissazade N, Shalbfan M, Saeed F, Hemmati D, Askari S, Sayed Mirramazani M, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on Iranian psychiatric trainees' and early career psychiatrists' well-being, work conditions, and education. *Acad Psychiatry*. (2022) 46:710–7. doi: 10.1007/s40596-022-01674-5.
- Xu X, Zhang J, Fang R, Liu H, Zhou W, She Y, et al. Evaluation of the mental health status of community frontline medical workers after the normalized management of COVID-19 in Sichuan, China. *Front Psychiatry*. (2023) 14:1198822. doi: 10.3389/fpsy.2023.1198822.
- Adiukwu F, Kamalzadeh L, Pinto da Costa M, Ransing R, de Filippis R, Pereira-Sanchez V, et al. The grief experience during the COVID-19 pandemic across different cultures. *Ann Gen Psychiatry*. (2022) 21:18. doi: 10.1186/s12991-022-00397-z.
- Ullah I, Khan KS, Ali I, Ullah AR, Mukhtar S, de Filippis R, et al. Depression and anxiety among Pakistani healthcare workers amid COVID-19 pandemic: a qualitative study. *Ann Med Surg*. (2022) 78:103863. doi: 10.1016/j.amsu.2022.103863.
- Ashiq MAR, Gupta PS, Jubayer Biswas MAA, Ahmed N, Sultana MstS, Ghosh B, et al. Depression, anxiety, stress, and fear of COVID-19 among Bangladeshi medical students during the first wave of the pandemic: a mixed-methods study. *Front Psychiatry*. (2023) 14:1142724. doi: 10.3389/fpsy.2023.1142724.
- Anteneh RM, Dessie AM, Azanaw MM, Anley DT, Melese BD, Feleke SF, et al. The psychological impact of COVID-19 pandemic and associated factors among college and university students in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis, 2022. *Front Public Health*. (2023) 11:1136031. doi: 10.3389/fpubh.2023.1136031.
- Zenba Y, Kobayashi A, Imai T. Psychological distress is affected by fear of COVID-19 via lifestyle disruption and leisure restriction among older adults in Japan: a cross-sectional study. *Front Public Health*. (2023) 11:1264088. doi: 10.3389/fpubh.2023.1264088.
- Tahmasebi S, Khosh E, Esmaeilzadeh A. The outlook for diagnostic purposes of the 2019-novel coronavirus disease. *J Cell Physiol*. (2020) 235:9211–29. doi: 10.1002/jcp.29804.
- World Health Organization. *#HealthyAtHome - Mental Health*. URL: <https://www.who.int/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome--mental-health> (accessed March 19, 2023).
- Jones EAK, Mitra AK, Bhuiyan AR. Impact of COVID-19 on mental health in adolescents: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. (2021) 18:2470. doi: 10.3390/ijerph18052470.
- Hossain MM, Tasnim S, Sultana A, Faizah F, Mazumder H, Zou L, et al. Epidemiology of mental health problems in COVID-19: a review. *F1000Res*. (2020) 9:636. doi: 10.12688/f1000research.24457.1.
- Guessoum SB, Lachal J, Radjack R, Carretier E, Minasian S, Benoit L, Moro MR. Adolescent psychiatric disorders during the COVID-19 pandemic and lockdown. *Psychiatry Res*. (2020) 291:113264. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113264.
- Singh S, Roy D, Sinha K, Parveen S, Sharma G, Joshi G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: a narrative review with recommendations. *Psychiatry Res*. (2020) 293:113429. doi: 10.1016/j.psychres.2020.113429.
- Nalbandian A., Sehgal K., Gupta et al. Post-acute COVID-19 syndrome. *Nat Med*. 2021. Vol. 27. P. 601–615. doi: 10.1038/s41591-021-01283-z.
- Witthöft, M., & Hiller, W. (2010). Psychological approaches to origins and treatments of somatoform disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6(1), 257–283. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131505.
- Ingman, T., Smakowski, A., Goldsmith, K., & Chalder, T. (2022). A systematic literature review of randomized controlled trials evaluating prognosis following treatment for adults with chronic fatigue syndrome. *Psychological Medicine*, 52(14), 2917–2929. doi: 10.1017/S0033291722002471.
- Kleinstäuber, M., Allwang, C., Bailer, J., Berking, M., Brünahl, C., Erkić, M., ... Rief, W. (2019). Cognitive behaviour therapy complemented with emotion regulation training for patients with persistent physical symptoms: A randomised clinical trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(5), 287–299. doi: 10.1159/000501621.
- Price, J. R., Mitchell, E., Tidy, E., & Hunot, V. (2008). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3:CD001027. doi: 10.1002/14651858.CD001027.pub2.
- Van Dessel, N., den Boeft, M., van der Wouden, J. C., Kleinstäuber, M., Leone, S. S., Terluin, B., ... van Marwijk, H. W. (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD011142. doi: 10.1002/14651858.CD011142.pub2.
- Авторське право на твір: Анкета-опитувальник для пацієнтів з психічними порушеннями, що перенесли коронавірусну хворобу COVID-19 та зазнали впливу стресорів пандемії SARS-COV-2 / Н. О. Марута, В. Ю. Федченко, І. О. Явдак, Т. В. Панько, О. Є. Семікіна; заявка від 13.03.2023 с202301564; свідоцтво від 11.04.2023 № 118009. / Maruta N. O., Fedchenko V. Iu., Yavdak I. O., Panko T. V., Semikina O. Ie. [Copyright of the work: Questionnaire for patients with mental disorders who have experienced the coronavirus disease COVID-19 and were exposed to the stressors of the SARS-COV-2 pandemic]; application from March 13, 2023 p202301564; certificate dated April 11, 2023 No. 118009. (In Ukrainian).
- Величковский Б. Б. Многомерная оценка индивидуальной устойчивости к стрессу // Вестник Московского государственного областного университета. 2007. № 3. С. 105—112. / Velichkovskiy B. B. [Multidimensional assessment of individual resistance to stress]. [Bulletin of Moscow State Regional University]. 2007. No. 3. P. 105-112. (In Russian).
- Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность» (МЛО-АМ) А. Г. Маклакова и С. В. Чермянина. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учебное пособие / ред. и сост. Райгородский Д. Я. Самара, 2006. С. 549-672. / [Multilevel personality questionnaire "Adaptability" (MLO-AM) by A. G. Maklakov and S. V. Chermnyanin. Practical psychodiagnostics. Methods and tests]: a tutorial / ed. and compiled by Raigorodsky D. Ya. Samara, 2006. Pp. 549-672. (In Russian).
- Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Беребин М. А. Методика для психологической диагностики уровня социальной фрустрированности и её практическое применение: методические рекомендации. Москва: НИПНИ им. Бехтерева, 2004. 28 с. / Wasserman L. I., Iovlev B. V., Berebin M. A. [Methodology for psychological diagnostics of the level of social frustration and its practical application: methodological recommendations]. Moscow: NIPNI im. Bekhterev, 2004. 28 p. (In Russian).
- Методика оценки качества жизни больных и инвалидов: методические рекомендации. Минск, 2000. 25 с. / [Methodology for assessing the quality of life of patients and disabled people: methodological recommendations]. Minsk, 2000. 25 p. (In Russian).

Надійшла до редакції 8.11.2024

Відомості про авторів:

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

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

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

ШЕВЧЕНКО-БІТЕНСЬКИЙ Костянтин Валерійович, доктор медичних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії, заступник директора Навчально-наукового інституту безпереранної підготовки лікарів Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна; e-mail: konstantin.shevchenkobitenskiy@gmail.com

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

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

ДЕНИСЕНКО Михайло Михайлович доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України»), м. Харків, Україна; e-mail: mdenisenko@ukr.net

МАРКОЗОВА Любов Михайлівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу клінічної та соціальної наркології ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: marklubov15@gmail.com

* — відділ пограничної психіатрії ДУ «ІНПН ім. П. В. Волошина 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

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

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

SHEVCHENKO-BITENSKY Kostiantyn, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and Psychotherapy, Deputy Director of the Educational and Scientific Institute of Continuing Medical Training of Odesa National Medical University" Odesa, Ukraine; e-mail: konstantin.shevchenkobitenskiy@gmail.com

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

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

DENYSENKO Mykhailo, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of the State Institution "P. V. Voloshyn's Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("P. V. Voloshyn's INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: mdenisenko@ukr.net

MARKOZOVA Lubov, MD, PHD, Associate Professor, Leading Researcher of the Department of Clinical and Social Narcology of the "P. V. Voloshyn's INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: marklubov15@gmail.com

** — Department of Borderline Psychiatry of the "P. V. Voloshyn's INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

Б. В. Михайлов, О. В. Давиденко

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ СУЇЦИДАЛЬНИХ НАМІРІВ ТА ТЕНДЕНЦІЙ СЕРЕД ПАЦІЄНТІВ У ВІДДІЛЕННЯХ РЕАНІМАЦІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ СОМАТИЧНИХ ЛІКАРЕНЬ

В. V. Mykhailov, O. V. Davydenko

THE CURRENT STATE OF THE PROBLEM OF SUICIDAL INTENTIONS AND TENDENCIES AMONG PATIENTS IN REANIMATION AND INTENSIVE THERAPY DEPARTMENTS OF SOMATIC HOSPITALS

Ключові слова: суїцидальна поведінка, суїцид, смертність, реанімація та інтенсивна терапія, профілактика

Key words: suicidal behavior, suicide, mortality, resuscitation and intensive care, suicide prevention

У статті наведено огляд сучасного стану вивчення проблеми самогубств, зокрема їх проявів серед пацієнтів соматичних лікарень, що перебувають у відділеннях реанімації та інтенсивної терапії. Особливу увагу зосереджено на суїцидальних намірах та тенденціях у цієї категорії хворих, а також чинниках, які можуть впливати на формування таких станів. Акцент зроблено на нагальній потребі щодо поглиблення розуміння генезу суїцидальної поведінки, її різноманітних форм та причинно-наслідкових зв'язків. За результатами проведеного аналізу наявних досліджень сформульовано принципи побудови системи прогнозування та корекції суїцидальних тенденцій. Особливу увагу приділено виявленню психопатологічних предикторів, які сприяють формуванню суїцидальної поведінки серед пацієнтів, що раніше не мали клінічних проявів психічних захворювань. Прогнозування з урахуванням цих виявлених «провісників» дає змогу своєчасно впроваджувати корекційні заходи, спрямовані на стабілізацію психоемоційного стану пацієнтів. Розроблені підходи мають на меті не лише зменшення кількості суїцидів, але й забезпечення ефективної реабілітації пацієнтів та повернення їх до активного соціального життя. Удосконалення стратегій діагностики, профілактики та лікування суїцидальних тенденцій сприятиме створенню комплексної системи підтримки пацієнтів у відділеннях інтенсивної терапії, підвищуючи ефективність медичної допомоги та зменшуючи суїцидальну летальність.

The article presents an overview of the current state of the study of the problem of suicides, in particular, their manifestations among patients of somatic hospitals, who are in intensive care and intensive care units. Special attention is paid to suicidal intentions and tendencies in this category of patients, as well as factors that can influence the formation of such conditions. Emphasis is placed on the need to deepen the understanding of the genesis of suicidal behavior, its various forms and cause-and-effect relationships. Based on the analysis of available research, the principles of building a system for predicting and correcting suicidal tendencies are formulated. Particular attention is paid to the determination of psychiatric predictors that contribute to the formation of suicidal behavior among patients who previously had no clinical manifestations of mental illness. Forecasting based on these factors allows timely implementation of corrective measures aimed at stabilizing the psycho-emotional state of patients. The developed approaches are aimed not only at reducing the number of suicides, but also at ensuring the effective rehabilitation of patients, which allows them to return to an active social life. Improving strategies for diagnosis, prevention and treatment of suicidal tendencies will contribute to the creation of a comprehensive system of support for patients in intensive care units, increasing the effectiveness of medical care and reducing suicidal mortality.

Суїцидальна поведінка залишається одним із найгостріших викликів для сучасного суспільства, охоплюючи етичні, моральні, соціальні та медичні аспекти. Як соціокультурний феномен, це явище супроводжувало людство на всіх етапах його розвитку, відображаючись у культурному і історичному контексті різних епох. Хоча підходи до розуміння причин самогубства і трактування його наслідків змінювалися згодом, базові чинники, що лежать в основі цього явища, залишаються подібними. Самогубство є однією з провідних причин смертності в багатьох вікових групах. У підлітків воно посідає четверте місце серед причин смерті, тоді як у літніх людей старших за 60 років — одинадцяте. Ефективна превенція самогубств є головною метою для системи охорони психічного здоров'я в різних країнах світу.

Утім, соціальні кризи, а саме війни чи економічні потрясіння, суттєво посилюють ризики девіантної, зокрема суїцидальної, поведінки. За офіційними даними Державної служби статистики, рівень самогубств в Україні знижувався поступово з показника 17,4 на 100 тис. населення (2016 року) до 14,9 (2018 року) [1]. Проте сучасні воєнні дії і супутні соціальні потрясіння створюють ризик істотного підвищення цього показника.

Серед перших дослідників у галузі суїцидології варто відзначити Едвіна Шнейдмана, який визначав самогубство як свідомий акт самознищення, що виникає в результаті психологічного страждання. Він вважав, що суїцид є найкращим, з погляду страждальної людини, розв'язанням її проблем [2]. Еміль Дюркгейм підкреслював соціальну природу цього явища, вбачаючи у ньому незалежний від психопатології індивіда факт, зумовлений суспільними

умовами [3]. Погляди Зигмунда Фрейда і Карла Менінгера на суїцид ґрунтувалися на трьох основних його причинах: агресія, спрямована на інших або на себе, провина, а також бажання смерті. Фрейд також вважав, що самогубство є результатом протистояння інстинктів життя і смерті, що є фундаментальними для людини [4].

Психічні розлади, стать, соціально-економічний статус, а також супутні важкі хронічні захворювання є факторами, що підвищують ризик суїциду [5; 6]. У когортному дослідженні закордонних учених (Ю-Вень Лін, Хуей-Чуан Хуан, 2016) вивчено вплив цих факторів на розвиток суїцидальної поведінки [7]. Окремо досліджено когнітивний складник суїцидальної поведінки у осіб, які приховують свої наміри щодо самогубства (Метью К. Нок, 2010) [8].

Сучасна наука присвячує дедалі більше уваги вивченню суїцидальної поведінки у пацієнтів з коморбідними захворюваннями, що дає змогу виявляти специфічні предиктори та створювати цільові превентивні стратегії. Наприклад, дослідження, проведені серед пацієнтів із деменцією, допомогли визначити низку клініко-психопатологічних маркерів, що сприяють розвитку суїцидальних тенденцій. До них належать: сповільнення психічних процесів (брадипсихізм), маячні ідеї самозвинувачення і самоприниження, емоційна гіпотимія, зниження міміки (гіпомімія), порушення уваги та депресивний афект (Н. О. Марута, 2020) [9; 10]. Іншою важливою групою ризику є пацієнти з наркотичною залежністю. Дослідження підтвердили негативний вплив залежностей на психічне здоров'я, зокрема їхній зв'язок із формуванням суїцидальних думок та намірів. Суттєвий вплив на рівень суїцидальних проявів у різних популяціях мала пандемія COVID-19. Зокрема, у відділеннях інтенсивної терапії зафіксовано збільшення кількості випадків суїцидальної поведінки серед пацієнтів із тяжкими ускладненнями інфекції [11]. Це явище спонукало до розширення досліджень у цій сфері.

Превенція суїцидів передбачає багаторівневий підхід, що включає індивідуальні, соціальні та суспільні стратегії [12; 13]. Зусилля, спрямовані на зменшення ризику самогубства, охоплюють вивчення «провісників», розвиток стійкості, а також сприяння позитивним змінам у громаді. Запобіжні заходи повинні бути спрямовані на підвищення психосоціальної підтримки, впровадження освітніх програм і доступність психіатричної допомоги як в умовах стаціонару, так і амбулаторії.

Обмеження доступу до засобів, які можуть бути використані для суїциду (вогнепальної зброї, токсичних речовин, рецептурних наркотиків), є однією з найефективніших стратегій у профілактиці самогубств [14; 15]. Такий підхід, відомий як «обмеження доступу», суттєво знижує ймовірність успішної реалізації суїцидальних намірів, створюючи додаткові бар'єри між наміром і його виконанням. Це підтверджується численними дослідженнями, які демонструють, що обмеження доступу до засо-

бів самогубства допомагає виграти час, потрібний для зниження інтенсивності бажання померти або повного його зникнення. Аналогічного ефекту можна досягти через обмеження доступу до так званих «гарячих точок» — місць, що часто використовують для самогубств, як-от мости або високі скелі. Одним із яскравих історичних прикладів успішного впровадження такої стратегії є зниження самогубств у Великій Британії завдяки зміні складу побутового газу. До середини ХХ століття отруєння чадним газом було найпоширенішим методом суїциду в цій країні. З 1958 року на природний газ, практично позбавлений монооксиду вуглецю, почали переводити старі газові системи [16]. Протягом наступного десятиліття кількість самогубств за допомогою отруєння газом різко знизилася, що є наочним прикладом впливу обмеження доступу до небезпечних засобів.

Особливе значення має проблема суїцидальної поведінки серед пацієнтів із депресивними розладами, що вперше виявляються після госпіталізації у відділення інтенсивної терапії. У таких випадках профілактичні заходи мають базуватися на глибокому розумінні психосоціальних механізмів, що лежать в основі суїциду. Отже, подальше вивчення факторів ризику, специфічних для різних груп пацієнтів, має вирішальне значення для формування ефективних протисуїцидальних програм. Це дасть змогу знизити рівень суїцидальної поведінки й забезпечити більш якісну допомогу людям у кризових станах.

Особливий інтерес для дослідників становить феномен суїцидальної поведінки серед пацієнтів у періопераційному періоді. Питання превенції самогубств у відділеннях інтенсивної терапії потребує розроблення нових підходів, що ґрунтуються на глибокому розумінні феноменології цього явища. Це включає вивчення історичних аспектів дослідження самогубств, аналіз наявних превентивних заходів, спрямованих на виявлення і корекцію факторів ризику. Значну групу ризику становлять пацієнти у періопераційному періоді, які перебувають у свідомості. У них можуть розвиватися суїцидальні думки, що згодом переростають у конкретні наміри або дії. Незважаючи на істотний прогрес у дослідженнях цієї теми, є суттєві прогалини у розробці протоколів профілактики та лікування таких пацієнтів.

Комплексний підхід до суїцидальної поведінки, що враховує як соціальні, так і індивідуально-психологічні чинники, є неодмінною умовою для створення дієвих стратегій боротьби з цим явищем. Аспекти суїцидальної поведінки серед періопераційних хворих потребують докладнішого вивчення. Це зумовлює потребу в посиленні сучасних протоколів профілактики. Важливо розробити чітку класифікацію суїцидальних ризиків, адаптовану до тяжких станів таких пацієнтів, а також удосконалити форми психіатричного та психологічного супроводу. Ефективна профілактика суїцидів у таких випадках потребує міждисциплінарного підходу, що поєднує медичну, психіатричну та соціальну підтримку. Лише комплексний підхід дасть змогу знизити рівень

суїцидальної поведінки та покращити результати реабілітації таких пацієнтів. Є гостра потреба в аналізі та вдосконаленні чинних протоколів і алгоритмів профілактики суїцидів серед цієї групи хворих.

На ґрунті сучасних клінічних спостережень ми розробили принципи формування програми превентивного психіатричного та медико-психологічного супроводу таких хворих. Програма базується на мультимодальній моделі психотерапії, яка містить психотехнічні компоненти: когнітивно-поведінкова терапія, десенсибілізація та переробка рухом очей і аутотренінг. Ці компоненти таргетно спрямовані і скеровані за етапним принципом.

Основні компоненти програми включають:

1. Інформування пацієнтів про психологічні аспекти їх стану та надання індивідуальної підтримки;
2. Ретельне оцінювання психічного стану для виявлення ризиків суїцидальної поведінки;
3. Застосування адаптованих терапевтичних методів для покращення емоційного стану пацієнта;
4. Допомога у відновленні позитивного світогляду та запобіганні кризовим явищам у психологічному стані.

Програма базується на інтегративній копінг-концепції, згідно з якою подолання стресу є активним процесом, спрямованим на трансформацію особистості, що допомагає пацієнтам адаптуватися до змін, спричинених їхнім станом.

Принципи програми полягають у такому:

- Синергія взаємодії: співпраця між лікарем, психологом, пацієнтом та всією терапевтичною командою;
- Багаторівневість заходів: інтеграція різних саногенних методів для всебічного впливу;
- Комбінація біологічних і психологічних підходів: створення гармонійної взаємодії між фізичним і психічним здоров'ям;
- Послідовність і етапність: поступове і поетапне здійснення виразно структурованих заходів;
- Комплексність: вплив на всі патогенетичні механізми, пов'язані з психічними розладами;
- Оптимальність використання ресурсів: поєднання медикаментозних, немедикаментозних, психотерапевтичних та соціальних заходів;
- Мультидисциплінарність: залучення у команду фахівців із різних сфер для забезпечення максимального ефекту.

Для реалізації мультимодальної психотерапії ми пропонуємо три етапи:

- 1) седативно-адаптивний;
- 2) лікувально-коректувальний;
- 3) профілактично-закріплювальний.

Мультимодальна модель психотерапії є максимально ефективною, з огляду на диференційоване поєднання та ієрархічність патогенетичної, симптоматичної і профілактичної спрямованості психотерапевтичних заходів залежно від клініко-психопатологічних, психоанамнестичних особливостей, соматовегетативних компонентів та особистісного реагування хворих на них.

Аналіз статистики випадків суїциду серед періопераційних хворих є важливим для визначення причинно-наслідкових зв'язків та розробки ефективних профілактичних заходів. Залучення соціальних служб сприятиме швидкому вирішенню складних життєвих обставин пацієнтів, що покращить їх психоемоційний стан. Розроблення та впровадження вдосконалених рекомендацій і протоколів психіатричної допомоги для пацієнтів, які не мали раніше психічних розладів, але перебувають у кризових станах, може суттєво вплинути на зниження рівня суїцидів.

Розв'язання цієї проблеми сприятиме підвищенню якості медичної допомоги, зниженню суїцидальної летальності, а також поверненню хворих до активного соціального життя. У довгостроковій перспективі це покращить демографічну ситуацію, зменшить навантаження на систему охорони здоров'я та зміцнить імідж України на міжнародній арені.

Список літератури

1. Статистика самогубств в Україні. URL: https://dostup.org.ua/request/statistika_samoghubstv_v_ukrayin/;
2. Shneidman E. S. The psychology of suicide. New York : Science House, 1970. 719 p.;
3. Durkheim É. Suicide: A study in sociology. London : Routledge & Kegan Paul, 1970. 404 с.;
4. Freud S. On metapsychology: The theory of psychoanalysis: 'Beyond the pleasure principle,' 'The ego and the id' and other works' / eds.: S. James, R. Angela. Harmondsworth : Penguin, 1984. 492 p.
5. Бархаленко Е. В. Деякі чинники, що формують суїцидальну поведінку // Психологія суїцидальної поведінки: Діагностика, корекція, профілактика : Зб. наук. пр. / ред. Яковенко С. І. Київ, 2002. 270 с.
6. Психіатрія та наркологія в загальній медичній практиці: навчальний посібник / Г. М. Кожина, Н. О. Марута, Л. М. Юр'єва [та ін.]. Київ : Медицина, 2019. 344 с. ISBN: 978-617-505-959-3.
7. Influential Factors for and Outcomes of Hospitalized Patients with Suicide-Related Behaviors: A National Record Study in Taiwan from 1997–2010 / Lin Y. W., Huang H. C., Lin M. F. [et al.] // PLoS One. 2016. Vol. 11, no. 2. e0149559. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149559>.
8. Measuring the Suicidal Mind / Nock M. K., Park J. M., Finn C. T. [et al.] // Psychological Science. 2010. Vol. 21, no. 4. P. 511—517. DOI: <https://doi.org/10.1177/0956797610364762>.
9. Марута Н. О. Клініко-психопатологічні особливості депресій та їх терапія у осіб похилого віку / Н. О. Марута, Т. В. Панько // Український вісник психоневрології. 2011. Т. 19, вип. 1 (66). С. 66—72. <https://uvnnpn.com.ua/upload/iblock/9de/9deed2331dae801f10df4a573b6e1958.PDF>.
10. Суїцидальна поведінка у хворих із деменціями / [Марута Н. О., Мудренко І. Г., Каленська Г. Ю., Денисенко М. М.] // Український вісник психоневрології. 2020. Т. 28, вип. 4 (105). С. 4—12. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-v28-is4-2020-1>.
11. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates // QJM: An International Journal of Medicine. 2020. Vol. 113, no. 10. P. 707—712. DOI: <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa202>.

12. Саржевський С. Н. Суїцидологія : навч. посіб. для лікарів-інтернів з спеціалізації «Психіатрія». Запоріжжя, 2020. 87 с.
13. Федоренко Р. П. Психологія суїциду : навч. посіб. Вид. 2-е, змін. та доп. Луцьк : Вежа-Друк, 2022. 492 с. URL: <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051645.pdf>.
14. World Health Organization. (2014). Preventing suicide: a global imperative. Geneva : World Health Organization; 2014. <https://iris.who.int/handle/10665/131056>.
15. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review / Zalsman G., Hawton K., Wasserman D. [et al.] // The Lancet Psychiatry. 2016. Vol. 3, no. 7. P. 646—659. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(16\)30030-x](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(16)30030-x).
16. Kreitman N. The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960-71 // Br J Prev Soc Med. 1976. Vol. 30, no. 2. P. 86—93. DOI: <https://doi.org/10.1136/jech.30.2.86>.

References

1. *Statystyka samohubstv v Ukraini [Suicide statistics in Ukraine]*. URL: https://dostup.org.ua/request/statistika_samohubstv_v_ukrain/. (In Ukrainian).
2. Shneidman E. S. *The psychology of suicide*. New York : Science House, 1970. 719 p.
3. Durkheim É. *Suicide: A study in sociology*. London : Routledge & Kegan Paul, 1970. 404 p.
4. Freud S. *On metapsychology: The theory of psychoanalysis : 'Beyond the pleasure principle,' 'The ego and the id' and other works'* / eds.: S. James, R. Angela. Harmondsworth : Penguin, 1984. 492 p.
5. Barkhalenko E. V. [Some factors that shape suicidal behavior] *[Psychology of suicidal behavior: Diagnosis, correction, prevention: Collection of scientific works]* / ed. S. I. Yakovenko. Kyiv, 2002. 270 p. (In Ukrainian).
6. Kozhina H.M., Maruta N.O., Yur'ieva L.M., Korostii V.I., Samardakova H.O., Haichuk L.M., Zelenska K.O., Leshchyna I.V. *Psychiatry and narcology in general medical practice: a training manual*. Kyiv : Medicine; 2019. ISBN: 978-617-505-959-3. (In Ukrainian).
7. Lin YW, Huang HC, Lin MF, Shyu ML, Tsai PL, Chang HJ. Influential factors for and outcomes of hospitalized patients with suicide-related behaviors: a national record study in taiwan from 1997–2010. *PLoS One*. 2016 Feb 22;11(2):e0149559. doi: 10.1371/journal.pone.0149559. PMID: PMC4762692.
8. Nock MK, Park JM, Finn CT, Deliberto TL, Dour HJ, Banaji MR. Measuring the suicidal mind. *Psychol Sci*. 2010 Apr;21(4):511-7. doi: 10.1177/0956797610364762.
9. Maruta N. O., Panko T. V. [Clinical and psychopathological features of depression and its therapy in the elderly]. *[Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]*. 2011. Vol. 19, issue 1(66). pp. 66-

72. <https://uvnpu.com.ua/upload/iblock/9de/9deed2331dae801f10df4a573b6e1958.PDF>. (In Ukrainian).

10. Maruta N. O., Mudrenko I. H., Kalenska H. Iu., Denysenko M. M. [Suicidal behavior in patients with dementia]. *[Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]* 2020; Vol. 28, issue 4 (105):4-12. doi: 10.36927/2079-0325-v28-is4-2020-1. (In Ukrainian).
11. Sher L. The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM*. 2020 Oct 1;113(10):707-712. doi: 10.1093/qjmed/hcaa202. PMID: 32539153; PMCID: PMC7313777.
12. Sarzhevskiy S.N. *Suicidology: a training manual for interns specializing in Psychiatry*. Zaporizhzhia, 2020. 87 p. (In Ukrainian).
13. Fedorenko R.P. *Psychology of suicide: a training manual*. 2nd ed., amended and supplemented. Lutsk : Vezha-Druk, 2022. 492 p. <https://files.znu.edu.ua/files/Bibliobooks/Inshi71/0051645.pdf>. (In Ukrainian).
14. World Health Organization. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/131056>.
15. Zalsman G, Hawton K, Wasserman D, van Heeringen K, Arensman E, Sarchiapone M, Carli V, Höschl C, Barzilay R, Balazs J, Purebl G, Kahn JP, Sáiz PA, Lipsicas CB, Bobes J, Cozman D, Hegerl U, Zohar J. Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *Lancet Psychiatry*. 2016 Jul;3(7):646-59. doi: 10.1016/S2215-0366(16)30030-X.
16. Kreitman N. The coal gas story. United Kingdom suicide rates, 1960-71. *Br J Prev Soc Med*. 1976 Jun;30(2):86-93. doi: 10.1136/jech.30.2.86.

Надійшла до редакції 22.11.2024

Відомості про авторів:

МИХАЙЛОВ Борис Володимирович, доктор медичних наук, професор кафедри*; e-mail: b.mikhailov@kmu.edu.ua
ДАВИДЕНКО Ольга Володимирівна, аспірант кафедри*; e-mail: olgadavidenko999@gmail.com

* — кафедра загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

Information about the authors:

MYKHAILOV Borys, Doctor of Medicine, Professor of the Department; e-mail: b.mikhailov@kmu.edu.ua
DAVIDENKO Olha, Postgraduate Student of the Department**; e-mail: olgadavidenko999@gmail.com

** — Department of General, Children's, Forensic Psychiatry and Narcology of the P. L. Shupyk's National Health Service of Ukraine, Kyiv, Ukraine

*В. В. Огоренко, І. І. Макарова***КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕНЬ СНУ ПРИ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДАХ***V. V. Ogorenko, I. I. Makarova***CLINICAL FEATURES OF SLEEP DISORDERS IN SOMATOFORM DISORDERS**

Ключові слова: соматоформні розлади, порушення сну, тривога, депресія, якість життя, алекситимія, інсомнія, диссомнія

Key words: somatoform disorders, sleep disorders, anxiety, depression, quality of life, alexithymia, insomnia, dyssomnia

Сучасний темп життя, який характеризується постійними суспільними та політичними трансформаціями, коливаннями в економіці, стрімким розвитком технологій та безперервним потоком інформації, створює надмірний тиск на психіку людини. Це призводить до погіршення як ментального стану, так і загального фізичного самопочуття особистості. Високий рівень стресу, катастрофічні події та хронічні захворювання можуть спричиняти соматоформні розлади, проявляючись у фізичних симптомах, як-от головний біль, проблеми зі шлунково-кишковим трактом та судинних розладах. До 60 % пацієнтів із соматоформними розладами, які отримують первинну медичну допомогу, страждають від супутнього тривожного та/або депресивного розладу. Розлади сну в сучасному світі становлять серйозну медичну та соціальну проблему, причому їхня поширеність серед населення загалом сягає 32,3 %. Наявність двоспрямованого зв'язку між сном та супутніми психічними захворюваннями свідчить про нагальну потребу враховувати ці захворювання під час лікування проблем зі сном і навпаки. Метою дослідження було оцінювання симптомів порушень сну у пацієнтів із соматоформними розладами. Обстежено 120 пацієнтів з соматоформними розладами, у яких були або виявлені розлади сну. Усіх пацієнтів було поділено на дві групи по 60 осіб, які достовірно не відрізнялися. Проводили клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне дослідження, доповнене психометричними шкалами. Медіанний вік учасників відповідав молодому віку за класифікацією ВООЗ. Рівень тяжкості інсомнії відповідав важкій формі інсомнії, а показник вираженості диссомнії свідчив про значні порушення сну. Вимірювання за шкалою депресії Бека показало, що учасники дослідження мали переважно помірну та важку депресію. За результатами опитувальника алекситимії, у обстежених виявлена алекситимія. Рівень ситуативної та особистісної тривожності за опитувальником Спілбергера був високим.

The changing socio-political environment, economic factors, scientific and technological progress, and the rapid flow of information all contribute to increased mental strain, impacting both physical and mental health. High-stress levels, traumatic events, and chronic illnesses can lead to somatoform disorders, which manifest as physical symptoms like headaches, gastrointestinal issues, and cardiovascular disorders. Up to 60 % of patients with somatoform disorders also have anxiety and depressive disorders. In today's world, sleep disorders affect about 32.3 % of the general population, and there are bidirectional relationships between sleep and mental disorders. This study aimed to assess sleep disorder symptoms in patients with somatoform disorders. The study involved examining 120 patients with somatoform disorders and diagnosed sleep disorders. These patients were divided into two groups of 60 individuals each, and they were found to be similar. The assessment included a clinical history, clinical psychological evaluation, and psychometric scales. The median age of the participants corresponded to the young age group based on WHO classification. The severity of insomnia was found to be quite high, and significant sleep disturbances were noted. Participants also exhibited mostly moderate levels and severe depression based on the Beck Depression Inventory, and alexithymia was detected in the group. The participants showed high levels of situational and personal anxiety according to the Spielberger questionnaire.

Зміни в соціально-політичному середовищі, економічні чинники, безперервний науково-технічний прогрес та збільшення швидкості інформаційного потоку підвищують навантаження на психічні функції кожної людини. Це спричиняє негативні зміни в психічному стані, що негативно впливає як на психічне, так і на фізичне здоров'я людей. На виникнення соматоформних розладів можуть впливати численні фактори, включно з надмірним стресом, катастрофічними подіями, зокрема і насильством або знущаннями, а також хронічні захворювання, психічні захворювання, сімейний анамнез хронічного болю тощо. Психосоматичні проблеми зазвичай проявляються

фізичними симптомами, які виникають або погіршуються під впливом психологічних чинників, а саме стрес, тривога та депресія. Переживання тривоги внаслідок стресу може виявитися у вигляді різних фізичних симптомів, як-от головний біль, проблеми зі шлунково-кишковим трактом, серцево-судинні розлади та багато інших [1]. Депресія також може справляти суттєвий вплив на фізичне самопочуття, спричиняючи слабкість, хронічну втому, безсоння та зниження імунітету. Отже, психосоматичні проблеми підкреслюють важливість комплексного підходу до лікування, що враховує як психічні, так і фізичні аспекти здоров'я. Показник загальної захворюваності (поширеності) на невротичні, пов'язані із стресом

та соматоформні розлади в Україні має тенденцію до поступового зростання [2]. До 60 % пацієнтів із соматоформними розладами, які отримують первинну медичну допомогу, страждають від супутнього тривожного та/або депресивного розладу [3]. Дослідження загальної популяції з використанням анкет самооцінки показали середню частоту для соматоформних розладів — 12,9 % (95 % ДІ 12,5—13,3 %) [4]. Одним з механізмів виникнення соматоформних розладів є підвищення активності, опосередковане гіпоталамо-гіпофізарно-наднирничковою віссю та іншими причинами, пов'язаними зі стресом, що може проявлятися по-різному: надмірною когнітивною активністю, що характеризується постійними роздумами, нав'язливими думками та труднощами «відключення», надмірною чутливістю до сприйманих загроз та емоційною реактивністю або неспокійною поведінкою, включно з фізичним збудженням, труднощами з розслабленням та порушеннями сну [5]. Розлади сну в сучасному світі становлять серйозну медичну та соціальну проблему. За даними метааналізу, поширеність проблем зі сном серед населення загалом становить 32,3 % (95 % ДІ 25,3—40,2 %) [6]. Проте на етапі першого контакту з лікарем не всі пацієнти можуть сформулювати скарги на порушення сну як на проблему власного здоров'я, тому на практиці пацієнти із соматоформними розладами можуть тривалий час не отримувати якісну медичну допомогу. Порочне коло: постійні симптоми соматоформних розладів — звернення за медичною допомогою — неефективне лікування — може негативно впливати на пацієнта та його сім'ю, оскільки час витрачено на пошук можливих причин, що порушує динаміку сім'ї [3]. Потенційний двоспрямований зв'язок між сном та супутніми психічними захворюваннями, особливо за наявності більшої кількості супутніх захворювань (наприклад, тривоги та депресії), свідчить про те, що спеціалісти зі сну повинні враховувати супутні психічні захворювання під час лікування проблем зі сном і навпаки [6].

Метою дослідження було оцінювання симптомів порушень сну у пацієнтів із соматоформними розладами.

Обстежено 120 пацієнтів Комунального підприємства «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова» Дніпропетровської обласної ради» та Комунального підприємства «Дніпропетровська багатопрофільна клінічна лікарня з надання психіатричної допомоги» Дніпропетровської обласної ради» з соматоформними розладами, у яких були та виявлені розлади сну. Усіх пацієнтів було поділено на дві групи: основну і порівняння по 60 осіб. Гендерний склад основної групи: 14 (23,3 %) чоловіків, медіанним віком 36,5 (32; 41) років та 46 (76,7 %) жінок віком 39 (30; 46) років; групи порівняння — 25 (41,7 %) чоловіків медіанним віком 42,5 (36; 48) років та 35 (58,3 %) жінок віком 39 (29; 44) років. Між пацієнтами обох груп не виявлено статистично значущої відмінності за статтю.

Пацієнтів розподілено в досліджувану (основну) групу або в групу контролю (порівняння) методом

простої фіксованої рандомізації. Діагностику соматоформних розладів проведено відповідно до критеріїв МКХ-10 [7].

Критеріями включення були підтверджений діагноз соматоформних розладів; вік від 18 до 60 років, наявність порушень сну на момент обстеження; відсутність супутніх хронічних соматичних захворювань в стадії декомпенсації; можливість проведення психопатологічного обстеження та подальшого спостереження хворих протягом не менш трьох місяців від початку лікування; надання усвідомленої письмової згоди на участь в дослідженні.

Критеріями виключення були вік пацієнтів менше ніж 18 і більше ніж 60 років; соматоформні розлади без порушень сну; наявність на момент огляду або в анамнезі психотичного епізоду, суїцидальної спроби, хронічних соматичних захворювань в стадії декомпенсації, які підтверджені відповідним висновком спеціаліста; тяжке органічне ураження ЦНС; зловживання психоактивними речовинами; відмова пацієнта від участі в дослідженні.

Проведено клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне, психодіагностичне дослідження, доповнене психометричними шкалами:

- Пітсбурзька шкала оцінки якості сну (PSQI);
- індекс важкості інсомнії (ISI);
- тест депресії Бека (BDI-II);
- Торонтська шкала алекситимії (TAS-20);
- тест «Дослідження тривожності» (опитувальник Спілбергера в адаптації Ханіна, STAI);
- методика оцінки інтегративного показника якості життя (Меззіч в адаптації Н. О. Марути).

Накопичення, коригування, систематизацію вихідної інформації та візуалізацію отриманих результатів здійснювали в редакторі електронних таблиць LibreOffice Calc 7.4 (The Document Foundation). Статистичний аналіз проводили за допомогою програми Statistica 6.1 (StatSoft Inc.) серійний номер AGAR909E415822FA. Кількісні показники оцінювали на відповідність нормальному розподілу, для цього використовували критерій Колмогорова — Смирнова). Сукупності кількісних показників, розподіл яких відрізнявся від нормального, описували за допомогою значень медіани (*Me*) та нижнього та верхнього квартилів (Q_1 ; Q_3). Номінальні дані описували із зазначенням абсолютних значень та відсоткових часток [8]. Щоб порівняти незалежні сукупності за відсутності ознак нормального розподілу даних, використовували *U*-критерій Манна — Уїтні. Кореляційний аналіз показників проводили з використанням непараметричного коефіцієнта кореляції Спірмена. Для виявлення зв'язку між бінарними змінними використовували коефіцієнт асоціації ф. Однорідність груп за якісними характеристиками перевіряли за критерієм χ^2 Пірсона. Значущими вважали відмінності при статистичній значущості результату $p < 0,05$ [9].

Загальна характеристика пацієнтів всієї вибірки та їх розподіл на групи наведені в табл. 1 (соціально-демографічні дані) та табл. 2 (психометричні дані).

Таблиця 1. Загальна характеристика пацієнтів вибірки

Показник	Основна група	Група порівняння	<i>p</i>
Стать: жінки чоловіки	46 (76,7) 14 (23,3)	35 (58,3) 25 (41,7)	0,08
Сімейний стан: одиначки у шлюбі	16 (26,7) 44 (73,3)	19 (31,7) 41 (68,3)	0,55
Вік, роки <i>Me</i> (<i>Q</i> ₁ ; <i>Q</i> ₃), роки	38 (30,5; 44,5)	39 (30,5; 45,5)	0,72
Вікові групи: до 35 років більше ніж 35 років	20 (33,3) 40 (66,7)	19 (31,7) 41 (68,3)	0,85

Примітка: *p* — розбіжності між групами за критерієм χ^2 Пірсона

Таблиця 2. Психометрична характеристика пацієнтів вибірки

Показники	<i>Me</i> (<i>Q</i> ₁ ; <i>Q</i> ₃), бали		<i>p</i>
	Основна група	Група порівняння	
Тяжкість інсомнії (за ISI)	22 (17,5; 25,5)	22,5 (17,5; 26)	0,96
Вираженість диссомнії (за PSQI)	17 (14; 18)	17 (15,5; 18)	0,91
Депресія (за BDI-II)	26 (19,5; 38,5)	28 (19; 36)	0,95
Особистісна тривожність	59 (54,5; 79)	58 (43; 65,5)	0,57
Ситуаційна тривожність	65 (50,5; 68)	64 (49,5; 67)	0,44
Алекситимія	60 (54,5; 79)	61,5 (56; 70,5)	0,41

Примітка. Тут і далі: *p* — розбіжності між групами за критерієм Манна — Уїтні (*U*)

В результаті аналізу характеристик та показників обстежених пацієнтів статистично значущих відмінностей між пацієнтами обох груп не виявлено.

Медіанний вік відповідав молодому віку за ВООЗ. Показник тяжкості інсомнії відповідав важкій інсомнії, а показник вираженості диссомнії свідчив про виражені порушення сну. Вираженість депресивних симптомів за шкалою депресії Бека відповідала помірно важкій депресії. За опитувальником алекситимії виявлено наявність алекситимії у вибірці. Ситуативна та особистісна тривожність за опитувальником Спілбергера відповідали високому рівню.

Оцінюючи результати за опитувальником Індекс тяжкості інсомнії Ch. Morin (табл. 3), ми виявили за всіма показниками значні порушення: зниження якості життя у зв'язку з поганим сном, складнощі із засинанням, низька задоволеність сном, часте та/або довготривале пробудження, раннє ранкове пробудження, стурбованість поганим сном та зниження працездатності у зв'язку з поганим сном. Достовірних статистичних відмінностей між групами спостереження не виявлено.

Таблиця 3. Показники вираженості клінічних особливостей порушень сну за даними індексу тяжкості інсомнії Ch. Morin

Показники	<i>Me</i> (<i>Q</i> ₁ ; <i>Q</i> ₃), бали		<i>p</i>
	Основна група	Група порівняння	
Складнощі із засинанням	3 (3; 4)	3 (3; 4)	0,99
Часте та/або довготривале пробудження	3 (3; 4)	3 (3; 4)	0,88
Раннє ранкове пробудження	3 (3; 4)	3 (3; 4)	0,56
Задоволеність сном	3 (2; 4)	3 (2; 4)	0,99
Зниження працездатності у зв'язку з поганим сном	3 (3; 4)	3 (2,5; 4)	0,70
Зниження якості життя у зв'язку з поганим сном	3 (3; 4)	3 (3; 4)	0,96
Стурбованість поганим сном	3 (2; 4)	3 (2,5; 3,5)	0,74

Під час оцінювання показників диссомнії за Пітсбурзьким опитувальником індексу якості сну виявлено, що пацієнти основної групи та групи порівняння мали найбільшу вираженість порушень за компонентом денного функціонування. В основній групі також була максимальна вираженість компонента суб'єктивна якість сну. Достовірних відмінностей за всіма компонентами PSQI між групами не виявлено (табл. 4).

Таблиця 4. Аналіз показників диссомнії за Пітсбурзьким опитувальником індексу якості сну

Компоненти	<i>Me</i> (<i>Q</i> ₁ ; <i>Q</i> ₃), бали		<i>p</i>
	Основна група	Група порівняння	
1 — суб'єктивна якість сну	3 (2; 3)	2,5 (2; 3)	0,53
2 — латентність сну	2 (1; 3)	2 (2; 3)	0,68
3 — тривалість сну	2 (2; 3)	2 (2; 3)	0,91
4 — звичайна ефективність сну	2 (2; 3)	2 (2; 3)	0,76
5 — порушення сну	2 (2; 3)	2 (2; 3)	0,85
6 — використання снодійних засобів	2 (2; 3)	2 (2; 3)	0,75
7 — порушення денного функціонування	3 (2; 3)	3 (2; 3)	0,54

Під час оцінювання рівня депресії у обстежених виявлено, що 40 % пацієнтів основної групи і 42 % пацієнтів групи порівняння мали важку депресію, 40 % основної і 35 % групи порівняння — депресію помірного рівня, 18 % і 23 % відповідно — легку депресію. В основній групі 2 % пацієнтів не мали депресії за BDI-II, а в групі порівняння таких пацієнтів не було (рис. 1). Достовірних відмінностей між групами у поширеності депресії не виявлено (за критерієм χ^2 Пірсона).

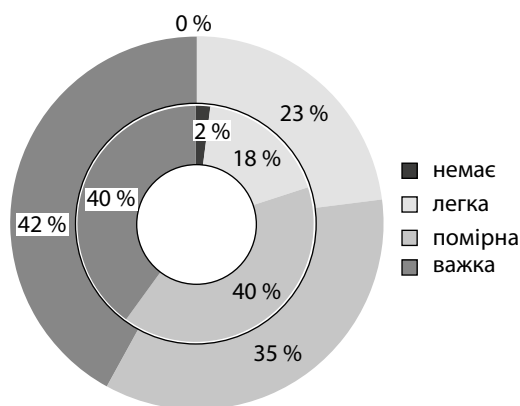


Рис. 1. Поширеність вираженості депресії за BDI-II (внутрішнє кільце — основна група, зовнішнє — група порівняння)

Під час оцінювання тривожності за опитувальником Спілбергера виявлено, що високий рівень ситуативної тривожності спостерігався у 80 %, а особистісної — у 70 % обстежених. Помірна ситуативна тривожність — у 18,3 %, а помірна особистісна — у 30 %. Низька особистісна тривожність у обстежених не спостерігалася, а низька ситуативна — лише у 1,7 % пацієнтів (рис. 2).

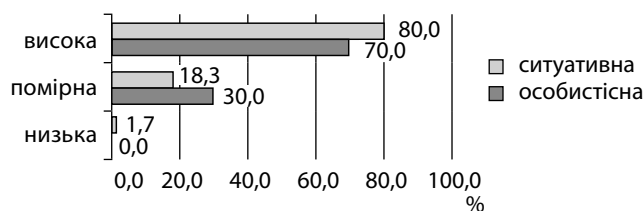


Рис. 2. Поширеність вираженості тривожності за STAI

Результати проведених обстежень дають змогу дійти таких висновків. Серед обстежених виявлені виражені порушення сну як за індексом якості сну за Пітсбурзьким опитувальником, так і за індексом тяжкості інсомнії. Отримані в результаті дослідження дані щодо клінічних особливостей пацієнтів обох груп з огляду на вік, тривожність, симптоми депресії та наявність алекситимії можуть бути підґрунтям для диференційованого вибору стратегії лікування порушень сну у пацієнтів з соматоформними розладами.

Список літератури

- Огоренко В. В. Інтегративний підхід в генезі психосоматичних розладів з позицій концепцій про особистість / В. В. Огоренко, А. В. Шорніков // Вісник проблем біології і медицини. 2019. Т. 2; № 4. С. 14—17. DOI: 10.29254/2077-4214-2019-4-2-154-14-17.
- Зінченко О. М. Динаміка показників захворюваності на невротичні, пов'язані із стресом та соматоформні розлади у сільського населення України // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2020. № 13. С. 43—47. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-13-06>.
- Case report: new insights into persistent chronic pelvic pain syndrome with comorbid somatic symptom disorder /

[Huang J., Zhong Y., Duan Y., Sun J.] // *Frontiers in psychiatry*. 2023. Vol. 14. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1119938>.

4. Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis / Löwe B., Levenson J., Depping M., [et al.] // *Psychological Medicine*. 2022. Vol. 52, no. 4. P. 632—648. URI: 10.1017/S0033291721004177.

5. Anxiety, depression, and brain overwork in the general population of Mongolia / Lkhagvasuren B., Hiramoto T., Bat-Erdene E. [et al.] // *Scientific reports*. 2024. Vol. 14, no. 1. DOI: 10.1038/s41598-024-52779-w.

6. Sleep problems during COVID-19 pandemic by population: a systematic review and meta-analysis / Jahrami H., BaHammam A. S., Bragazzi N. L. [et al.] // *Journal of clinical sleep medicine*. 2021. Vol. 17, no. 2. P. 299—313. DOI: <https://doi.org/10.5664/jcsm.8930>.

7. Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я / Всесвітня організація охорони здоров'я; Український ін-т громадського здоров'я. Київ : Здоров'я, 1998. Т. 1: Ч. 1. 685 с.

8. Іванчук М. Особливості статистичного аналізу медико-психологічних досліджень / М. Іванчук, О. Поліщук // *Психосоматична медицина та загальна практика*. 2020. Т. 5, № 4. DOI: 10.26766/pmgrp.v5i4.255.

9. Статистичний аналіз відносних величин у медицині / [М. А. Іванчук, І. В. Малик, Т. В. Книгніцька, Т. О. Лукашів] // *Клінічна та експериментальна патологія*. 2020. Т. 18, № 4. С. 109—114. DOI: 10.24061/1727-4338.XVIII.4.70.2019.300.

References

- Ogorenko, V. V., & Shornikov, A. V. (2019). Intehrativnyi pidkhid v genezi psykhosomatychnykh rozladiv z pozytsii kontseptsii pro osobystist [An integrative approach in the genesis of psychosomatic disorders from the standpoint of personality concepts]. *Visnyk Problem Biologii i Medytsyny [Bulletin of problems biology and medicine]*, (4/2), 14—17. doi: 10.29254/2077-4214-2019-4-2-154-14-17. (In Ukrainian).
- Zinchenko, O. M. (2020). Dynamika pokaznykiv zakhvoriuvanosti na nevrotichni, poviazani iz stresom ta somatoformni rozlady u silskoho naselennia Ukrainy [Dynamics of the incidence of neurotic, stress-related and somatoform disorders in the rural population of Ukraine]. *Psykhatriia, nevrolohiia ta medychna psykhoholohiia [Psychiatry, Neurology and Medical Psychology]*, (13), 43—47. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-13-06>. (In Ukrainian).
- Huang J, Zhong Y, Duan Y, Sun J. Case report: New insights into persistent chronic pelvic pain syndrome with comorbid somatic symptom disorder. *Front Psychiatry*. 2023 Jan 20;14:1119938. doi: 10.3389/fpsy.2023.1119938.
- Löwe B, Levenson J, Depping M, et al. Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychological Medicine*. 2022;52(4):632-648. doi: 10.1017/S0033291721004177.
- Lkhagvasuren B, Hiramoto T, Bat-Erdene E, Tumurbaatar E, Tumur-Ochir G, Amartuvshin T, Dashtseren M, Lai E, Viswanath V, Oka T, Jadamba T. Anxiety, depression, and brain overwork in the general population of Mongolia. *Sci Rep*. 2024 Jan 30;14(1):2484. doi: 10.1038/s41598-024-52779-w.
- Jahrami H, BaHammam AS, Bragazzi N L, Saif Z, Faris M, & Vitiello MV. Sleep problems during the COVID-19 pandemic by population: A systematic review and meta-analysis. *J Clin Sleep Med*. 2021 Feb 1;17(2), 299–313. doi: 10.5664/jcsm.8930.

7. Vsesvitnia orhanizatsiia okhorony zdorovia; Ukrainskyi in-t hromadskoho zdorovia. Mizhnarodna statystychna klasyfikatsiia khvorob ta sporidnennykh problem okhorony zdorovia. World Health Organization; Ukrainian Institute of Public Health. [International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems]. Kyiv : Zdorovia [Health], 1998. Vol. 1: Part 1. 685 p.

8. Ivanchuk M., & Polishchuk, O. (2020). Osoblyvosti statystychnoho analizu medyko-psykholohichnykh doslidzhen. [Peculiarities of statistical analysis of medical and psychological research]. *Psykhosomatychna Medytsyna ta Zahalna Praktyka* [Psychosomatic medicine and general practice], 5(3), e0504255. doi: 10.26766/pmgp.v5i3.255. (In Ukrainian).

9. Ivanchuk M. A., Malyk I. V., Knihnitska T. V., & Lukashiv T. O. (2020). [Statystychnyi analiz vidnosnykh velychyn u medyt-syni]. *Klinichna ta eksperymentalna patolohiia* [Clinical and experimental pathology]. 18. 109-114. doi: 10.24061/1727-4338. XVIII.4.70.2019.300. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 18.11.2024

Відомості про авторів:

ОГОРЕНКО Вікторія Вікторівна, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри*; e-mail: ogorenkov@gmail.com

МАКАРОВА Інна Іванівна, аспірант кафедри*; e-mail: inna.iv.makarova@gmail.com

* — кафедра психіатрії, наркології і медичної психології Дніпровського державного медичного університету, м. Дніпро, Україна

Information about the authors:

OGORENKO Viktoriia, Doctor of Medical Sciences, Professor Head of the Department**; e-mail: ogorenkov@gmail.com

MAKAROVA Inna, Postgraduate Student of Department**; e-mail: inna.iv.makarova@gmail.com

** — Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Dnipro State Medical University, Dnipro, Ukraine

М. М. Чемерис

ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНІ НАСЛІДКИ АЛОПЕЦІЇ: ДОСЛІДЖЕННЯ КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ

М. М. Chemerys

PSYCHOLOGICAL-PSYCHIATRIC CONSEQUENCES OF ALOPECIA: A STUDY OF PATIENTS' COGNITIVE FUNCTIONING

Ключові слова: психодерматологія, порушення психічного здоров'я, алопеція, когнітивне функціонування, когнітивні розлади, психічна дезадаптація, розлади адаптації.

Keywords: psychodermatology, mental health disorders, alopecia, cognitive functioning, cognitive disorders, mental maladaptation, adaptation disorders

Мета роботи — вивчення особливостей когнітивного функціонування пацієнтів з різними видами алопеції, для розуміння мішеней медико-психологічної реабілітації цього контингенту.

У дослідження були включені 153 жінки з діагнозом дифузна алопеція. Залежно від стану психічної сфери і генезу алопеції, сформовано 6 підгруп: хворі на метаболічну алопецію без ознак психічної дезадаптації (ПД) — Г1-1 (30 пацієнтів), на метаболічну алопецію з окремими ознаками ПД (група ризику) — Г1-2 (9 пацієнтів), з метаболічною алопецією і наявністю розладів адаптації — Г1-3 (6 пацієнтів); хворі на змішану алопецію без ознак ПД — Г2-1 (15 пацієнтів), зі змішаною алопецією з окремими ознаками ПД (група ризику) — Г2-2 (64 пацієнти) та зі змішаною адаптацією і наявністю розладів адаптації — Г2-3 (29 пацієнтів).

Ураженість пацієнтів з алопецією порушеннями когнітивного функціонування є значною і більш суттєвою — у пацієнтів зі змішаною алопецією.

Найпоширенішою симптоматикою у когнітивній сфері є швидка втомлюваність, зниження працездатності та порушення концентрації уваги.

Як у пацієнтів з метаболічною, так і зі змішаною алопецією, когнітивні порушення частіше виявлялися у пацієнтів з розладами адаптації і рідше — у пацієнтів групи ризику та без ознак ПД. Водночас закономірності порушень когнітивного функціонування при алопеції мають складний нелінійний характер і потребують подальшого вивчення.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з пошуком зв'язків когнітивних порушень при різних формах алопеції з різними клінічними та психосоціальними чинниками, а також з розробкою персоналізованих заходів корекції когнітивних порушень в структурі медико-психологічної реабілітації пацієнтів з алопецією.

The purpose of the work is to study the features of cognitive functioning of patients with different types of alopecia, to understand the targets of medical and psychological rehabilitation of this contingent.

The study included 153 women diagnosed with diffuse alopecia. Depending on the state of the mental sphere and the genesis of alopecia, 6 subgroups were formed: patients with metabolic alopecia without signs of maladaptation-G1-1 (30 patients), with metabolic alopecia with individual signs of maladaptation (risk group)-G1-2 (9), with metabolic alopecia and the presence of adaptation disorders-G1-3 (6 patients), with mixed alopecia without signs of maladaptation-G2-1 (15 patients), with mixed alopecia with separate signs of maladaptation (risk group)-G2-2 (64) and with mixed adaptation and adaptation disorders-G2-3 (29 patients).

Affection of patients with alopecia by disorders of cognitive functioning is significant, and more significant in patients with mixed alopecia.

The most common symptoms from the cognitive sphere are rapid fatigue, decreased performance, and impaired concentration.

In both metabolic and mixed alopecia patients, cognitive impairment was more often detected in patients with adaptation disorders, and less often in patients at risk and without signs of PD. At the same time, the patterns of cognitive impairment in alopecia are complex, nonlinear, and require further study.

Prospects for further research are related to the search for connections between cognitive impairment in different forms of alopecia with various clinical and psychosocial factors, as well as the development of personalized measures to correct cognitive impairment in the structure of medical and psychological rehabilitation of patients with alopecia.

Алопеція є найбільш поширеною косметологічною проблемою, з якою стикаються понад 80 % чоловіків і понад 50 % жінок, і яка призводить до серйозних змін психоемоційної сфери [1; 2].

Красиве волосся є надзвичайно важливою частиною самоідентифікації або «образу тіла»; психологіч-

на концепція образу тіла стосується думок, почуттів, сприйняття та поведінкових змін, пов'язаних із фізичним виглядом [3], а втрата волосся супроводжується вираженим психологічним дискомфортом і дистресом, що має тривалий характер і призводить до істотного погіршення якості життя та соціального функціонування [4; 5]. Пацієнтам з алопецією притаманні

гірші соціально-демографічні характеристики, вищий рівень стресу, більша виразність тривоги та депресії, а також гірша соціальна реалізація та нижчий рівень якості життя [6—8]. Поширеність депресії і тривоги серед хворих з алопецією може сягати 70—90 %, причому у 10—20 % виявляється депресія і тривога помірного ступеня, що потребує відповідних лікувальних і корекційних втручань [9; 10].

Алопеція характеризується високим рівнем коморбідності з психічними розладами, що свідчить про спільні патогенетичні механізми участі стресу і психологічних порушень у розвитку і загостренні захворювання [11—13]. Серед психічних захворювань, що виявили значущий зв'язок з алопецією, провідне місце належить рекурентному депресивному розладу, депресивному епізоду, тривожному розладу, причому вища захворюваність на психічну патологію осіб з алопецією зберігалася для всіх соціально-демографічних підгруп; хворі на алопецію також суттєво частіше виявляли поліморбідність за психічними розладами, насамперед, за рекурентним депресивним розладом і тривожним розладом, депресивним епізодом і тривожним розладом, а також на 30—40 % вищий ризик виникнення нового депресивного або тривожного розладу [14].

Спектр і виразність психопатологічних реакцій на алопецію є складними і нелінійними, і певною мірою залежать від індивідуально-психологічних характеристик, зокрема і особливостей когнітивного функціонування пацієнтів, що потребує комплексного підходу до вивчення психолого-психіатричних наслідків алопеції [15—19].

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей когнітивного функціонування пацієнтів з різними видами дифузної алопеції, для розуміння мішеней медико-психологічної реабілітації цього контингенту.

З дотриманням принципів біомедичної етики, на підставі інформованої згоди, обстежено 153 пацієнти з метаболічною і змішаною алопецією. Серед пацієнтів виокремили три групи: без ознак психічної дезадаптації (ПД) — 45 осіб (група 1 — Г1), з окремими ознаками ПД — 73 особи (група 2 — Г2), та з наявністю розладів адаптації відповідно до критеріїв МКХ-10 — 35 осіб (група 3 — Г3). В межах кожної з цих груп виокремили по дві підгрупи з урахуванням генезу алопеції: метаболічного (45 пацієнтів) або змішаного (108 пацієнтів). Усього сформовано шість підгруп: пацієнти з метаболічною алопецією без ознак ПД — Г1-1 (30 пацієнтів), з метаболічною алопецією з окремими ознаками ПД (група ризику) — Г1-2 (9 пацієнтів), з метаболічною алопецією і наявністю розладів адаптації — Г1-3 (6 пацієнтів), зі змішаною алопецією без ознак ПД — Г2-1 (15 пацієнтів), зі змішаною алопецією з окремими ознаками ПД (група ризику) — Г2-2 (64 пацієнти) та зі змішаною адаптацією і наявністю розладів адаптації — Г2-3 (29 пацієнтів).

Спектр порушень когнітивної сфери у пацієнтів з алопецією був представлений переважно астенич-

ною симптоматикою та порушенням концентрації уваги.

У пацієнтів зі змішаною алопецією скарги на відчуття байдужості та апатію загалом були більш поширеними як порівняти з пацієнтами з метаболічною алопецією у кожній з груп за рівнем ПД. Причому у пацієнтів з метаболічною алопецією найчастіше відчуття байдужості і апатії виявлялося у групі з розладами адаптації (33,3 %), дещо рідше — у групі без ознак ПД (26,1 %), і найрідше — у групі ризику (11,1 %). Водночас, слід зазначити, що відмінності у поширеності цього симптому між окремими групами — статистично не значущі ($p > 0,05$) (табл. 1).

Таблиця 1. Наявність скарг на відчуття байдужості та апатію у пацієнтів з метаболічною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Відчуття байдужості, апатія	Г1-1 (n = 30)		Г1-2 (n = 9)		Г1-3 (n = 6)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	22	73,3	8	88,9	4	66,7	> 0,05		
Є	8	26,7	1	11,1	2	33,3			

У пацієнтів зі змішаною алопецією загалом виявлена аналогічна тенденція, однак, скарги на відчуття байдужості і апатію виявилися вельми поширеними: у групі з розладами адаптації їх висловлювали більше половини обстежених (51,7 %), у групі без ознак ПД — майже половина (46,7 %), і у групі ризику — майже третина обстежених (32,8 %); розбіжності у поширеності цього симптому між окремими групами також не досягали прийнятного рівня статистичної значущості ($p > 0,05$) (табл. 2).

Таблиця 2. Наявність скарг на відчуття байдужості та апатію у пацієнтів зі змішаною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Відчуття байдужості, апатія	Г2-1 (n = 15)		Г2-2 (n = 64)		Г2-3 (n = 29)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	8	53,3	43	67,2	14	48,3	> 0,05		
Є	7	46,7	21	32,8	15	51,7			

Більш поширеними серед пацієнтів з алопецією виявилися скарги на зниження працездатності. Як і щодо відчуття байдужості та апатії, цей симптом частіше спостерігався у пацієнтів зі змішаною алопецією.

В структурі груп ПД у пацієнтів з метаболічною алопецією скарги на зниження працездатності найчастіше виявлялися у групі з розладами адаптації, де дві третини пацієнтів (66,7 %) виявили цю скаргу; у групі без ознак ПД поширеність цього симптому була майже вдвічі меншою (36,7 %), а у групі ризику — втричі меншою, ніж у групі без ознак ПД (11,1 %). Розбіжності статистично значущі як порівняти групи з розладами адаптації та групи ризику (табл. 3).

Таблиця 3. Наявність скарг на зниження працездатності у пацієнтів з метаболічною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Зниження працездатності	Г1-1 (n = 30)		Г1-2 (n = 9)		Г1-3 (n = 6)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	19	63,3	8	88,9	2	33,3	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Є	11	36,7	1	11,1	4	66,7			

Схожі закономірності виявлені у пацієнтів зі змішаною алопецією, однак у них відмінності між підгрупами були виражені суттєво менше (табл. 4). Переважна більшість пацієнтів груп з розладами адаптації та без ознак ПД (82,8 % та 80,0 %) висловлювали скарги на зниження працездатності; у групі ризику питома вага таких пацієнтів також була значною (60,9 %), однак, меншою як порівняти з групою з розладами адаптації.

Таблиця 4. Наявність скарг на зниження працездатності у пацієнтів зі змішаною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Зниження працездатності	Г2-1 (n = 15)		Г2-2 (n = 64)		Г2-3 (n = 29)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	3	20,0	25	39,1	5	17,2	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Є	12	80,0	39	60,9	24	82,8			

Суттєві відмінності між пацієнтами з алопецією різного генезу виявлені з порівняння груп за наявністю скарг на швидку втомлюваність. Цей симптом був значно поширенішим серед пацієнтів зі змішаною алопецією. Водночас у пацієнтів з метаболічною алопецією скарги на швидку втомлюваність були найбільш притаманні пацієнтам з розладами адаптації (66,7 %), менш поширені — у пацієнтів без ознак ПД (36,7 %), і найменш притаманні — пацієнтам групи ризику (11,1 %). Розбіжності — статистично значущі як порівняти групу ризику та групу з розладами адаптації ($p < 0,05$) (табл. 5).

Таблиця 5. Наявність скарг на швидку втомлюваність у пацієнтів з метаболічною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Швидка втомлюваність	Г1-1 (n = 30)		Г1-2 (n = 9)		Г1-3 (n = 6)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	19	63,3	8	88,9	2	33,3	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Є	11	36,7	1	11,1	4	66,7			

У пацієнтів зі змішаною алопецією поширеність скарг на швидку втомлюваність була найбільшою серед пацієнтів з розладами адаптації (82,8 %); водночас значною була також питома вага пацієнтів з такою скаргою у групі без ознак ПД (80,0 %), і дещо меншою — у групі ризику (60,9 %). Розбіжності — значущі як порівняти другу та третю групи (табл. 6).

Таблиця 6. Наявність скарг на швидку втомлюваність у пацієнтів зі змішаною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Швидка втомлюваність	Г2-1 (n = 15)		Г2-2 (n = 64)		Г2-3 (n = 29)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	3	20,0	25	39,1	5	17,2	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Є	12	80,0	39	60,9	24	82,8			

Серед пацієнтів з метаболічною алопецією поширеність скарг на погіршення концентрації уваги була меншою як порівняти з пацієнтами зі змішаною алопецією; водночас частота цього симптому в групі без ознак ПД і групі ризику була приблизно однаковою (36,7 % і 33,3 % відповідно), а у пацієнтів з розладами адаптації — вдвічі більшою (66,7 %) (табл. 7).

Таблиця 7. Наявність скарг на погіршення концентрації уваги у пацієнтів з метаболічною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Порушення концентрації уваги	Г1-1 (n = 30)		Г1-2 (n = 9)		Г1-3 (n = 6)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	19	63,3	6	66,7	2	33,3	> 0,05		
Є	11	36,7	3	33,3	4	66,7			

У пацієнтів зі змішаною алопецією поширеність скарг на погіршення концентрації уваги у групі без ознак ПД і групі ризику становила відповідно 80,0 % та 75,0 %, а у групі з розладами адаптації — 86,2 %. Розбіжності між групами — статистично не значущі (табл. 8).

Таблиця 8. Наявність скарг на погіршення концентрації уваги у пацієнтів зі змішаною алопецією з різними ступенями психічної дезадаптації

Порушення концентрації уваги	Г2-1 (n = 15)		Г2-2 (n = 64)		Г2-3 (n = 29)		p		
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	1—2	1—3	2—3
Немає	3	20,0	16	25,0	4	13,8	> 0,05		
Є	12	80,0	48	75,0	25	86,2			

Отже, вивчення поширеності когнітивної симптоматики у пацієнтів з різними видами алопеції та різним ступенем дезадаптації дає змогу зробити такі висновки:

1. Ураженість пацієнтів з алопецією порушеннями когнітивного функціонування є значною, і більш суттєвою — у пацієнтів зі змішаною алопецією.
2. Найпоширенішою симптоматикою щодо порушення когнітивного функціонування були швидка втомлюваність, зниження працездатності та порушення концентрації уваги.
3. Як у пацієнтів з метаболічною, так і зі змішаною алопецією, когнітивні порушення частіше виявлялися у пацієнтів з розладами адаптації, і рідше — у пацієнтів групи ризику та без ознак ПД. Водночас,

закономірності когнітивних порушень при алопеції мають складний нелінійний характер і потребують подальшого вивчення.

Перспективи подальших досліджень пов'язані з пошуком зв'язків когнітивних порушень при різних формах алопеції з різними клінічними та психосоціальними чинниками, а також з розробленням персоналізованих заходів корекції когнітивних порушень в структурі медико-психологічної реабілітації пацієнтів з алопецією.

Список літератури / References

1. Piraccini BM, Alessandrini A. Androgenetic alopecia. *G Ital Dermatol Venereol*. 2014 Feb;149(1):15-24. PMID: 24566563.
2. Психодерматологія. Медико-психологічні аспекти дії психосоціального стресу в клінічній і естетичній дерматологічній практиці : колективна монографія за загальною редакцією проф. М. В. Маркової, д. мед. н. і. Р. Мухаровської. Харків : Друкарня «Мадрид», 2019. 277 с. / [Psychodermatology. Medical and psychological aspects of the effects of psychosocial stress in clinical and aesthetic dermatological practice]: a collective monograph edited by Prof. M. V. Markova, Dr. Med. Sci. I. R. Mukharovska. Kharkiv: Madrid Printing House, 2019. 277 p. (In Ukrainian).
3. Dhami L. Psychology of Hair Loss Patients and Importance of Counseling. *Indian J Plast Surg*. 2021 Dec 31;54(4):411-415. doi: 10.1055/s-0041-1741037.
4. Aldhouse NVJ, Kitchen H, Knight S, Macey J, Nunes FP, Dutronc Y, et al. "You lose your hair, what's the big deal? I was so embarrassed, I was so self-conscious, I was so depressed:" a qualitative interview study to understand the psychosocial burden of alopecia areata. *J Patient Rep Outcomes*. 2020 Sep 11;4(1):76. doi: 10.1186/s41687-020-00240-7.
5. Aukerman E.L., Jafferany M. The psychological consequences of androgenetic alopecia: A systematic review // *J Cosmet Dermatol*. 2023. 22(1). 89-95. doi: 10.1111/jocd.14983.
6. Titeca G, Goudetsidis L, Francq B, Sampogna F, Gieler U, Tomas-Aragones L, et al. 'The psychosocial burden of alopecia areata and androgenetica': a cross-sectional multicentre study among dermatological out-patients in 13 European countries. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 Feb;34(2):406-411. doi: 10.1111/jdv.15927. Erratum in: *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2020 May;34(5):1119. doi: 10.1111/jdv.16298.
7. Huang C., Fu Y., Chi C. Health-related quality of life, depression, and self-esteem in patients with androgenetic alopecia: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Dermatol*. 2021 Aug 1;157(8):963-970. doi: 10.1001/jamadermatol.2021.2196.
8. Zac RI, da Costa A. Patient satisfaction and quality of life among adult women with androgenetic alopecia using 5 % topical minoxidil. *J Clin Aesthet Dermatol*. 2021 May;14(5):26-30. PMID: 34188746; PMCID: PMC8211325.
9. Mesinkovska N, King B, Mirmirani P, Ko J, Cassella J. Burden of illness in alopecia areata: a cross-sectional online survey study. *J Investig Dermatol Symp Proc*. 2020 Nov;20(1):S62-S68. doi: 10.1016/j.jisp.2020.05.007.

10. Marahatta S, Agrawal S, Adhikari BR. Psychological Impact of Alopecia Areata. *Dermatol Res Pract*. 2020Dec 24;2020:8879343. doi: 10.1155/2020/8879343.

11. Torales J, Castaldelli-Maia JM, Ventriglio A, Almirón-Santacruz J, Barrios I, O'Higgins M, et al. Alopecia areata: A psychodermatological perspective. *J Cosmet Dermatol*. 2022 Jun;21(6):2318-2323. doi: 10.1111/jocd.14416.

12. Toussi A, Barton VR, Le ST, Agbai ON, Kiuru M. Psychosocial and psychiatric comorbidities and health-related quality of life in alopecia areata: a systematic review. *J Am Acad Dermatol*. 2021 Jul;85(1):162-175. doi: 10.1016/j.jaad.2020.06.047.

13. Tzur Bitan D, Berzin D, Kridin K, Cohen A. The association between alopecia areata and anxiety, depression, schizophrenia, and bipolar disorder: a population-based study. *Arch Dermatol Res*. 2022 Jul;314(5):463-468. doi: 10.1007/s00403-021-02247-6.

14. Macbeth AE, Holmes S, Harries M. Chiu WS, et al. The associated burden of mental health conditions in alopecia areata: a population-based study in UK primary care. *British Journal of Dermatology*. 2022;187:73-81. doi: 10.1111/bjd.21055.

15. Senna M, Ko J, Glashofer M, et al. Predictors of quality of life in patients with alopecia areata. *J Invest Dermatol*. 2022. Oct;142(10):2646-2650.e3. doi: 10.1016/j.jid.2022.02.019.

16. Gelhorn HL, Cutts K, Edson-Heredia E, et al. The relationship between patient-reported severity of hair loss and health-related quality of life and treatment patterns among patients with alopecia areata. *Dermatol Ther*. 2022 Apr;12(4):989-997. doi: 10.1007/s13555-022-00702-4.

17. Mesinkovska N, Craiglow B, Ball SG, Morrow P, Smith SG, Pierce E, Shapiro J. The Invisible Impact of a Visible Disease: Psychosocial Impact of Alopecia Areata. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2023 Jul;13(7):1503-1515. doi: 10.1007/s13555-023-00941-z.

18. King BA, Senna MM, Ohyama M, Tosti A, Sinclair RD, Ball S, et al. Defining severity in alopecia areata: current perspectives and a multidimensional framework. *Dermatol Ther (Heidelb)*. 2022 Apr;12(4):825-834. doi: 10.1007/s13555-022-00711-3.

19. King BA, Mesinkovska NA, Craiglow B, et al. Development of the alopecia areata scale for clinical use: results of an academic-industry collaborative effort. *J Am Acad Dermatol*. 2022 Feb;86(2):359-364. doi: 10.1016/j.jaad.2021.08.043.

Надійшла до редакції 05.12.2024

ЧЕМЕРИС Мар'яна Мирославівна, кандидат медичних наук, асистент кафедри сімейної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; Медичний центр «Новодерм», м. Львів, Україна; <https://orcid.org/0009-0009-0623-5074>; e-mail: chemerysmaryanamd@gmail.com

CHEMERYYS Maryana, MD, PhD, Assistant of the Department of Family Medicine of the Danylo Halytskyi's Lviv National Medical University; "Novoderms" Medical Center, Lviv, Ukraine; <https://orcid.org/80677014904>; e-mail: chemerysmaryanamd@gmail.com

А. С. Чугунова

**КРИТЕРІЇ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ І РЕЛЕВАНТНОСТІ
НОЗОЛОГІЧНОЇ КВАЛІФІКАЦІЇ СЕМІОТИКИ ОБСЕСИВНО-КОМПУЛЬСИВНОГО СПЕКТРА
У ДІТЕЙ ІЗ ШИЗОФОРМНИМИ, НЕВРОТИЧНИМИ ТА ЕМОЦІЙНО-ПОВЕДІНКОВИМИ
РОЗЛАДАМИ (ПІДСТАВИ ДО КЛІНІЧНОЇ ШКАЛИ)**

A. S. Chuhunova

**CRITERIA FOR DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS AND RELEVANCE OF NOSOLOGICAL QUALIFICATION
OF THE OBSESSIVE-COMPULSIVE SPECTRUM SEMIOTICS IN CHILDREN WITH SCHIZOFORM,
NEUROTIC AND EMOTIONAL-BEHAVIORAL DISORDERS (BASIS FOR CLINICAL SCALE)**

Ключові слова: *обсесії, компульсії, психопатологія, диференціальна діагностика, дитяча психіатрія*

Key words: *obsessions, compulsions, psychopathology, differential diagnosis, children psychiatry*

Мета дослідження — встановлення та розроблення критеріїв диференціальної діагностики та нозологічної кваліфікації семіотики обсесивно-компульсивного спектра у дітей із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами.

Обстежено 100 дітей, підлітків та молодих осіб, відповідно до нозологічної належності яких було поділено на три групи: група 1 (Г1) — 40 пацієнтів із шизоформними розладами, група 2 (Г2) — 30 хворих, у яких були наявні розлади невротичного спектра, група 3 (Г3) — 30 пацієнтів з емоційно-поведінковими розладами дитячого віку. Усіх пацієнтів обстежено з використанням психоанамнестичного, клініко-психопатологічного (з допоміжним клініко-етологічним методом) та патопсихологічного методів.

На підставі результатів психоанамнестичного, клініко-психопатологічного, клініко-етологічного та патопсихологічного досліджень дітей, підлітків та молодих осіб із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами сформовано чотири основні і один додатковий критерії диференціальної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації семіотики обсесивно-компульсивного спектра у обстежених контингентів: специфічний кластер якісних фабульно-тематичних характеристик, типологія тематики обсесій, специфічний кластер структурно-динамічних характеристик, варіанти їх клінічного аранжування та специфічна констеляція суб'єктивно відчуваних та об'єктивно спостережуваних анкіозних проявів.

Зазначені критерії дають підстави для розроблення «Шкали диференціальної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації семіотики обсесивно-компульсивного спектра». Передбачається, що шкала буде містити три модулі: триступінчастий фабульно-тематичний модуль, трикомпонентний структурно-динамічний модуль та нозоспецифічний модуль клінічного аранжування.

The aim of the study is to establish and develop criteria for differential diagnosis and nosological qualification of the obsessive-compulsive spectrum semiotics in children with schizoform, neurotic and emotional-behavioral disorders.

Contingents and methods. 100 children were examined and divided into 3 groups according to their nosological affiliation. Group 1 (G1) included 40 children with schizoform disorders. Group 2 (G2) consisted of 30 children with neurotic spectrum disorders. Group 3 (G3) included 30 children with emotional-behavioral disorders of childhood. All patients were examined using psychoanamnestic, clinical-psychopathological (with auxiliary clinical-ethological method) and pathopsychological methods.

Based on the results of psychoanamnestic, clinical-psychopathological, clinical-ethological and pathopsychological research of children with schizoform, neurotic and emotional-behavioral disorders, four main and one additional criteria for differential diagnosis and relevance of the nosological qualification of the obsessive-compulsive spectrum semiotics in children with schizoform, neurotic and emotional-behavioral disorders were formed: a specific cluster of qualitative thematic characteristics, a typology of obsessional themes, a specific cluster of structural-dynamic characteristics, clinical arrangement options and a specific constellation of subjectively felt and objectively observed anxiety manifestations.

These criteria provide the basis for the development of the "Scale for Differential Diagnosis and Relevance of the Nosological Qualification of the Obsessive-Compulsive Spectrum Semiotics". It is assumed that the scale will consist of three modules: a three-stage thematic module, a three-component structural-dynamic module and a nosospecific module of clinical arrangement.

Обсесивно-компульсивний розлад — важке психічне захворювання, що внаслідок інтрузій у повсякденне життя нав'язливих думок (обсесій)

та нав'язливих дій (компульсій) призводить до значного зниження рівня якості життя пацієнта [1; 2]. Для пацієнтів дитячого та підліткового віку прояви обсесивно-компульсивного розладу є особливо важкими та можуть спричиняти труднощі в набутті

нових знань та навичок, дезадаптацію в соціальному середовищі, а також появу вторинних психічних розладів. Критично важливим для мінімізації таких негативних ефектів є своєчасна діагностика та призначення адекватного лікування [3—5].

Однак варто усвідомлювати, що наявність нав'язливих думок та дій у дитини не завжди свідчить про наявність у неї обсессивно-компульсивного розладу. Семіотика обсессивно-компульсивного спектра (СОКС) у дітей виявляється також при таких нозоформах: розлади аутистичного спектра, дитяча шизофренія, тривожні розлади, емоційно-поведінкові розлади дитячого віку, та багатьох інших [6; 7]. Проведення адекватної диференціальної діагностики та нозологічної кваліфікації СОКС у дітей є важливим завданням сучасної дитячої психіатрії, оскільки створює підґрунтя для підбору конгруентних захворюванню терапевтичних стратегій [8; 9].

Мета дослідження — встановлення та розроблення критеріїв диференціальної діагностики та нозологічної кваліфікації СОКС у дітей із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами.

На кафедрі психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медико-фармацевтичного університету, а також на її клінічних базах, зокрема КНП «Обласний клінічний заклад психоневрологічної допомоги та соціально значущих хвороб» ЗОР за умов інформованої згоди пацієнтів та їх батьків/опікунів стаціонарно та амбулаторно обстежено 117 дітей та підлітків віком від 8 до 18 років з обсессивною симптоматикою і молодих осіб віком від 18 до 25 років з обсессіями, що вперше виникли у них в дитячому або підлітковому віці (за даними психоанамнестичного дослідження), з яких для подальшого дослідження відібрано 100 осіб. Відповідно до нозологічної належності їх поділено на три групи: група 1 — 40 осіб із шизоформними розладами, група 2 — 30 осіб, у яких були наявні розлади невротичного спектра, група 3 — 30 осіб з емоційно-поведінковими розладами дитячого віку. Усіх пацієнтів обстежено із використанням психоанамнестичного, клініко-етологічного (з допоміжним клініко-етологічним методом) та патопсихологічного методів.

На підставі результатів психоанамнестичного, клініко-психопатологічного, клініко-етологічного та патопсихологічного досліджень дітей, підлітків і молодих осіб із шизоформними, невротичними й емоційно-поведінковими розладами встановлено, що **першим критерієм** диференціальної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС слід визначити **специфічний кластер їх якісних фабульно-тематичних характеристик**:

— **критерій масштабу** (насамперед в напрямку гетеропроєкції переживань);

— **критерій афективної насиченості** (ступінь та виразність емоційної залученості хворого, *sensu lato* — компрометації афективної осі);

— **критерій зв'язку з психотравмою** (наявність психотравм в психоонтогенезі та їх звучання в тематиці обсессій);

— **критерій асоціювання тематики** (екстенсія, комплікація та еволюція тематики обсессії, афілювання підпорядкованих елементів та навіть додаткових тем);

— **критерій реалістичності** (розташування тематики обсессій в континуумі «теми побутові, звичайні, повсякденні — теми фантазійні, відірвані від реальності, неймовірні»);

— **критерій простоти** (що означає оцінку простоти — складності тематики: від монокомпонентних психологічно зрозумілих нав'язливих переживань до позбавленого внутрішньої логіки нагромадження політематичних елементів);

— **критерій наявності критики до тематики обсессій** (оцінка рівня усвідомлення пацієнтом хворобливої природи власних нав'язливих переживань);

— **критерій виявленості** (наявність чи відсутність намагань хворого приховати обсессивні переживання від оточення, рівень їх успішності та спосіб реалізації);

— **критерій персоналізації** (ступінь зв'язку тематики обсессій з особистістю в континуумі «відчуження — належність», досвідом та фактами біографії хворого).

Другим критерієм диференціальної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС виступає **розроблена типологія тематики обсессій**, відповідно до якої потрібно проводити ідентифікацію тематики СОКС та яку слід застосовувати на етапі кваліфікації СОКС задля досягнення нозологічної релевантності.

1. Багатий байдуже-аутистичний тип.

Узагальнена характеристика: дереїстично-експансивний, маніфестно-акритичний, апсихотравматичний.

Деталізована характеристика:

— глобальний (за критерієм масштабу);

— анестетичний (за критерієм афективної насиченості);

— криптогенний апсихотравматичний (за критерієм зв'язку з психотравмою);

— асоціативно-експансивний (за критерієм асоціювання тематики);

— дереалістичний (за критерієм реалістичності);

— вичурний (за критерієм простоти);

— акритичний (за критерієм наявності критики до тематики обсессій);

— маніфестний (за критерієм виявленості);

— дисоційовано-персоналізований (за критерієм персоналізації).

Такий тип тематики обсессій відображав характерні особливості нав'язливостей, типових для хворих із розладами шизоформного спектра.

2. Виснажливо-афективний тип с критичним осмисленням.

Узагальнена характеристика: комплікований афективно-акцентований, аграваційно-критичний, алієнаційно-маніфестний.

Деталізована характеристика:

- мезолокальний (за критерієм масштабу);
- комплікований афективно-акцентований (за критерієм афективної насиченості);
- флюктуюче психотравматичний (за критерієм зв'язку з психотравмою);
- асоціативно-пауперизований (за критерієм асоціювання тематики);
- парціально-реалістичний (за критерієм реалістичності);
- симпліцитний спеціалізовано-тематичний (за критерієм простоти);
- аграваційно-критичний (за критерієм наявності критики до тематики обсерваций);
- парціально-маніфестний (за критерієм виявленості);
- алієнаційний (за критерієм персоналізації).

Такий тип тематики обсерваций відображав характерні особливості нав'язливостей, типових для хворих із розладами невротичного спектра.

3. Простий психотравматично-проектований тип.

Узагальнена характеристика: афективно-психотравматичний, екзистенціально-критичний с мнемонічною ампліфікацією, маніфестно-реалістичний.

Деталізована характеристика:

- локальний (за критерієм масштабу);
- афективно насичений з феноменом мнемореї (за критерієм афективної насиченості);
- сонорний психотравматичний (за критерієм зв'язку з психотравмою);
- інасоційований (за критерієм асоціювання тематики);
- реалістичний (за критерієм реалістичності);
- «симпліцитна мнемонічна копія» (за критерієм простоти);
- екзистенціально-критичний (за критерієм наявності критики до тематики обсерваций);
- стереотипний постуляційно-маніфестний (за критерієм виявленості);
- персоноцентрований (за критерієм персоналізації).

Такий тип тематики обсерваций відображав характерні особливості нав'язливостей, типових для хворих із емоційно-поведінковими розладами.

Третім критерієм диференціальної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС є **специфічний кластер їх структурно-динамічних характеристик:**

- *критерій специфіки структури обсерваций*, що ідентифікує та кваліфікує їх нозологічну належність:
 - у хворих із розладами шизоформного спектра спостерігалася «калейдоскопічна» структура СОКС — мінлива, екстенсивна, мало залежна від зовнішніх обставин;
 - у хворих із розладами невротичного спектра превалювала «растрова» структура СОКС — така, що плавно та незначно видозмінювалася протягом усього перебігу захворювання;

- для емоційно-поведінкових розладів була характерна «монотонна» структура СОКС — стала та незмінна, що відображає початкову психотравматизацію, фактично — психотравматична проєкція с тенденцією до пауперизації;

- *критерій специфіки структури компульсій*, що ідентифікує та кваліфікує їх нозологічну належність:

- при розладах шизоформного спектра компульсії були ритуалізованими, не мали прямого захисного сенсу, часто виступали як сепаровані від обсерваций як за показником часу, так іноді і за показником фабульно-тематичного спряження, та потребували невідкладної реалізації одразу після виникнення інтрапсихічного спонування;

- при розладах невротичного спектра компульсії напряду поставали з тематики обсерваций, виконувалися тільки з метою відчуття полегшення, ніколи не були сепарованими від обсерваций та часто були прихованими (підлягали частковій вольовій регуляції);

- для емоційно-поведінкових розладів були характерні спрямовані на боротьбу з нав'язливими страхами компульсивні акти, що мали тенденцію до поступового вгасання;

- *критерій транспарентності етіологічного фактору СОКС:*

- при розладах шизоформного спектра етіологічний фактор зазвичай мав індіферентний характер;

- при розладах невротичного спектра етіологічний фактор зазвичай мав криптогенний характер;

- при емоційно-поведінкових розладах етіологічний фактор зазвичай мав психотравматичний характер;

- *критерій перебігу (періодичності виникнення) СОКС:*

- при розладах шизоформного спектра періодичність виникнення СОКС виявилася найвищою та з тенденцією до наростання;

- при розладах невротичного спектра періодичність виникнення СОКС була стабільно високою;

- для емоційно-поведінкових розладів характерна була невисока частота проявів СОКС із тенденцією до затухання останніх;

- *критерій інтенсивності СОКС:*

- при розладах шизоформного спектра спостерігалася середня інтенсивність СОКС, а більшість хворих мала помірний або тяжкий перебіг захворювання;

- при розладах невротичного спектра інтенсивність СОКС була найвищою, та спостерігалася найбільша кількість хворих із тяжким і вкрай тяжким перебігом захворювання;

- для емоційно-поведінкових розладів характерною була найнижча інтенсивність СОКС, у цій групі переважали хворі з помірним та легким перебігом захворювання;

Четвертим критерієм диференціальної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС виступають **варіанти їх клінічного аранжування**:

— при розладах шизоформного спектра найчастіше спостерігалися такі варіанти клінічних аранжувань СОКС:

— *гіпопатичний (апатичний)* варіант клінічного аранжування СОКС характеризувався незначною виразністю або відсутністю афективного супроводу обсесивної симптоматики, коли нав'язливості, незважаючи на їх тематичне наповнення, не викликали емоційного відгуку в хворого або емоційний відгук був незначний і не відповідав тематиці та масштабу обсесій;

— *іпохондричний* варіант клінічного аранжування СОКС характеризувався акцентом на нав'язливостях, центрованих навколо стану здоров'я та ризику розвитку численних небезпечних для життя захворювань без жодних на то підстав;

— при розладах невротичного спектра найчастіше спостерігалися такі варіанти клінічних аранжувань СОКС:

— *астенічний* варіант клінічного аранжування СОКС проявлявся значним рівнем виснаження та пригніченням вольового компонента спротиву нав'язливим думкам та діям внаслідок високої інтенсивності обсесивних переживань;

— *депресивний* варіант клінічного аранжування СОКС формувалася через аранжування нав'язливостей вираженням зниження настрою з елементами гальмування асоціативного процесу;

— *дереалізаційний* варіант клінічного аранжування СОКС характеризувався епізодичним відчуттям відстороненості від навколишнього світу на висоті переживань (за психастенічним типом);

— *диссомнічний варіант* клінічного аранжування СОКС проявлявся переважно порушеннями сну (неможливістю заснути протягом тривалого часу, частими нічними пробудженнями, кошмарними сновидіннями), які виникали внаслідок обсесивних переживань з активізацією останніх в нічний час;

— при емоційно-поведінкових розладах найчастіше спостерігалися такі варіанти клінічних аранжувань СОКС:

— *дисфоричний* варіант клінічного аранжування СОКС проявлявся афективним аранжуванням у вигляді елементів тужливої злости чи агресії, та схильністю до експлозивних реакцій, переважно за умов перешкоджання реалізації компульсій;

— *істеричний* варіант клінічного аранжування СОКС характеризувався лабільністю афекту, нестійким фоном настрою та підвищеною збудливістю з вираженою імпрегнацією емоційно-поведінкових корелятивів нав'язливостей переживаннями гістріоїдного характеру;

— *фобічний* варіант клінічного аранжування СОКС характеризувався відчуттям непереборного тематично асоційованого предметного страху,

що супроводжував появу нав'язливостей та мав виразний психовегетативний компонент.

Окремо слід констатувати наявність варіанту клінічного аранжування СОКС, що не має диференціально-діагностичної цінності через свою універсальність та наявність у більшості обстежених хворих: *анксіозний* варіант був спільним для усіх груп варіантом клінічного аранжування СОКС, оскільки тривога в тому чи тому ступені вираженості виявлялася у 100 % обстежених контингентів та була обов'язковим компонентом обсесивного синдрому, а іноді анксіозний компонент виступав на перший план та був титульним психопатологічним симптомом.

Але зазначені особливості репрезентації анксіозного варіанту клінічного аранжування СОКС дали змогу сформулювати уявлення про специфічні констеляції рівнів суб'єктивно відчуваних та об'єктивно спостережуваних анксіозних проявів, що має додаткову диференціально-діагностичну та кваліфікаційну цінність.

П'ятим критерієм диференціальної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС є **специфічний розподіл (констеляція) суб'єктивно відчуваних та об'єктивно спостережуваних анксіозних проявів** як найбільш експліцитних ознак СОКС:

— при розладах шизоформного спектра відзначався середній рівень вираженості особистісної тривоги, середній рівень вираженості ситуативної тривоги та високий рівень вираженості зовнішніх проявів тривоги;

— при розладах невротичного спектра відзначався високий рівень особистісної тривоги, високий рівень ситуативної тривоги та середній рівень зовнішніх проявів тривоги;

— при емоційно-поведінкових розладах відзначався середній рівень особистісної тривоги, високий рівень ситуативної тривоги, високий рівень зовнішніх проявів тривоги.

Отже, аналіз результатів дослідження дав змогу сформулювати чотири основні і один додатковий критерії диференціальної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС:

— специфічний кластер якісних фабульно-тематичних характеристик;

— типологія тематики обсесій;

— специфічний кластер структурно-динамічних характеристик;

— варіанти їх клінічного аранжування;

— специфічна констеляція суб'єктивно відчуваних та об'єктивно спостережуваних анксіозних проявів.

Зазначені критерії дають підстави для розробки «Шкали диференціальної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС». Передбачається, що шкала буде містити три модулі:

1) триступінчастий **фабульно-тематичний модуль** — від деталізованих характеристик (перший ступінь) через узагальнені характеристики (другий ступінь) до виходу далі на конкретний тип тематики

обсесій (третьої ступінь), що має диференціально-діагностичне, нозокваліфікувальне та прогностичне значення;

2) трикомпонентний **структурно-динамічний модуль** — що відображає структуру (окремо для обсесій та компульсій), транспарентність етіологічного фактору, перебіг та періодичність екзацербцій, а також інтенсивність обсесій і компульсій, характерних для обсесій та компульсій різної нозологічної кваліфікації;

3) нозоспецифічний **модуль клінічного аранжування** (переважно афективного спрямування) з додатком у вигляді оцінки констеляції ознак анкіозного супроводу.

Сформулюємо основні висновки з дослідження.

На підставі результатів психоанамнестичного, клініко-психопатологічного, клініко-етіологічного та патопсихологічного досліджень дітей, підлітків та молодих осіб із шизоформними, невротичними та емоційно-поведінковими розладами сформовано чотири основні і один додатковий критерії диференціальної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС:

1. Специфічний кластер якісних фабульно-тематичних характеристик (за критеріями масштабу, афективної насиченості, зв'язку з психотравмою, асоціювання тематики, реалістичності, простоти, наявності критики до тематики обсесій, виявленості та персоналізації).

2. Типологія тематики обсесій (багатий байдуже-аутистичний тип, виснажливо-афективний тип з критичним осмисленням, простий психотравматично-проектований тип).

3. Специфічний кластер структурно-динамічних характеристик (за критеріями специфіки структури обсесій та компульсій, транспарентності етіологічного фактору СОКС, перебігу (періодичності виникнення) СОКС та інтенсивності СОКС).

4. Варіанти їх клінічного аранжування (гіпатичний, іпохондричний, астеничний, депресивний, дереалізаційний, диссомнічний, дисфоричний, істеричний, фобічний та анкіозний).

5. Специфічна констеляція суб'єктивно відчуваних та об'єктивно спостережуваних анкіозних проявів.

Зазначені критерії дають підстави для розроблення «Шкали диференціальної діагностики та релевантності нозологічної кваліфікації СОКС» з трьох модулів: триступінчастого фабульно-тематичного модуля, трикомпонентного структурно-динамічного модуля та нозоспецифічного модуля клінічного аранжування.

Список літератури / References

1. Goodman WK, Grice DE, Lapidus KA, Coffey BJ. Obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am.* 2014 Sep;37(3):257-67. doi: 10.1016/j.psc.2014.06.004.

2. Роль інформаційної дезадаптації при обсесивно-компульсивному розладі у жінок / А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков [та ін.] // Вісник проблем біології і медицини. 2020. Вип. 3 (157). С. 146–149. / Skrypnikov A. M., Herasymenko L. O., Isakov R. I., Fysun Yu. O., Hryn K. V. [The role of informational maladjustment in obsessive-compulsive disorder in women]. *Bulletin of Problems of Biology and Medicine.* 2020; 3(157):146–149. 10.29254/2077-4214-2020-3-157-146-149. (In Ukrainian).

3. Liu J, Cui Y, Yu L, Wen F, Wang F, Yan J, Yan C, Li Y. Long-Term Outcome of Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2021 Mar;31(2):95-101. doi: 10.1089/cap.2020.0051.

4. Міхановська Н. Г., Редька І. В. Психосоціальна адаптація молоді: дефініції, методи дослідження, досвід та перспективи вивчення // Охорона здоров'я дітей та підлітків. Український міжвідомчий збірник. № 1–2, 2024. / Mikhanovska N. G., Redka I. V. Psychosocial adaptation of youth: definitions, research methods, experience and prospects for study. *Health care of children and adolescents. Ukrainian interdepartmental collection.* 2024;1–2. (In Ukrainian).

5. Markova Marianna & Aliieva, T. & Piontkovska, O. (2024). Mental health of children in Ukraine. risks and challenges today. *European Psychiatry.* 67. S253-S253. 10.1192/j.eurpsy.2024.537.

6. Чугунов В. В. Норма в психіатричеськом измерении : монографія. Львів, 2020. 632 с. / Chugunov V.V. Norm in psychiatric dimension: monograph. Lviv, 2020. 63 p. (In Russian).

7. Krzanowska E., Kuleta M. From anxiety to compulsivity: A review of changes to OCD classification in DSM-5 and ICD-11. *Arch Psych Psych.* 2017;19(3):7-15. DOI: <https://doi.org/10.12740/APP/76150>.

8. Farhat LC, Vattimo EFQ, Ramakrishnan D, Levine JLS, Johnson JA, Artukoglu BB, et al. Systematic Review and Meta-analysis: An Empirical Approach to Defining Treatment Response and Remission in Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2022 Apr;61(4):495-507. doi: 10.1016/j.jaac.2021.05.027.

9. Schuyler M. K., Geller D. A. Childhood obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America.* 2023;46(1):89–106. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2022.10.002>.

Надійшла до редакції 05.12.2024

ЧУГУНОВА Анна Сергіївна, аспірантка кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Київ, Україна; e-mail: close2madness@gmail.com

CHUHUNOVA Anna, Postgraduate Student of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology, of the Shupyk's National University of Health Care of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: close2madness@gmail.com

В. М. Міщенко, І. В. Здесенко, О. В. Дмитрієва

КОРЕКЦІЯ ПСИХОЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ COVID-19

Vladyslav Mishchenko, Iryna Zdesenko, Olena Dmytriieva

CORRECTION OF PSYCHO-EMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH COVID-19*Ключові слова: COVID-19, психоемоційні розлади, корекція**Key words: COVID-19, psycho-emotional disorders, correction*

Проведено дослідження психоемоційних розладів у пацієнтів, що перенесли COVID-19. Отримані результати показали, що у пацієнтів з перенесеним COVID-19 відзначаються астеничні, тривожні, депресивні порушення, фобічні, больові та когнітивні розлади.

Розроблено систему психотерапевтичної корекції цих розладів. Продемонстрований позитивний вплив психотерапевтичної корекції на психоемоційні та когнітивні функції пацієнтів.

Комплексна система психотерапії та корекції психоемоційних розладів допомагає поліпшити показники медичної, соціальної ефективності і підвищити якість життя хворих.

A study of psycho-emotional disorders in patients with COVID-19 was conducted.

The obtained results showed that patients with transferred COVID-19 have asthenic, anxiety, depressive disorders, phobic, pain and cognitive disorders.

A system of psychotherapeutic correction of these disorders has been developed. A positive effect of psychotherapeutic correction on psycho-emotional and cognitive functions of patients was demonstrated.

A comprehensive system of psychotherapy and correction of psycho-emotional disorders allows to improve indicators of medical and social efficiency and to improve the quality of life of patients.

У грудні 2019 року в місті Ухань (Китай) виник спалах нової інфекції коронавірусу людини (HCoV). На відміну від коронавірусу важкого гострого респіраторного синдрому (SARS-CoV-1) і коронавірусу близькосхідного респіраторного синдрому (MERS-CoV), інфекція SARS-CoV-2 (COVID-19) швидко набула характеру пандемії та була зареєстрована в усіх країнах світу [1].

Відомо, що COVID-19 здатний уражати багато органів та систем організму, включно з нервовою системою та психічною сферою [2—10].

Дані з клінічної практики свідчать про те, що вірус SARS-CoV-2 ушкоджує нервову та психічну системи як у гострому періоді захворювання, так і у постковідному (через 3—6 місяців) періоді [2—5; 7; 10—13].

Порушення центральної нервової системи (ЦНС) у хворих на COVID-19 проявляються у вигляді запаморочення, головного болю, порушень свідомості, запальних захворювань (менінгоенцефаліти, менінгіти, енцефаліти, мієліти), демієлінізуючих захворювань (розсіяний склероз, дисемінований енцефаломієліт), гострої некротичної енцефалопатії, нейродегенеративних захворювань (хвороба Паркінсона, хвороба Альцгеймера), гіпоксичної енцефалопатії, цереброваскулярних захворювань (ішемічний інсульт, внутрішньомозковий крововилив, субарахноїдальний крововилив, венозний тромбоз, транзиторні ішемічні атаки, хронічна ішемія мозку) [2; 4, 6, 7; 9; 12; 14; 15].

Частотність уражень ЦНС становить від 40 % до 80 %. Причинами їх розвитку є тліюче запалення, ендотеліїт, гіпоксія, гіперкоагуляція та інші [2; 3; 7; 8; 12; 14].

Також відзначають, що COVID-19 частіше має більш важкий перебіг та більш важкі ускладнення у людей, що мають судинні фактори ризику, як-от артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, саме у них відзначається більш висока смертність. Багато хворих, особливо людей похилого віку, відзначають загострення перебігу хронічної ішемії мозку у вигляді когнітивних та емоційних порушень, запаморочення, коливань артеріального тиску, порушень сну, посилення екстрапірамідних розладів [2; 6; 7; 12; 13; 15; 16].

COVID-19 може опосередковано впливати на судинну систему через посилення емоційних реакцій у пацієнтів, формування тривожних, депресивних проявів [6; 12; 15]. У більшості хворих, що перенесли коронавірусну хворобу COVID-19, відзначаються різні психоемоційні розлади, які впливають на ефективність лікувальних заходів.

Описані початкові психопатологічні прояви дистресу, викликані COVID-19, — симптоми тривоги: підвищена збудливість або нервозність з передчуттям небезпеки, що насувається, дратівливість та відчуття безглуздості, безсоння, нічні кошмари та гетеротематичні страхи [2; 6; 7; 10; 12; 15—17].

Крім симптомів тривоги, в умовах пандемії відзначено збільшення кількості та вираженості ознак депресії (плаксивість, зниження настрою, почуття безпорадності, нудьги, самотності та пригніченості), когнітивних розладів (дезорієнтація в місці та часі, власної особистості, млявість або психомоторне збудження), а також порушень поведінки: агресивна поведінка щодо об'єктів або до інших людей [2; 6; 7; 10; 12; 15—18].

Зміни в психоемоційній сфері можуть призвести до виникнення та фіксації нових порушень, утворюючи «хибне коло» залежності психоемоційного та 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, ускладнюють перебіг захворювання, відновно-реабілітаційні процеси, призводять до прогресування захворювання, знижують якість життя, є однією з головних причин непрацездатності та інвалідності пацієнтів. Тому вивчення особливостей психоемоційних розладів у постковідних пацієнтів та розробка методів їх корекції є актуальною та сучасною проблемою.

Становило інтерес вивчення ефективності саме психотерапевтичної корекції у лікуванні постковідних пацієнтів.

Проведено клініко-психопатологічне обстеження 60 пацієнтів з цереброваскулярними порушеннями через 2—4 місяці від початку коронавірусної хвороби COVID-19. 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. В усіх хворих уперше діагностовано дисциркуляторну енцефалопатію (ДЕ) I—II стадії. Щодо характеру судинного захворювання — у 36 хворих діагностовано гіпертонічну хворобу, у 14 — атеросклероз, у 10 випадках — сполучення гіпертонічної хвороби з атеросклерозом.

Використані такі методи досліджування: клініко-неврологічні, клініко-психопатологічні, психодіагностичні (вивчення особистісної тривожності та реактивної тривоги за шкалою Спілбергера — Ханіна; оцінка депресії за шкалами Гамільтона (HDRS) і Бека; оцінка когнітивних функцій за шкалою оцінки психічного статусу (MMSE); оцінка якості життя пацієнтів (Mezzich J., Cohen N., Ruiperez M., Lin I., and Yoon G., 1999), адаптована Н. О. Марутою).

Усі отримані дані обробляли загальноприйнятими у медицині методами статистичного аналізу з використанням пакетів прикладних програм Microsoft Excel 2007, Statistica for Windows 5.0. Частота ряду клінічних ознак подана в абсолютних числах і виражена у відсотках. Отримані дані ряду експериментально-психологічних методик обробляли методами варіаційної статистики з обчисленням середнього арифметичного та його відхилення. Достовірність отриманих результатів визначали за допомогою критерію Стьюдента (відмінності вважали достовірними при $p < 0,05$).

Усі досліджувані пацієнти були поділені на дві групи — основну (ОГ) та групу порівняння (ГП) по 30 осіб у кожній (табл. 1). Групи 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.

Таблиця 1. Порівняльна характеристика обстежених хворих

Показник	Основна група (n = 30)	Група порівняння (n = 30)
Вік, роки	50,2 ± 6,6	51,4 ± 5,6
Чоловіки, n (%)	14 (47)	13 (43,3)
Жінки, n (%)	16 (53)	17 (56,7)

У всіх обстежених пацієнтів виявлено психічні розлади неспсихотичного рівня. Найчастішими психопатологічними симптомами у обстежених осіб, що перенесли COVID-19, були психічна та фізична стомлюваність (80,0 ± 1,3 %), дратівливість (83,3 ± 1,3 %), неконтрольованість емоційних реакцій (60,0 ± 0,6 %), загальна слабкість (83,3 ± 1,3 %). У структурі стомлюваності у хворих розрізняли два компоненти — фізичний та психічний. Фізична стомлюваність виявлялася як неможливість виконання колишнього обсягу фізичного навантаження, швидка виснаженість, потреба у частішому відпочинку. Спад продуктивності та уваги під час виконання розумової роботи, почуття втоми у разі тривалого спілкування з людьми, дії різноманітних подразників (гучна музика, яскраве світло тощо) становили психічний компонент стомлюваності. Хворі зазначали, що після розумового навантаження сповільнювалося мислення, з'являлася неухважність, утруднялося запам'ятовування.

У хворих відзначалися безпричинні зміни настрою (46,7 ± 1,1 %), які здебільшого характеризувалися раптовим погіршенням настрою. Зворотна динаміка — поява почуття радості, відчуття веселощів, емоційного підйому без видимих підстав — практично не спостерігалися в обстежених хворих.

Слід зазначити, що у (66,7 ± 1,3) % досліджуваних погіршення пам'яті було представлено переважно порушеннями запам'ятовування, та зумовлене зниженням здатності до концентрації уваги, загальною стомлюваністю. Практично не наголошувалося на погіршенні відтворення минулих подій, знань тощо. Комплексна оцінка вираженості когнітивних порушень показала, що у хворих як ОГ, так і ГП відзначалися переважно помірні когнітивні порушення. Загальний показник за шкалою MMSE становив 25,8 ± 0,2 балів з 30 можливих.

Порушення пам'яті, уваги, когнітивної діяльності корелювало з розвитком депресивної симптоматики ($r = 0,3$).

Неспсихотичні психічні розлади у хворих, що перенесли COVID-19, характеризувалися широким спектром психопатологічних порушень. Виявлена симптоматика вирізнялася поліморфізмом, вираженістю, залежністю від соматичного стану хворого.

Здебільшого у того самого хворого були одночасно астеничні, іпохондричні, тривожно-депресивні, вегетативні, диссомнічні та інші порушення.

Виявлені клініко-психопатологічні порушення у обстежених хворих ОГ та ГП, особливості їх клінічної структури дали змогу виокремити провідні клінічні синдроми і типи ставлення пацієнтів до хвороби

(больовий, фобічний, астено-іпохондричний, астено-депресивний, астено-тривожний, істероформний синдроми; синдром когнітивних порушень, анозогностичне ставлення до захворювання). Астенічна симптоматика у пацієнтів входила в структуру астено-тривожного, астено-депресивного, астено-іпохондричного синдромів.

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

Астено-депресивний синдром виражався у зниженому, пригніченому настрої, загальмованості, зниженні інтелектуальної та загальної активності, погіршанні самопочуття у вечірній час, іноді — у суїцидальних думках, порушенні сну. Відзначалися переважно легкі та помірні депресивні розлади.

Астено-тривожний синдром характеризувався появою непереборних страхів, сумнівів, уявлень зі збереженням критичного до них ставлення на тлі виражених клінічних астенічних проявів. Показники реактивної тривоги були дещо вищими від показників особистісної тривожності.

Істероформний синдром проявлявся у демонстративному характері поведінки. У межах цього синдрому у хворих відзначалися такі порушення (рухові і чутливі), які не відповідали неврологічній симптоматиці.

У хворих спостерігалися елементи астенічно-обсесивного характеру: вони втрачали інтерес до спілкування з оточенням, виявлялися раніше не властиві їм недовірливість, тривожність, невпевненість у собі. Відзначався нестійкий, з відтінком туги настрій, з'являлися ознаки зниження особистісної стійкості до емоційно-психогенних чинників зовнішнього середовища.

Анозогностичні розлади у хворих 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.

Усі хворі отримували стандартне базисне лікування (вітамінотерапія, антигіпертензивна терапія, антиагреганти, статини за показаннями, вазоактивні препарати, антиаритмічні, протибольові, ноотропні препарати, у разі потреби — антидепресанти та анксиолітики).

Хворим ОГ проводили також диференційовану, патогенетично обґрунтовану психотерапевтичну корекцію.

Основними принципами побудови психотерапевтичної корекції були ранній початок, етіопатогенетична спрямованість, етапність, диференційованість, комплексність, досягнення кінцевого результату.

Ранній початок психотерапії передбачав проведення реабілітаційних заходів і психотерапевтичних впливів вже на початковому етапі взаємодії з хворим.

Етіопатогенетична спрямованість передбачала психотерапевтичні дії, спрямовані на усунення причин розвитку афективних порушень.

Етапність — курацію хворих за показаннями на амбулаторному, стаціонарному, санаторно-курортному рівнях з дотриманням послідовності лікувальних заходів.

Диференційованість передбачала цільове застосування терапевтичних методів, відповідних провідному клінічному синдрому.

Комплексність — обов'язкове поєднання психотерапевтичних впливів з базисною терапією, медикаментозними і немедикаментозними методами лікування. Комплексність також передбачала використання декількох методів психотерапії з послідовною зміною їх ролі залежно від завдань етапу.

Кінцева мета психотерапевтичних реабілітаційних заходів полягала у відновленні максимально можливого рівня соціального функціонування та якості життя пацієнтів.

На основі даних комплексного обстеження для кожного хворого була побудована індивідуальна програма психотерапевтичної допомоги з урахуванням особливостей пацієнта та клінічної картини захворювання. Використовували як індивідуальні, так і групові форми психотерапії.

У реалізації системи психотерапевтичних та реабілітаційних заходів вирізняли п'ять етапів: 1 етап — діагностичний, 2 етап — адаптаційний, терапевтичного альянсу; 3 етап — лікувально-коригувальний, основний; 4 етап — завершальний, 5 етап — психопрофілактичний. На кожному етапі проводили у середньому 3—5 індивідуальних, 6—8 групових занять. Використовували аутотренінг (АТ), раціональну психотерапію, когнітивний тренінг, гіпносугестивну та когнітивно-біхевіоральну психотерапію.

Аутотренінг призначали для корекції астенічних, тривожно-депресивних, іпохондричних, істероформних станів. Найкращі результати показало застосування АТ з елементами прогресивної релаксації за Джейкобсоном. Принципіальна відмінність АТ від інших методів психотерапії полягала в тому, що усі технічні та методичні прийоми реалізує здебільшого сам пацієнт.

Когнітивно-біхевіоральна психотерапія була спрямована на формування у пацієнтів нових патернів поведінкових реакцій. Завданням цього методу було виявлення неадекватних правил обробки інформації, заміна їх конструктивними, а також опанування пацієнтами низки навчальних технік. Цей метод через когнітивне опосередкування справляв визначальний вплив на поведінкові реакції та процеси, емоційні та психічні розлади. У межах когнітивно-біхевіоральної психотерапії ми використовували поведінкові техніки, що ґрунтуються на принципах теорії навчання.

Гіпносугестивна психотерапія найчастіше була спрямована на відновлення порушених вищих коркових функцій; поліпшення окремих психічних функцій (пам'яті, уваги та ін.), корекцію порушень вегетативно-вісцеральної регуляції, статевої функції.

Когнітивний тренінг проводили з метою відновлення у хворих функцій уваги, пам'яті, інтелекту. Суть цих тренувань полягала в тому, що пацієнтові дозвано пропонували для виконання прості, однокомпонентні завдання. Вони були призначені для переважної активізації та відновлення окремих елементів психічної діяльності, потрібних для здійснення більш складних форм цілеспрямованої поведінки. Залучення пацієнта у прості, але цікаві для нього вправи сприяло поступовому поліпшенню затребуваних когнітивних функцій. Неодмінною умовою подібних тренувань було поступове ускладнення завдань та збільшення їх обсягу відповідно до поліпшення функціональних можливостей пацієнта, а також надання хворому позитивного зворотного зв'язку та заохочення його навіть самих невеликих успіхів.

У когнітивній реабілітації ми використовували техніку градуйованих завдань, яка передбачала

на першому етапі складання плану дій на кожен день, щоб підвищити мотивацію пацієнта, спонукати його до більшої активності і відвернути від похмурих думок. Плануючи свій день, пацієнт мимоволі обмірковував майбутні заняття і ставив перед собою осмислені цілі. Надалі, зіставляючи плани з щоденними звітами, пацієнт спільно з психотерапевтом оцінював свої досягнення.

Оцінку ефективності розробленої системи психотерапевтичної корекції психоемоційних розладів у постковідних пацієнтів проводили порівнянням динаміки клініко-психопатологічної симптоматики, психодіагностичних параметрів, перебігу захворювання у пацієнтів ОГ і ГП.

У процесі психотерапевтичного лікування стан пацієнтів, які перенесли коронавірусну хворобу COVID-19, покращувався, виразність симптоматики зменшувалася (табл. 2).

Таблиця 2. Динаміка провідних клінічних синдромів та типів ставлення до хвороби у процесі лікування обстежуваних осіб

Синдром	Частота синдрому за групами			
	Основна група (n = 30)		Група порівняння (n = 30)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Больовий	66,7 ± 1,3	46,7 ± 1,1	63,3 ± 1,3	53,3 ± 1,3
Фобічний	83,3 ± 1,3	33,3 ± 0,2*	86,7 ± 1,3	56,7 ± 1,3
Астено-іпохондричний	13,3 ± 0,3	10,0 ± 0,3	13,3 ± 0,3	13,3 ± 0,3
Астено-депресивний	33,3 ± 0,7	23,3 ± 0,1	30,0 ± 0,3	26,7 ± 0,3
Астено-тривожний	43,3 ± 0,7	16,6 ± 0,1*	36,7 ± 0,1	33,3 ± 0,2
Істероформний	6,7 ± 0,1	3,3 ± 0,1	6,7 ± 0,3	6,7 ± 0,3
Когнітивних порушень	66,7 ± 1,3	26,7 ± 0,3*	66,7 ± 1,3	43,3 ± 0,7
Анозогностичне ставлення	13,3 ± 0,7	9,9 ± 0,1	13,3 ± 0,7	13,3 ± 0,7

Примітка. Результати подано у вигляді (% ± m %); * — відмінності між групами ОГ і ГП достовірні (p < 0,05)

Позитивна клінічна ефективність лікування була відзначена в обох групах хворих, але в основній групі вона набагато більш виражена.

Зокрема, частота больового синдрому в ОГ знизилася в 1,4 раза, тоді як в ГП — в 1,2 раза; фобічного в ОГ — в 2,5 раза, тоді як в ГП — в 1,5 раза. Частота когнітивних порушень в ОГ знизилася у процесі лікування в 2,5 раза, в ГП — в 1,5 раза.

У процесі лікування у пацієнтів знижувалася вираженість тривожних порушень (середні показники реактивної тривоги та особистісної тривожності знижувалися в ОГ в 1,3—1,4 раза, в ГП — лише в 1,1 раза) (табл. 3). Також відзначалося зниження частоти і вираженості депресивних порушень за шкалами Гамільтона та Бека (в ОГ — в 1,7 раза, в ГП — в 1,3 раза).

Таблиця 3. Динаміка патопсихологічних показників у обстежених осіб у процесі лікування

Показник	Основна група (n = 30)		Група порівняння (n = 30)	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Реактивна тривога (шкала Спілбергера — Ханіна)	36,6 ± 3,0	26,6 ± 3,1	33,3 ± 3,1	30,0 ± 3,1
Особистісна тривожність (шкала Спілбергера — Ханіна)	33,3 ± 2,9	26,6 ± 3,1	33,3 ± 3,1	30,0 ± 3,1
Депресія (шкала Гамільтона)	16,5 ± 2,3	9,9 ± 1,3*	16,5 ± 1,3	13,2 ± 1,3
Депресія (шкала Бека)	16,5 ± 3,3	9,9 ± 1,3*	16,5 ± 1,3	13,2 ± 1,3
Когнітивна функція (методика MMSE)	25,8 ± 0,2	27,8 ± 0,2*	25,8 ± 0,2	26,2 ± 0,2

Примітка. Середній бал за шкалами подано у вигляді (M ± m), де M — середнє арифметичне значення, m — відхилення середнього арифметичного значення; * — відмінності між групами ОГ і ГП достовірні (p < 0,05)

У процесі лікування істотно покращилися показники (шкала MMSE) когнітивних функцій у пацієнтів ОГ (підвищення балів за шкалою MMSE з $25,8 \pm 0,2$ балів до $27,8 \pm 0,2$ балів), тоді як в ГП когнітивні порушення лише мали тенденцію до покращення (підвищення — з $25,8 \pm 0,2$ до $26,2 \pm 0,2$ балів). Позитивна динаміка показників когнітивних функцій корелювала зі зниженням частоти та вираженості психоемоційних розладів ($r = 3$).

Після проведеного лікування у пацієнтів відзначалось покращення показників якості життя за всіма шкалами як в ОГ, так і в ГП — у середньому показники підвищилися в 1,4—2,0 рази. До лікування хворі найнижче оцінювали «Фізичне благополуччя» ($3,5 \pm 0,4$ бали), «Працездатність» ($3,5 \pm 0,4$ бали), «Загальне сприйняття якості життя» ($3,8 \pm 0,4$ бали). Після лікування показники за шкалою «Фізичне благополуччя» збільшилися в ОГ до $7,0 \pm 0,3$ бали, в ГП — до $4,5 \pm 0,4$ бали; за шкалою «Працездатність» в ОГ до $7,0 \pm 0,3$ бали, в ГП — до $4,8 \pm 0,4$ бали. Показник «Загальне сприйняття якості життя» підвищився до $7,4 \pm 0,3$ бали в ОГ і до $5,0 \pm 0,4$ бали в ГП.

Порівняльна характеристика клініко-психопатологічної та патопсихологічної симптоматики у хворих ОГ та ГП дала змогу встановити, що після проведеного лікування у хворих ОГ більшою мірою досягнуто зниження загального рівня тривожності, істотної редукції симптоматики депресивного кола, зменшення когнітивного дефіциту. Практично повної редукції зазнали також астеничні радикали, соматовегетативні кореляти афективних станів. Відзначалося розширення сфери спілкування і кола інтересів. Позитивні зрушення відбулися щодо адекватної самооцінки власних можливостей.

Отже, проведене дослідження дало підстави стверджувати, що включення психотерапії в комплекс лікування психоемоційних розладів у осіб, які перенесли COVID-19, дає змогу досягти достовірно більшої, проти ГП, позитивної динаміки психопатологічних симптомів, показників психоемоційного стану та особистісного реагування на хворобу.

У терапії психоемоційних розладів у осіб, які перенесли COVID-19, ефективним є раннє застосування системи диференційованих лікувально-реабілітаційних заходів, яка включає комплекс раціональної, особистісно-орієнтованої, гіпноугестивної, когнітивно-біхевіоральної, групової психотерапії та АТ.

Комплексна система психотерапії та корекції психоемоційних розладів дає змогу поліпшити показники медично-соціальної ефективності і підвищити якість життя пацієнтів. Включення системи психотерапевтичних заходів в комплексну терапію психоемоційних розладів у хворих, які перенесли COVID-19, підвищує ефективність загального лікування.

Список літератури / 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). Неврологічні ускладнення у пацієнтів з COVID-19 // Психіатрія, неврологія та медична психологія [Neurological complications in patients with COVID-19]. *[Psychiatry, neurology and medical psychology]*, (16). 23-33. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2021-16-03>. (In Ukrainian).

3. 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.

4. Maury A, Lyoubi A, Peiffer-Smadja N, de Broucker T, Mepiel 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.

5. 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.

6. 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.

7. Panariello F, Cellini L, Speciani M., De Ronchi D., Atti A.R. How Does SARS-CoV-2 Affect the Central Nervous System? A Working Hypothesis. *Front Psychiatry.* 2020. 11. 582345. Published 2020 Nov 16. doi: 10.3389/fpsy.2020.582345.

8. 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.

9. 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.

10. Weir K. How COVID-19 attacks the brain. *Monitor on Psychology.* 2020. Vol. 51. No. 8. 20 p. <https://www.apa.org/monitor/2020/11/attacks-brain>.

11. 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.

12. 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.

13. Carvalho-Schneider C, Laurent E, Lemaigen A, Beauflis E, Bourbao-Tournois C, Laribi S, Flament T, Ferreira-Maldent N, Bruyère F, Stefic K, Gaudy-Graffin C, Grammatico-Guillon L, Bernard L. Follow-up of adults with noncritical COVID-19 two months after symptom onset. *Clin. Microbiol. Infect.* 2021 Feb;27(2):258-263. doi: 10.1016/j.cmi.2020.09.052. Epub 2020 Oct 5. PMID: 33031948; PMCID: PMC7534895.

14. Зозуля І. С., Мардзвік В. М., Мардзвік М. В. Судинні неврологічні ускладнення в пацієнтів з COVID-19 // Український медичний часопис. / Zozulia I. S., Mardzvik V. M., Mardzvik M. V. [Vascular neurological complications in patients with COVID-19]. *Ukrainskyi medychnyi chasopys [Ukrainian medical journal]*. 2021. II/IV. 2(142). DOI: 10.32471/umj.1680-3051.142.204731. (In Ukrainian).

15. 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.

16. Lopez-Leon S, Wegman-Ostrosky T, Perelman C, Sepulveda R, Rebolledo PA, Cuapio A, Villapol S. More than 50 Long-term effects of COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Sci Rep*. 2021 Aug 9;11(1):16144. doi: 10.1038/s41598-021-95565-8. PMID: 34373540; PMCID: PMC8352980.

17. Копчак О. О. Особливості когнітивних порушень при COVID-19 // Міжнародний неврологічний журнал. 2021. Т. 17. № 3. С. 12. / Korchak O. O. [Peculiarities of cognitive disorders in COVID-19]. [*International Journal of Neurology*]. DOI: <http://dx.doi.org/https://doi.org/10.22141/2224-0713.17.3.2021.231569>. (In Ukrainian).

18. Fartushna, O., Palahuta, H., & Yevtushenko, S. Neurological and neuropsychiatric manifestations and complications of SARS-CoV-2 infection: a narrative review and a case presentation in a previously healthy young white adult. *Міжнародний неврологічний журнал [International Neurological Journal]*. (2021). 17(1), 17-22. DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.17.1.2021.226914>.

Надійшла до редакції 19.11.2024

Відомості про авторів:

МІЩЕНКО 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

* — відділ судинної патології головного мозку та реабілітації Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України», 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

** — Department of Brain Vascular Pathology and Rehabilitation of the State Institution "P. V. Voloshin's Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

Посохов М. Ф., Дрогваленко М. О., Байда Р. М., Дагер Н.

НАШ ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЛІДОКАЇНОВИХ БЛОКАД З ВІТАМІНОМ В₁₂ У ХВОРИХ З ТЯЖКИМИ ФОРМАМИ НЕВРАЛГІЇ ТРІЙЧАСТОГО НЕРВА

Posokhov M. F., Drohvalenko M. O., Bayda R. M., Daher N.

OUR EXPERIENCE OF USING LIDOCAINE BLOCKADES WITH VITAMIN B₁₂ IN PATIENTS WITH SEVERE FORMS OF TRIGEMINAL NEURALGIA

Ключові слова: невралгія трійчастого нерва, медикаментозні денервації, лідокаїнові блокади, ціанокобаламін

Keywords: trigeminal neuralgia, pharmacological denervation, lidocaine blockades, cyanocobalamin

Мета роботи: вивчити ефективність лідокаїнових блокад з вітаміном В₁₂ у хворих із невралгією трійчастого нерва (НТН) у коротко- та довгостроковій перспективі.

Проведено аналіз лікування 43 пацієнтів із НТН із застосуванням периферичних блокад: чоловіків — 12 (27,91 %), жінок — 31 (72,09 %); середній вік — 62,60 ± 11,27 років, тривалість захворювання — 8,89 ± 7,73 років. Для виконання блокад використовували суміш 4,0 мл 2 % лідокаїну з 500 мкг ціанокобаламіну, яку вводили пери-/параневрально. Виразеність больового синдрому оцінювали за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ) у різні терміни: від 30 хвилин до трьох років після блокади.

Інтенсивність болю на момент госпіталізації становила 5,5—10 (8,74 ± 1,06) см за ВАШ. Через 30 хвилин після блокади вона знизилася до 2,5—4,5 (2,75 ± 0,65). У зв'язку з поверненням болю 38 пацієнтам проведено радикальні оперативні втручання. Через 6—36 місяців у 5 (11,63 %) пацієнтів отримані відмінні та добрі результати.

Лідокаїнові блокади з вітаміном В₁₂ (ціанокобаламіном) забезпечують високу ефективність у короткостроковому періоді, але довгострокових результатів досягнуто лише у 11,63 % пацієнтів. Використання таких блокад доцільне у комплексному лікуванні хворих із НТН.

To estimate the efficacy of lidocaine blockades with vitamin B₁₂ in patients with trigeminal neuralgia (TN) in both short- and long-term perspectives.

The study analyzed the treatment of 43 patients with TN using peripheral nerve blocks: 12 men (27.91 %) and 31 women (72.07 %); mean age ± sd — 62.60 ± 11.27 years; disease duration — 8.89 ± 7.73 years. The blocks were performed using a mixture of 4.0 ml of 2 % lidocaine with 500 μg of cyanocobalamin (vitamin B₁₂) administered peri-paraneurally. Pain intensity was assessed using the Visual Analog Scale (VAS) at various time points: from 30 minutes to three years after the blockades.

Pain intensity at admission ranged from 5.5 to 10 (8.74 ± 1.06) cm on the VAS. Thirty minutes after the block, it decreased to 2.5—4.5 (2.75 ± 0.65). Due to the return of pain, radical surgical interventions were performed in 38 patients. After 6—36 months, excellent and good results were achieved in 5 (11.63 %) patients.

Lidocaine blockades with vitamin B₁₂ (cyanocobalamin) proved their high short-term efficacy; however, long-term results are achieved in only 11.63 % of patients. Their use is advisable as part of the comprehensive treatment of TN patients.

Невралгія трійчастого нерва (НТН) — це больовий розлад, який зазвичай має односторонню локалізацію і характеризується короткочасними, схожими на удар струму, больовими епізодами, що виникають раптово і так само швидко припиняються. Біль обмежується зоною іннервації однієї або кількох гілок трійчастого нерва. Основною причиною НТН вважають проксимальне стиснення корінця трійчастого нерва поблизу стовбура мозку кровоносною судиною. Це призводить до механічного пошкодження нервового волокна та вторинної демієлінізації, ймовірно зумовленої мікросудинними ішемічними ушкодженнями. Такі патологічні зміни знижують поріг збудження уражених нервових волокон і сприяють аномальному поширенню нервового імпульсу до сусідніх волокон. У результаті тактильні сигнали, що передаються швидкими мієліновими волокнами (А-бета), можуть безпосередньо активувати повільні ноцицептивні волокна (А-дельта), спричиняючи

характерні для НТН високочастотні больові простріли [1—4].

Згідно з оновленими критеріями Міжнародного товариства з вивчення головного болю (IHS), НТН поділяють на дві категорії: 1) типова НТН, що часто пов'язана з мікросудинною компресією в зоні входу корінця трійчастого нерва до стовбура мозку, 2) атипова НТН, яка супроводжується постійними структурними ушкодженнями обличчя, що відрізняються від судинної компресії [5].

Невралгія трійчастого нерва є порівняно рідкісним захворюванням, і кількість досліджень, що висвітлюють його поширеність, залишається обмеженою. Аналіз наявних даних свідчить, що поширеність НТН у загальній популяції становить від 0,01 % до 0,3 %. НТН може вперше проявитися в будь-якому віці, але у понад 90 % випадків захворювання починається після 40 років, а піковий вік розвитку припадає на 50—60 років. У пацієнтів із розсіяним склерозом НТН спостерігається частіше, ніж у загальній популяції [6].

Медикаментозна терапія НТН здебільшого базується на використанні протиепілептичних препаратів. Препаратами першого ряду є карбамазепін (200—1200 мг на добу) і окскарбазепін (600—1800 мг на добу), які рекомендовані для первинного лікування згідно з сучасними настановами. Препарати другого ряду мають меншу доказову базу, їх призначають додатково (ламотриджин до 400 мг на добу) або переводять на ламотриджин чи баклофен (40—80 мг на добу) у разі неефективності препаратів першого ряду [7].

Водночас медикаментозна терапія нерідко виявляється малоефективною у пацієнтів із вираженим болем обличчя при НТН. У випадках, коли консервативне лікування не дає результатів, застосовують хірургічні або мінімально інвазивні втручання, які демонструють різну ефективність. Одним із найпоширеніших таких методів є провідникова анестезія периферичних гілок трійчастого нерва (блокада нервів) [8]. Блокада є одним із найефективніших, доступних і безпечних методів лікування хворих з фармакорезистентними формами НТН. Для виконання цього методу лікар повинен глибоко знати анатомію нервів та зон іннервації, вміти точно знаходити нерв, контролювати положення голки під час приєднання шприца і введення анестетика. За умови належної підготовки, зокрема знання потрібних концентрацій, доз та можливих ускладнень, блокада нервів може успішно виконувати будь-який лікар [9, 10].

Лідокаїн — місцевий анестетик амідного типу із середньою активністю, який, за даними літератури, ефективніший, ніж новокаїн, але менш ефективний, ніж бупівакаїн. Він має широкий спектр терапевтичних властивостей: антиаритмічну, гангліоблокуювальну, спазмолітичну, анагетичну, протишокову, проти запальну та протинабрякову дію. До його переваг належать швидкий початок знеболювального ефекту (1—3 хвилини) та можливість багаторазового застосування [11]. Лідокаїн широко використовують для місцевої, провідникової, перидуральної, спинномозкової анестезії, а також для інфільтраційної анестезії за методом Вишневіського. Однак серед недоліків слід зазначити можливі порушення серцевого ритму та нервово-м'язової провідності, а також судоми у разі передозування. Крім того, знеболювальний ефект лідокаїну є відносно нетривалим.

Вітамін B₁₂ — це комплексна молекула, що містить кобальт і ціаногрупу, які утворюють координаційний комплекс. Він не синтезується в організмі людини, а надходить із зовнішніх джерел, як-от продукти тваринного походження: дріжджі, молоко, м'ясо, печінка, нирки, риба, яєчний жовток тощо. Жіноче молоко також є джерелом вітаміну B₁₂, переважно у формі метилкобаламіну — головної біологічно активної форми цього вітаміну. У шлунку ціанокобаламін зв'язується з внутрішнім фактором Касла, який синтезують парієтальні клітини слизової оболонки шлунка. У тонкому кишечнику цей комплекс всмоктується, і вітамін B₁₂ вивільняється та зв'язується з білком транскобаламіном, який транспортує його

до печінки та інших тканин. Основним депо вітаміну B₁₂ є печінка, також велика частина зберігається в селезінці та нирках, менша — у м'язах. Загальні запаси вітаміну B₁₂ в організмі дорослої людини становлять близько 2—5 мг. Метаболізм вітаміну B₁₂ відбувається повільно. Він виводиться переважно з жовчю, проте значна його частина реабсорбується в кишечнику завдяки ентерогепатичній циркуляції. Для розвитку дефіциту вітаміну за умов недостатнього надходження в організм потрібен тривалий час — приблизно 5—6 років. Вітамін B₁₂ відіграє головну роль у метаболічних процесах, входить до складу кобаламінових ферментів і бере участь у білковому, жировому та вуглеводному обміні. Ціанокобаламін має не лише метаболічну, але й знеболювальну дію, що зумовлена його здатністю впливати на нервові волокна. Вітамін B₁₂ сприяє відновленню пошкоджених мієлінових оболонок нервів, знижуючи патологічну чутливість до болю. Крім того, застосування вітаміну B₁₂ у комплексній терапії хронічних больових синдромів демонструє значне зниження інтенсивності больових відчуттів, особливо при нейропатіях. Кобаламін має здатність модулювати передачу ноцицептивних сигналів, сприяючи зменшенню больового синдрому. Ці властивості роблять ціанокобаламін важливим компонентом у лікуванні больових синдромів, зокрема в комбінації з місцевими анестетиками, як-от лідокаїн [цит. за 12].

Дослідження присвячено оцінюванню ефективності блоkad із використанням лідокаїну в поєднанні з вітаміном B₁₂ як терапії типової форми невралгії трійчастого нерва у пацієнтів різних вікових і статевих груп у коротко- та довгостроковій перспективі.

У дослідженні використані анонімізовані дані 43 пацієнтів із тяжкою формою НТН, які проходили лікування за допомогою блоkad периферичних гілок трійчастого нерва розчином лідокаїну в комбінації з ціанокобаламіном (вітаміном B₁₂).

Досліджувана когорта включала 12 чоловіків (27,91 %) і 31 жінку (72,09 %) віком від 37 до 88 років (середній вік — 62,60 ± 11,27 років). Вік початку захворювання варіював від 20 до 76 років (54,16 ± 13,36 років). Тривалість захворювання (від перших симптомів до звернення по спеціалізовану медичну допомогу) становила від одного місяця до 40 років (у середньому — 8,89 ± 7,73 років). Кількість жінок перевищувала кількість чоловіків приблизно у 2,6 раза, що відповідає літературним даним щодо гендерних відмінностей у поширеності НТН [13]. Розподіл пацієнтів за віковими групами та статтю наведено у табл. 1.

Таблиця 1. Розподіл хворих за статтю та віком

Вікова група, роки	Жінки (n = 31)		Чоловіки (n = 12)		Усього (n = 43)	
	n	%	n	%	n	%
30—59	10	23,26	6	13,95	16	37,21
60—70	10	23,26	2	4,65	12	27,91
71—89	11	25,58	4	9,30	15	34,88

Примітка. Тут і далі: n — абсолютна кількість пацієнтів

Перед виконанням лідокаїнових блокад в поєднанні з вітаміном В₁₂ (ЛБ-В₁₂) у всіх пацієнтів докладно вивчали алергологічний анамнез, а також проводили внутрішньошкірні алергологічні проби. У разі позитивних або умовно позитивних результатів пацієнтів виключали з групи спостереження, і методику лікування для них вважали протипоказаною. Для проведення блокад використовували суміш із 4,0 мл 2 % розчину лідокаїну та 500 мкг вітаміну В₁₂. Суміш вводили пери- або параневрально в «уражені» гілки трійчастого нерва (ТН) за загальноприйнятною методикою [14]. Враховували локалізацію больового синдрому (БС), неврологічний та соматичний статус пацієнта, а також результати інструментальних досліджень. У разі локалізації БС у зонах двох або трьох гілок ТН параневральне введення анестетика виконували одночасно в усі уражені гілки. Для введення суміші використовували 5,0 мл шприци та голки G21. Блокади виконували одноразово або повторно з інтервалами 1—5 днів, залежно від індивідуальних особливостей пацієнта та клінічної відповіді на процедуру. Загальну кількість блокад підбирали індивідуально для кожного пацієнта [15].

За локалізацією уражень переважали пацієнти із залученням двох суміжних або, рідше, трьох гілок ТН. Ізольоване ураження однієї гілки трійчастого нерва спостерігалось лише у 6 (13,95 %) випадках. Розподіл локалізації уражень наведено у табл. 2.

Таблиця 2. Локалізація больового синдрому за гілками та боком ураження трійчастого нерва

Гілки трійчастого нерва	Праворуч (n = 27)		Ліворуч (n = 16)		Двобічна		Усього (n = 43)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
V ₁	—	—	—	—	—	—	—	—
V ₂	4	9,30	2	4,65	—	—	6	13,95
V ₃	2	4,65	2	4,65	—	—	4	9,30
V ₁ —V ₂	4	9,30	4	9,30	—	—	8	18,60
V ₂ —V ₃	15	34,88	3	6,98	—	—	18	41,86
V ₁ —V ₂ —V ₃	2	4,65	5	11,63	—	—	7	16,28

Усі пацієнти були скеровані в нейрохірургічну клініку через неефективність медикаментозної терапії, виражений БС, а також у зв'язку з наявністю обтяжливих чинників. Сумарно показання для проведення ЛБ-В₁₂ включали: неефективність медикаментозної терапії та виражений БС — у 43 пацієнтів (100 %); виражений БС — у 41 пацієнта (95,35 %); прогностична мета — у 4 пацієнтів (9,30 %); відмова пацієнтів від інших нейрохірургічних методів — у 8 пацієнтів (18,60 %); зтяжкий соматичний стан для більш травматичних втручань — у одного пацієнта (2,33 %).

За методиками, які застосовували до госпіталізації хворих у нейрохірургічну клініку, пацієнти розподілялися так: без нейрохірургічних втручань —

9 (20,93 %) пацієнтів, блокади периферичних гілок трійчастого нерва — 20 (46,51 %), деструктивні методи лікування на рівні периферичних гілок (алкоголізація, електро- та криодеструкція) — 12 (27,91 %), деструкція трійчастого вузла та чутливого корінця із застосуванням різних методів (кріо- та лазерна деструкція) — 1 (2,33 %), інші оперативні втручання — 1 (2,33 %) пацієнт.

Вираженість БС до проведення блокад (на момент госпіталізації) та у різні терміни після них оцінювали за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ). Ці методи, згідно з літературними даними та власним досвідом, дають змогу швидко оцінити стан пацієнта та ефективність малоінвазивного втручання, ґрунтуючись на суб'єктивних відчуттях пацієнта [16]. Оцінку БС проводили у такі терміни: в момент госпіталізації, через 30 хвилин після блокади, через 6 годин, 24 години, 3 доби, 1 місяць, 3 місяці, 6 місяців, 1 рік, 2 роки та 3 роки. Ефективність блокади обчислювали як зменшення рівня ВАШ щодо початкового значення (на момент госпіталізації) за формулою:

$$E (\%) = \frac{ВАШ_1 - ВАШ_2}{ВАШ_1} \times 100,$$

де ВАШ₁ — початкове значення за ВАШ на момент госпіталізації; ВАШ₂ — після інтервенції.

Критерії ефективності: відмінна ефективність — понад 90 %; добра ефективність — 50—90 %; задовільна ефективність — 10—50 %; незадовільна ефективність — менше ніж 10 %.

У разі недостатньої ефективності блокад проводили інші нейрохірургічні втручання за показаннями: деструкція периферичних гілок трійчастого нерва, деструкція вузла та чутливого корінця ТН, мікросудинна декомпресія чутливого корінця в парапонтинній зоні. Пацієнтів, яким проводили такі втручання, виключали з подальшого аналізу ефективності блокад у наступні терміни.

Статистичний аналіз. Оброблення даних проводили в середовищі R [17]. Для перевірки даних на нормальність використовували тест Шапіро — Уїлка, для парного порівняння груп — тест Манна — Уїтні, для аналізу впливу кожного з факторів на множинні групи — ранговий дисперсійний тест Краскела — Уолліса з *post-hoc* тестом Данна для парних порівнянь у разі значущих відмінностей. Як поправку на множинні порівняння використовували метод Холма — Бонферроні. Пороговий рівень статистичної значущості прийнятий за $p < 0,05$.

На момент госпіталізації пацієнтів у клініку, до проведення лікування, БС у 43 пацієнтів оцінювали за допомогою ВАШ у межах від 5,5 до 10 ($8,74 \pm 1,06$) см (табл. 3).

Аналіз когорт за статтю показав гомогенність груп: оцінки БС за ВАШ на момент госпіталізації не мали значущих відмінностей у чоловіків та жінок ($p = 0,351$). Також не виявлено значущих відмінностей між пацієнтами різних статей за віком ($p = 0,529$) та розподілом за віковими групами ($p = 0,528$) чи боком ураження ТН ($p = 0,737$).

Таблиця 3. Загальна динаміка ВАШ та ефективності блокад у пацієнтів в різні терміни спостереження

Терміни	Кількість активних пацієнтів		Кількість вибулих пацієнтів		ВАШ у активних пацієнтів		Ефективність блокад у активних пацієнтів	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	діапазон	середній	діапазон	середній
До лікування	43	100	0	0	5,50—10	8,74 ± 1,06	—	—
30 хв	43	100	0	0	2,50—4,50	2,79 ± 0,63	51,65—75,50	68,24 ± 7,40
6 год	43	100	0	0	0,80—4,90	3,64 ± 0,95	50,51 — 90,00	58,91 ± 8,76
24 год	42	97,67	1	2,33	1,30—10	7,55 ± 2,59	-3,95—82,97	15,11 ± 26,11
3 доби	32	74,42	10	23,26	1,60—10	7,44 ± 2,80	-7,06—79,67	15,46 ± 28,37
1 міс.	9	20,93	23	53,49	0—6,00	2,17 ± 2,47	33,33—100	74,27 ± 26,60
3 міс.	5	11,63	4	9,30	0—1,00	0,3 ± 0,45	81,82—100	94,55 ± 8,13
6 міс.	5	11,63	0	0	0—0,40	0,2 ± 0,19	94,55—100	96,94 ± 2,83
12 міс.	5	11,63	0	0	0—0,20	0,12 ± 0,11	96,36—100	98,10 ± 1,83
24 міс.	5	11,63	0	0	0—0,80	0,26 ± 0,37	90,91—100	96,42 ± 4,90
36 міс.	5	11,63	0	0	0—2,00	0,82 ± 0,86	73,33—100	88,9 ± 11,30

Серед 43 пацієнтів у 9 (20,93 %) діагностовано невралгічний статус (кількість нападів протягом доби — понад 30). Загальносоматичний стан пацієнтів оцінено так: компенсований — у 6 (13,95 %), субкомпенсований — у 31 (72,09 %), декомпенсований — у 6 (13,95 %) пацієнтів.

У процесі лікування сумарна кількість виконаних блокад варіювала від 1 до 5 (2,67 ± 1,15) на пацієнта: 1 блокада — у 11 (25,58 %), 2 блокади — у 2 (4,65 %); 3 блокади — у 22 (51,16 %); 4 блокади — у 6 пацієнтів (13,95 %); 5 блокад — у 2 (4,65 %) пацієнтів.

Узагальнені результати оцінки БС за ВАШ та ефективності ЛБ-В₁₂ наведені у табл. 3 та на рисунку. Ранговий дисперсійний тест Краскела — Уолліса виявив значущі зміни ефективності ЛБ-В₁₂ між різними термінами спостереження ($p < 0,05$). *Post-hoc* тест Данна показав, що найсуттєвіші зміни спостерігалися через 6 годин, 24 години та 3 доби після проведення блокади.

Результати в окремі терміни. Через 30 хвилин після блокади інтенсивність БС за ВАШ становила 2,5—4,5 (2,79 ± 0,63), а коефіцієнт ефективності — у межах 51,65—75,50 % (68,24 ± 7,40). Ефективність терапії в усіх пацієнтів оцінена як «добра» (див. табл. 3, рисунок).

Через 6 годин інтенсивність БС за ВАШ становила 0,80—4,90 (3,64 ± 0,95), а коефіцієнт ефективності — 50,51—90,00 % (58,91 ± 8,76). Для 42 пацієнтів (97,67 %) ефективність була «доброю», а для 1 пацієнта (2,33 %) — «відмінною». Жодний пацієнт не вибув з дослідження.

До терміну 24 години: один пацієнт вибув із дослідження. Інтенсивність БС за ВАШ становила 1,30—10 (7,55 ± 2,59), а коефіцієнт ефективності — -3,95—82,97 % (15,11 ± 26,11). Ефективність оцінена як «незадовільна» у 35 пацієнтів (83,33 %) та «добра» у 7 пацієнтів (16,67 %).

До терміну 3 доби: ще 10 пацієнтів виключено з дослідження. Інтенсивність БС за ВАШ становила 1,60—10 (7,44 ± 2,80), а коефіцієнт ефективності — -7,06—79,67 % (15,46 ± 28,37). Ефективність оцінена як «незадовільна» у 25 пацієнтів (78,13 %) та «добра» у 7 пацієнтів (21,87 %).

До терміну 1 місяць: на цьому етапі виключено ще 23 пацієнти. Інтенсивність БС за ВАШ становила 0—6,00 (2,17 ± 2,47), коефіцієнт ефективності — 33,33—100 % (74,27 ± 26,60). Ефективність оцінена як «незадовільна» у 2 пацієнтів (22,22 %), «добра» у 4 (44,44 %), «відмінна» у 3 (33,33 %).

До терміну 3 місяці: ще 4 пацієнти виключені з дослідження. Інтенсивність БС за ВАШ: 0—1,00 (0,30 ± 0,45), коефіцієнт ефективності: -81,82—100 % (94,55 ± 8,13). У 4 пацієнтів (80,00 %) ефективність була «відмінною», у 1 (20,00 %) — «доброю».

6 місяців — 36 місяців: на цьому відрізку моніторингу пацієнти з дослідження більше не вибували. Ефективність ЛБ-В₁₂ стабільно оцінювали як «відмінна» до 24 місяців. На етапі 36 місяців у 3 пацієнтів із 5 знову з'явилися ознаки БС з інтенсивністю 0,80—2,00 за ВАШ.

Аналіз факторів, що впливають на ефективність ЛБ-В₁₂. Відомо, що результативність блокад у лікуванні невралгії трійчастого нерва може залежати від різних параметрів пацієнтів [13]. До цих параметрів належать стать, ступінь вираженості больового синдрому, тривалість захворювання на момент початку лікування, вік пацієнта та попередні методики лікування в анамнезі. З урахуванням цього проведено додатковий аналіз для визначення впливу цих характеристик.

Динаміку середнього показника ВАШ залежно від перелічених характеристик наведено у табл. 4, а графічна ілюстрація динаміки ефективності ЛБ-В₁₂ — на рисунку.

Таблиця 4. Динаміка ВАШ після лідокаїнових блокад у пацієнтів з різних груп

Терміни	До блокад	30 хв	6 год	24 год	3 доби	1 міс.	3 міс.	6 міс.	12 міс.	24 міс.	36 міс.
Групи за статтю											
Жін.	<i>n</i>	31 (100%)	31 (100%)	31 (100%)	31 (100%)	24 (77,42%)	8 (25,81%)	4 (12,9%)	4 (12,9%)	4 (12,9%)	4 (12,9%)
	ВАШ	8,64 ± 1,10	2,75 ± 0,59	3,49 ± 0,93	7,31 ± 2,68	7,13 ± 2,82	2,44 ± 2,50	0,38 ± 0,48	0,25 ± 0,17	0,15 ± 0,10	0,33 ± 0,39
Чол.	<i>n</i>	12 (100%)	12 (100%)	12 (100%)	11 (91,67%)	8 (66,67%)	1 (8,33%)	1 (8,33%)	1 (8,33%)	1 (8,33%)	1 (8,33%)
	ВАШ	9,01 ± 0,97	2,89 ± 0,73	4,04 ± 0,92	8,22 ± 2,29	8,37 ± 2,67	—	—	—	—	—
Групи за початковим БС											
1	<i>n</i>	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)
	ВАШ	5,50	2,50	1,9 ± 0,14	1,68 ± 0,11	1,98 ± 0,11	1,00	0,75 ± 0,35	0,30	0,20	0,25 ± 0,35
2	<i>n</i>	27 (100%)	27 (100%)	27 (100%)	27 (100%)	22 (81,48%)	5 (18,52%)	2 (7,41%)	2 (7,41%)	2 (7,41%)	2 (7,41%)
	ВАШ	8,49 ± 0,61	2,63 ± 0,38	3,42 ± 0,90	7,44 ± 2,17	7,57 ± 2,38	2,20 ± 2,68	—	—	—	—
3	<i>n</i>	14 (100%)	14 (100%)	14 (100%)	13 (92,86%)	8 (57,14%)	2 (14,29%)	1 (7,14%)	1 (7,14%)	1 (7,14%)	1 (7,14%)
	ВАШ	9,70 ± 0,41	3,13 ± 0,89	4,32 ± 0,49	8,69 ± 2,32	8,44 ± 2,81	3,25 ± 3,89	—	0,40	0,20	0,80
Групи за тривалістю захворювання											
A	<i>n</i>	17 (100%)	17 (100%)	17 (100%)	16 (94,12%)	12 (70,59%)	2 (11,76%)	1 (5,88%)	1 (5,88%)	1 (5,88%)	1 (5,88%)
	ВАШ	8,90 ± 1,10	2,85 ± 0,67	3,98 ± 0,78	8,27 ± 1,92	8,38 ± 2,12	3,50 ± 3,54	0,5	0,3	0,2	—
B	<i>n</i>	10 (100%)	10 (100%)	10 (100%)	10 (100%)	10 (100%)	3 (30%)	1 (10%)	1 (10%)	1 (10%)	1 (10%)
	ВАШ	8,31 ± 1,09	2,77 ± 0,57	3,50 ± 0,71	7,08 ± 2,36	7,38 ± 2,36	3,67 ± 2,52	1	0,3	0,2	0,5
C	<i>n</i>	16 (100%)	16 (100%)	16 (100%)	16 (100%)	10 (62,5%)	4 (25,00%)	3 (18,75%)	3 (18,75%)	3 (18,75%)	3 (18,75%)
	ВАШ	8,84 ± 1,00	2,74 ± 0,65	3,38 ± 1,17	7,13 ± 3,22	6,36 ± 3,66	0,38 ± 0,48	—	0,13 ± 0,23	0,07 ± 0,12	0,27 ± 0,46
Вікові групи											
1	<i>n</i>	16 (100%)	16 (100%)	16 (100%)	16 (100%)	12 (75,00%)	5 (31,25%)	3 (18,75%)	3 (18,75%)	3 (18,75%)	3 (18,75%)
	ВАШ	8,74 ± 1,12	2,91 ± 0,76	3,76 ± 1,06	7,21 ± 2,92	6,99 ± 3,18	2,70 ± 3,03	0,17 ± 0,29	0,23 ± 0,21	0,13 ± 0,12	0,27 ± 0,46
2	<i>n</i>	12 (100%)	12 (100%)	12 (100%)	12 (100%)	10 (83,33%)	—	—	—	—	—
	ВАШ	8,70 ± 0,60	2,70 ± 0,47	3,35 ± 0,77	8,51 ± 0,54	8,88 ± 0,56	—	—	—	—	—
3	<i>n</i>	15 (100%)	15 (100%)	15 (100%)	14 (93,33%)	10 (66,67%)	4 (26,67%)	2 (13,33%)	2 (13,33%)	2 (13,33%)	2 (13,33%)
	ВАШ	8,77 ± 1,33	2,73 ± 0,60	3,75 ± 0,97	7,12 ± 3,13	6,53 ± 3,27	1,50 ± 1,73	0,50 ± 0,71	0,15 ± 0,21	0,10 ± 0,14	0,25 ± 0,35
Групи за попередніми втручаннями											
1	<i>n</i>	9 (100%)	9 (100%)	9 (100%)	9 (100%)	8 (88,89%)	2 (22,22%)	2 (22,22%)	2 (22,22%)	2 (22,22%)	2 (22,22%)
	ВАШ	8,60 ± 0,99	2,50 ± 0	3,64 ± 0,95	7,10 ± 3,22	7,26 ± 3,40	0,25 ± 0,35	—	0,20 ± 0,28	0,10 ± 0,14	0,40 ± 0,57
2	<i>n</i>	20 (100%)	20 (100%)	20 (100%)	20 (100%)	17 (85,00%)	6 (30,00%)	3 (15,00%)	3 (15,00%)	3 (15,00%)	3 (15,00%)
	ВАШ	8,40 ± 1,20	2,70 ± 0,48	3,48 ± 1,06	7,08 ± 2,75	7,14 ± 2,91	2,50 ± 2,74	0,50 ± 0,50	0,20 ± 0,17	0,13 ± 0,12	0,17 ± 0,29
3	<i>n</i>	12 (100%)	12 (100%)	12 (100%)	11 (91,67%)	5 (41,67%)	1 (8,33%)	—	—	—	—
	ВАШ	9,38 ± 0,66	3,05 ± 0,84	3,88 ± 0,85	8,62 ± 1,64	8,20 ± 2,15	4	—	—	—	—

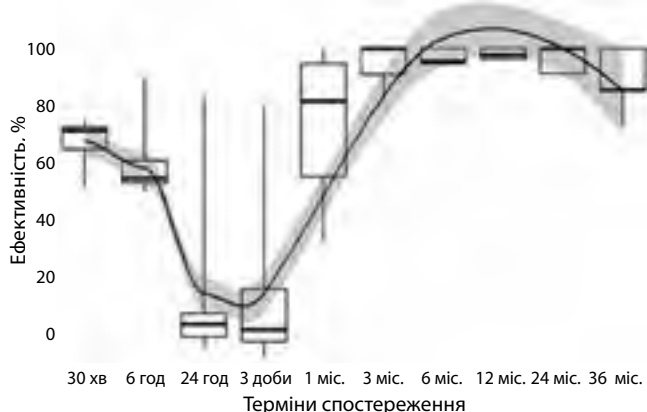
З аналізу груп за характером попереднього лікування виключені два пацієнти як єдині представники своїх груп: один — із деструкцією чутливого корінця трийчастого нерва та один — із хірургічним втручанням у зв'язку з лікуванням онкології.

Ранговий дисперсійний тест Краскела — Уолліса показав значущі зміни ефективності ЛБ-В₁₂ залежно від термінів спостереження для всіх груп за кожним досліджуваним фактором ($p < 0,05$).

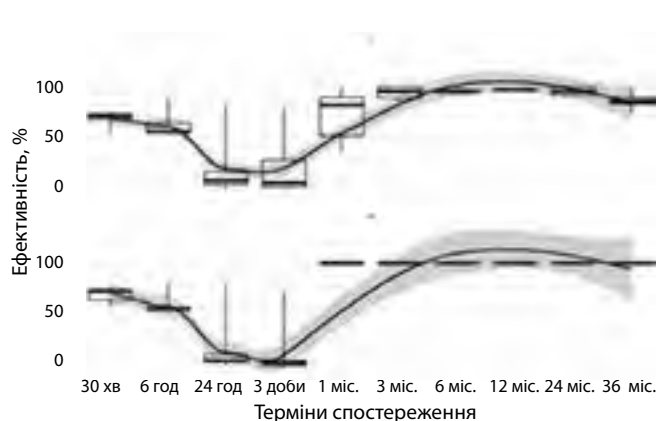
Залежність ефективності ЛБ-В₁₂ від статі є важливим аспектом у лікуванні НТН. Літературні джерела свідчать, що жінки частіше страждають від НТН, але їхня відповідь на блокади може варіювати [18]. Попарний *post-hoc* тест Данна виявив різні тенденції залежно

від статі. У жінок зафіксовано значуще ($p < 0,05$) зниження ефективності блокад через 24 години та 3 доби як порівняти з ближчими та віддаленими термінами; у чоловіків такого ефекту не зареєстровано. Попарне порівняння ефективності ЛБ-В₁₂ між пацієнтами різних статей на однакових термінах показало зрівнювальну ефективність через 30 хвилин ($p = 0,79$), 24 години ($p = 0,20$) та 3 доби ($p = 0,11$); через 6 годин виявлено значущу відмінність ($p = 0,018$) із вищою середньою ефективністю у жінок. Для наступних термінів аналіз був неможливий через малу кількість пацієнтів (справедливо і для аналізу всіх інших факторів). Це дає змогу припускати ймовірний різний характер перебігу НТН у чоловіків та жінок протягом першої доби після ЛБ-В₁₂.

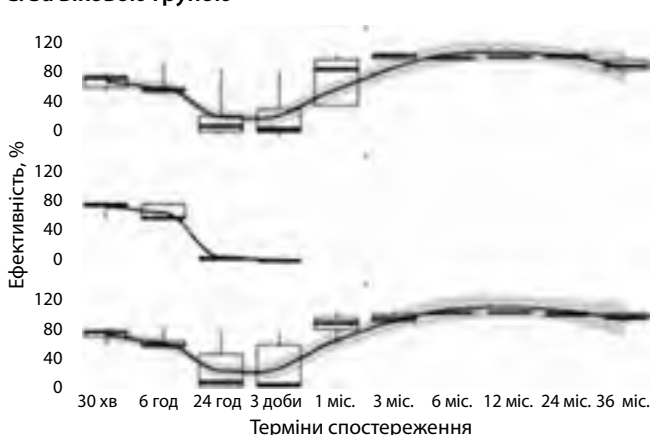
А. Загальна



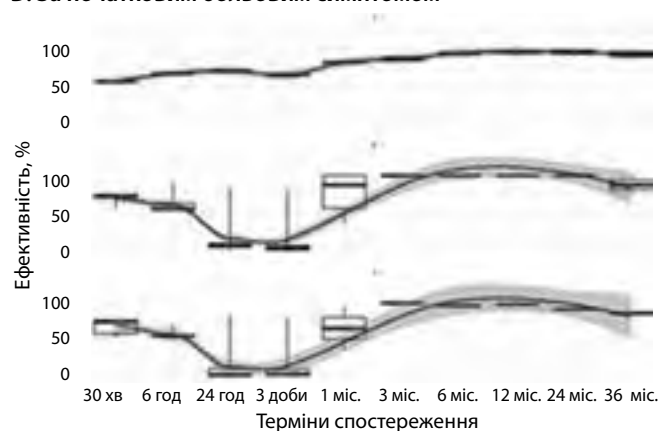
В. За статтю



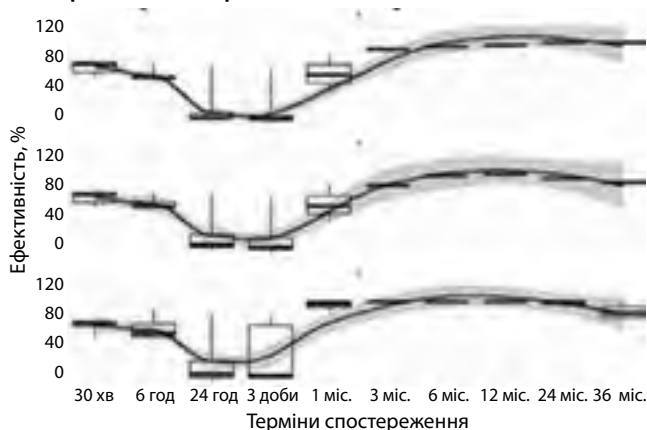
С. За віковою групою



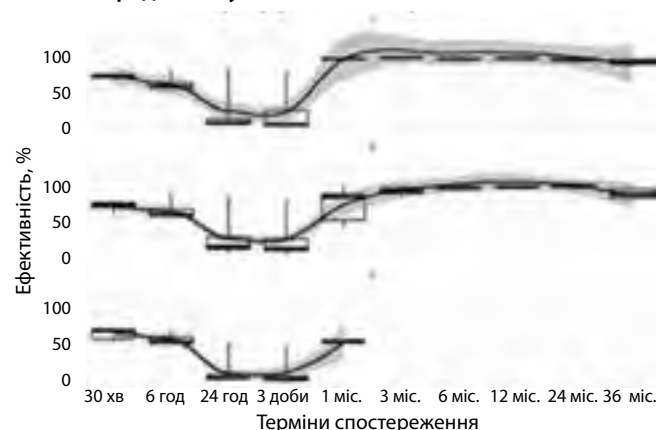
D. За початковим больовим симптомом



Е. За тривалістю хвороби



F. За попереднім лікуванням



Динаміка ефективності лідокаїнових блокад за термінами спостережень:

Боксплоти позначають медіану, 4 квартилі та екстремуми. Крива позначає регресію методом LOESS та 95% CI (сірим)

Ступінь вираженості БС є найважливішим фактором, який впливає на ефективність лікування НТН. Виражені форми БС та триваліші епізоди рецидивів НТН можуть бути пов'язані зі слабшим ефектом блокад, що, можливо, зумовлено толерантністю до лікарських засобів чи складнішими механізмами розвитку болю. В нашому дослідженні тест Данна виявив таку картину: у 3 групі хворих з ВАШ 9,10—10,00 значуща відмінність була лише між термінами 30 хвилин та 1 і 3 доби; у 2 групі з ВАШ 6,10—9,00 ефективність ЛБ-В₁₂ значущо відрізнялася між термінами

доба, 3 доби та 1 місяць. Це може бути зумовлено суттєвим зменшенням розміру групи. Перша група хворих з ВАШ < 6,00 була виключена через малий розмір вибірки. Порівняння ефективності ЛБ-В₁₂ між трьома групами на однакових термінах показало значущу різницю ($p = 0,038$) лише у перші 30 хвилин із найвищою ефективністю в групі 3 (ВАШ 9,10—10,00). Отже, пацієнти з найбільш вираженим БС демонстрували найвищу ефективність ЛБ-В₁₂ у перші терміни після проведення, тоді як пацієнти з меншим БС мали значні коливання ефективності протягом перших 3 днів.

Тривалість невралгії трійчастого нерва є важливим фактором, що впливає на результати лікування [13]. Ефективність блокад може бути вищою у пацієнтів з невеликою тривалістю захворювання (< 1 року) через вищу чутливість до лідокаїну на початкових стадіях. Проте, пацієнти з тривалим перебігом НТН також можуть відчувати значне полегшення больового синдрому за умов правильного вибору дозування та техніки проведення блокад [19]. Під час аналізу отриманих результатів *post-hoc* тест Данна показав, що для груп із різною тривалістю захворювання ефективність ЛБ-В₁₂ значущо відрізнялася між 30 хвилинами, першою добою та віддаленими термінами, що може бути пов'язано з ефектом малих груп. Порівняння ефективності ЛБ-В₁₂ на однакових термінах між групами не виявило значущих відмінностей.

Вік пацієнтів також є важливим фактором, який впливає на вибір лікувальної стратегії. Молодші пацієнти демонструють вищу чутливість до ЛБ-В₁₂ та швидший терапевтичний ефект, тоді як у літніх пацієнтів ефективність блокад може бути нижчою через супутні соматичні захворювання та зміни у фармакокінетиці лідокаїну [20]. Водночас ефективність ЛБ-В₁₂ не обов'язково корелює з віком і більше залежить від загального стану пацієнта, ступеня тяжкості НТН та інших факторів [21]. Під час аналізу отриманих результатів *post-hoc* тест Данна показав, що для груп із різною тривалістю захворювання ефективність ЛБ-В₁₂ значущо відрізнялася між 30 хвилинами та першою добою, а також між віддаленими термінами — останнє може бути пов'язано з ефектом малих груп. Порівняння ефективності ЛБ-В₁₂ на однакових термінах між групами не виявило значущих відмінностей.

Попередні методи лікування також можуть впливати на ефективність ЛБ-В₁₂ [22]. Пацієнти, які проходили хірургічне лікування, можуть демонструвати слабший ефект від ЛБ-В₁₂ через можливі зміни анатомії або функції нервової тканини після операції. Водночас ефективність ЛБ-В₁₂ у пацієнтів із попереднім медикаментозним лікуванням може бути порівнянною з ефективністю у пацієнтів, які раніше не отримували лікування.

У нашому дослідженні тест Данна продемонстрував різну картину для вікових груп: у наймолодшій 1-й групі значущі відмінності були виявлені переважно між термінами (вірогідно, вплив малих груп); у 2-й групі (60—69 років) ефективність на перших 30 хвилинах та через 6 годин значущо відрізнялася від подальших термінів; у 3-й групі (70 років і більше) значущі відмінності спостерігалися лише між 30 хвилинами та першою добою. Порівняння між групами на однакових термінах показало значущу різницю ($p = 0,015$) лише на терміні 3 доби.

Результати нашого дослідження свідчать, що лідокаїнові блокади із додаванням вітаміну В₁₂ є ефективними для зниження інтенсивності больового синдрому в перші години після процедури. Проте, зменшення ефективності ЛБ-В₁₂ спостерігається протягом перших днів після втручання, хоча у дея-

ких випадках ефективність частково відновлюється у віддалені терміни. Цей аспект слід брати до уваги під час розроблення довгострокової стратегії лікування та інформування пацієнтів про можливі результати терапії. Індивідуальні фактори, як-от вік, стать, інтенсивність больового синдрому та інші особливості пацієнтів, суттєво впливають на ефективність лідокаїнових блокад у поєднанні з вітаміном В₁₂. Це підкреслює нагальну потребу оптимізованого, персоналізованого підходу до лікування з урахуванням всіх параметрів кожного пацієнта, що є важливою умовою успішної терапії НТН.

Наші результати загалом відповідають даним інших дослідників, які вивчали ефективність ЛБ-В₁₂ у пацієнтів із НТН [23]. Водночас наше дослідження доповнює наявні знання, надаючи додаткову інформацію щодо використання вітаміну В₁₂ у комбінації з лідокаїном. Це дає змогу точніше визначати категорії пацієнтів, які можуть отримати максимальну користь від цієї процедури.

Подальші наші дослідження будуть спрямовані на порівняння ефективності ЛБ-В₁₂ із іншими методами блокад. Це дасть змогу розробити більш персоналізовані підходи до лікування НТН, підвищити ефективність терапії та покращити її результати.

Проведене дослідження дало змогу дійти таких висновків.

1. Лідокаїнові блокади периферичних гілок трійчастого нерва у пацієнтів із тяжкими формами невралгії трійчастого нерва з використанням суміші лідокаїну та ціанокобаламіну демонструють високу ефективність протягом перших 6 годин після проведення процедури. Проте знеболювальний ефект поступово зменшується, особливо протягом першого місяця. Це зумовлює нагальну потребу застосування радикальніших нейрохірургічних методів лікування. Відмінних та добрих довготривалих результатів (через 2—3 роки) вдалося досягти у 5 (11,63 %) із 43 пацієнтів.

2. У період від 24 годин до 3 місяців після ЛБ-В₁₂ за досліджуваною методикою у 38 пацієнтів (88,37 %) через недостатню ефективність блокад були виконані додаткові, зокрема деструктивні і декомпресивні втручання.

3. Встановлено помітний вплив індивідуальних параметрів пацієнтів на результативність та динаміку ефективності ЛБ-В₁₂ згодом. Проаналізовано вплив деяких факторів, як-от стать, вік, початкова інтенсивність больового синдрому, тривалість захворювання та тип попередніх лікувальних втручань в анамнезі.

4. З огляду на необхідність довготривалої оцінки ефективності ЛБ-В₁₂ у лікуванні НТН та вивчення особливостей їхніх віддалених ефектів, доцільним є розширення дослідження з залученням більших когорт пацієнтів із ширшим охопленням груп за кожним із досліджуваних індивідуальних факторів.

Список літератури / References

1. Posokhov M. F. Modern problems in neurosurgical treatment of pharmacoresistant facial pains. *Український вісник психоневрології [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]*. 2016. Vol. 24, iss. 1 (86). P. 101-103. (In English).

2. Bendtsen L, Zakrzewska JM, Abbott J, Braschinsky M, Di Stefano G, Donnet A, Eide PK, Leal PRL, Maarbjeerg S, May A, Nurmikko T, Obermann M, Jensen TS, Cruccu G. European Academy of Neurology guideline on trigeminal neuralgia. *Eur J Neurol*. 2019 Jun;26(6):831-849. doi: 110.1111/ene.13950. PMID: 30860637.
3. Xu R, Xie ME, Jackson CM. Trigeminal Neuralgia: Current Approaches and Emerging Interventions. *J Pain Res*. 2021 Nov 3;14:3437-3463. doi: 10.2147/JPR.S331036. PMID: 34764686; PMCID: PMC8572857.
4. Allam AK, Sharma H, Larkin MB, Viswanathan A. Trigeminal Neuralgia: Diagnosis and Treatment. *Neurol Clin*. 2023 Feb;41(1):107-121. doi: 10.1016/j.ncl.2022.09.001. PMID: 36400550.
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia*. 2018 Jan;38(1):1-211. doi: 10.1177/0333102417738202. PMID: 29368949.
6. Lee CH, Jang HY, Won HS, Kim JS, Kim YD. Epidemiology of trigeminal neuralgia: an electronic population health data study in Korea. *Korean J Pain*. 2021 Jul 1;34(3):332-338. doi: 10.3344/kjp.2021.34.3.332. PMID: 34193639; PMCID: PMC8255158.
7. Gambeta E, Chichorro JG, Zamponi GW. Trigeminal neuralgia: An overview from pathophysiology to pharmacological treatments. *Mol Pain*. 2020 Jan-Dec;16:1744806920901890. doi: 10.1177/1744806920901890. PMID: 31908187; PMCID: PMC6985973.
8. Shbeer A. Regional Anesthesia (2012-2021): A Comprehensive Examination Based on Bibliometric Analyses of Hotspots, Knowledge Structure and Intellectual Dynamics. *J Pain Res*. 2022 Aug 15;15:2337-2350. doi: 10.2147/JPR.S372303. PMID: 35996451; PMCID: PMC9391991.
9. Kim MJ, Son JY, Ju JS, Ahn DK. Early Blockade of EphA4 Pathway Reduces Trigeminal Neuropathic Pain. *J Pain Res*. 2020 May 22;13:1173-1183. doi: 10.2147/JPR.S249185. PMID: 32547180; PMCID: PMC7250313.
10. Ben Aziz M, Cascella M. *Peripheral Neurolytic Blocks*. 2023 Jul 3. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. PMID: 32644734.
11. Di Stani F, Ojango C, Dugoni D, Di Lorenzo L, Masala S, Delfini R, Bruti G, Simonetti G, Piovesan EJ, Ruggeri AG. Combination of pharmacotherapy and lidocaine analgesic block of the peripheral trigeminal branches for trigeminal neuralgia: a pilot study. *Arq Neuropsiquiatr*. 2015 Aug;73(8):660-4. doi: 10.1590/0004-282X20150077. PMID: 26222356.
12. Ikeda K, Iwasaki Y, Kaji R. Neuroprotective effect of ultra-high dose methylcobalamin in wobbler mouse model of amyotrophic lateral sclerosis. *J Neurol Sci*. 2015 Jul 15;354(1-2):70-4. doi: 10.1016/j.jns.2015.04.052. Epub 2015 May 8. PMID: 25982504.
13. Посохов М. Ф. Ефективність лідокаїнових блокад у хворих з тяжкими формами невралгії трійчастого нерва. Posokhov M. F. [Effectiveness of lidocaine blockades in patients with severe forms of trigeminal neuralgia]. *Український вісник психоневрології [Ukrainian Bulletin of Psychoneurology]*. 2024. Vol. 32, iss. 3 (120). P. 4-13. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V32-iss3-2024-1>. (In Ukrainian).
14. Aranha RLB, Resende RG, de Souza FA. Peripheral nerve blocks for acute trigeminal neuralgia involving maxillary and mandibular branches: a case report. *J Dent Anesth Pain Med*. 2023 Dec;23(6):357-362. doi: 10.17245/jdapm.2023.23.6.357. Epub 2023 Nov 27. PMID: 38076503; PMCID: PMC10703551.
15. Miller GH. *Advanced Techniques in Trigeminal Neuralgia Treatment: A Comprehensive Guide*. New York: Springer, 2019. 354 p.
16. Sung YT, Wu JS. The Visual Analogue Scale for Rating, Ranking and Paired-Comparison (VAS-RRP): A new technique for psychological measurement. *Behav Res Methods*. 2018 Aug;50(4):1694-1715. doi: 10.3758/s13428-018-1041-8. PMID: 29667082; PMCID: PMC6096654.
17. R Core Team (2021). *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL: <https://www.R-project.org/>.
18. Balta S, Köknel Talu G. Clinical effectiveness of peripheral nerve blocks with lidocaine and corticosteroid in patients with trigeminal neuralgia. *Agri*. 2021 Oct;33(4):237-242. English. doi: 10.14744/agri.2021.26032. PMID: 34671954.
19. Thompson V.F. *Peripheral Nerve Blocks for Facial Pain: Clinical Practice and Outcomes*. Oxford: Oxford University Press, 2020. 280 p.
20. Johnson CD, Yi SH., Kim B. et al. Age as a Factor in the Efficacy of Lidocaine Blockades for Trigeminal Neuralgia. *Pain Medicine*. 2018; 19(5):1007-1013.
21. Фишер Ю. Локальное лечение боли. Fisher Yu. [Local treatment of pain]. M.: MEDpress-inform, 2006. 159 p. (In Russian).
22. Kumar A, Sinha C, Kumar A, Kumari P, Mukul SK. Ultrasound-guided trigeminal nerve block and its comparison with conventional analgesics in patients undergoing faciomaxillary surgery: Randomised control trial. *Indian J Anaesth*. 2018 Nov;62(11):871-875. doi: 10.4103/ija.IJA_256_18. PMID: 30532323; PMCID: PMC6236796.
23. Montano N, Conforti G, Di Bonaventura R, Meglio M, Fernandez E, Papacci F. Advances in diagnosis and treatment of trigeminal neuralgia. *Ther Clin Risk Manag*. 2015 Feb 24;11:289-99. doi: 10.2147/TCRM.S37592. PMID: 25750533; PMCID: PMC4348120.

Надійшла до редакції 04.12.2024

Відомості про авторів:

ПОСОХОВ Микола Федорович, лікар-нейрохірург вищої категорії, кандидат медичних наук, доцент, завідувач відділу функціональної нейрохірургії з групою патоморфології*; e-mail: nsd17@ukr.net

ДРОХВАЛЕНКО Микола Олександрович, кандидат біологічних наук, молодший науковий співробітник відділу функціональної нейрохірургії з групою патоморфології*; e-mail: valeo37@ukr.net

БАЙДА Роман Миколайович, лікар-нейрохірург вищої категорії, завідувач відділення функціональної нейрохірургії та пароксизмальних станів*; e-mail: valeo37@ukr.net

ДАГЕР Насіф, лікар-нейрохірург вищої категорії, лікар відділення функціональної нейрохірургії та пароксизмальних станів*; e-mail: valeo37@ukr.net

* — Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

Information about the authors:

POSOKHOV Mykola, Physician-neurosurgeon, MD, PhD, Associate Professor, Head of Department of Functional Neurosurgery with Pathomorphology Group**; e-mail: nsd17@ukr.net

DROKHVALENKO Mykola, PhD of Biological Sciences, Junior Researcher of the Department of Functional Neurosurgery with the Pathomorphology Group**; e-mail: valeo37@ukr.net

BAYDA Roman, Physician-neurosurgeon of the highest category, Head of the Department of functional neurosurgery and paroxysmal conditions**; e-mail: valeo37@ukr.net

DAHER Nassif, Physician-neurosurgeon of the highest category, Physician of the Department of functional neurosurgery and paroxysmal conditions**; e-mail: valeo37@ukr.net

** — of State Institution "P. V. Voloshyn's Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

A. B. Pezyu

**РАННІ АФЕКТИВНІ ПОРУШЕННЯ ПІСЛЯ ТРОМБЕКТОМІЇ ТРОМБОТИЧНОЇ ОКЛЮЗІЇ:
ОБ'ЄКТИВНА ОЦІНКА**

A. V. Rehush

**EARLY AFFECTIVE DISORDERS AFTER THROMBECTOMY FOR THROMBOTIC OCCLUSION:
AN OBJECTIVE ASSESSMENT**

Ключові слова: ішемічний інсульт, тривога, депресія, нейрохірургія, психіатрія

Key words: ischemic stroke, anxiety, depression, neurosurgery, psychiatry

Робота присвячена об'єктивному оцінюванню порушень афективної сфери у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у ранній післяопераційний період.

Протягом 2023—2024 років, на базі Центру рентгеноваскулярної нейрохірургії КНП «Київська міська клінічна лікарня № 1» (Київ, Україна), проведено проспективне дослідження 96 хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії. Визначення особливостей афективної сфери здійснювали через 7 днів після проведення оперативного втручання з приводу екстракції тромботичної оклюзії — із використанням Шкали Гамільтона для оцінки тривоги (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS, за G. S. Brass та ін., 1994), Шкали Гамільтона для оцінки депресії (The Hamilton Depression Rating Scale, HDRS, за Б. В. Михайловим та ін., 2014) та Оціночної шкали манії Янга (Young Mania Rating Scale, YMRS, R. C. Young та ін., 1978); отримані результати були зіставлені з даними анамнезу та оцінкою тяжкості інсульту за шкалами NIHSS та ASPECTS.

Об'єктивізовано спектр та вираженість афективних порушень у хворих обраного контингенту, зокрема визначено, що для них характерні помірні та виражені прояви тривоги та депресії, низькі показники маніакальної симптоматики, змішані (атипові) афективні стани, відносна рідкість скарг на свій емоційний стан, що зумовлено, по-перше, неспроможністю до адекватної самостійної оцінки власного стану та, по-друге, коротким періодом від мозкової катастрофи до оцінювання афективної сфери.

Контингент хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, має ряд особливостей, які визначають специфічні механізми формування вторинних психічних розладів та зумовлюють актуальність подальших досліджень.

The work is devoted to the objective assessment of affective disorders in patients who underwent thrombectomy for thrombotic occlusion in the early postoperative period.

During 2023—2024, a prospective study of 96 patients who underwent thrombectomy for thrombotic occlusion was conducted at the Center for Roentgen Endovascular Neurosurgery of the Kyiv City Clinical Hospital No. 1 (Kyiv, Ukraine). The determination of the features of the affective sphere took place 7 days after surgical intervention for the extraction of thrombotic occlusion using The Hamilton Anxiety Rating Scale (HARS), The Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) and Young Mania Rating Scale (YMRS); the results obtained in this way were compared with the anamnesis data and the assessment of stroke severity using the NIHSS and ASPECTS scales.

The spectrum and severity of affective disorders in the selected contingent of patients were objectified, in particular, it was determined that they are characterized by moderate and severe manifestations of anxiety and depression, low rates of manic symptoms, mixed (atypical) affective states, and a relative rarity of complaints about their emotional state, which is due, firstly, to the inability to adequately assess their own condition independently and, secondly, to the short period from the brain accident to the assessment of the affective sphere.

The cohort of patients who underwent thrombectomy for thrombotic occlusion has a number of features that determine specific mechanisms for the formation of secondary mental disorders and determine the relevance of further research.

Ішемічний інсульт (ІІ), як і раніше, займає провідні позиції серед причин смертності та стійких порушень повсякденного функціонування населення всіх країн. За різними даними, після перенесеного порушення мозкового кровообігу виражена інвалідність розвивається у 20—25 % хворих і близько 35 % зберігають помірну інвалідність. Україна не лише не є винятком, вона — лідер за цим показником:

щороку близько 100—110 тис. жителів нашої країни вперше переносять ІІ [1; 2]. Окрім рухових, мовленнєвих та когнітивних порушень у хворих, які перенесли ІІ, часто розвиваються різні психоемоційні порушення, як-от депресія, тривога, астения, апатія та негативізм, рідше — маніформні прояви [3; 4].

Бурчинський С. Г. (2022) провів аналіз актуальних літературних даних щодо психіатричних наслідків ІІ, зокрема депресивного розладу. Автор наголошує, що депресивні порушення в рамках постінсультного

стану мають ряд відмінностей: в окремих випадках буває складно правильно оцінити ті чи ті прояви у клінічній картині хворого як суто депресивні, оскільки деякі симптоми II семіотично схожі на такі при депресії, це створює підґрунтя для хибної діагностики цього стану; депресивні прояви у хворих, що перенесли II, як правило, аранжують неврологічні та когнітивні розлади, що суттєво обтяжує їх перебіг; виражені прояви депресії можуть впливати на сенсомоторні прояви інсульту, як правило, обтяжуючи їх [5].

На фоні великої кількості наукових досліджень, що зосереджено навколо питання постінсультної депресії, істотно контрастує недостатня представленість робіт, що присвячені тривожним розладам після II. Окремі автори зазначають, що поширеність останніх лише трохи поступається постінсультній депресії та може змінюватись згодом: протягом першого місяця після інсульту тривожні прояви клінічного рівня виявляються у 20 % випадків, протягом перших 6 місяців — в середньому у 23 %, після 6 місяців — у понад 24 %; перші ознаки тривожного розладу можуть бути виявлені вже протягом перших двох тижнів після II. Наявність клінічно вираженої тривоги у перші три місяці після інсульту визначає якість життя протягом наступних 10 років [6; 7].

У сучасних літературних джерелах, що присвячені вивченню афективних порушень у хворих, які перенесли механічну тромбектомію в рамках екстреної терапії II, обстеження ґрунтуються на об'єктивних методах психодіагностики.

Мета дослідження: об'єктивізувати спектр та вираженість афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у ранній післяопераційний період.

Протягом 2023—2024 років проведено проспективне дослідження контингенту пацієнтів Центру рентгеноваскулярної нейрохірургії КНП «Київська міська клінічна лікарня № 1» (Київ, Україна). З первинного контингенту чисельністю 160 хворих, із застосуванням критеріїв виключення, було сформовано основну групу (ОГ) кількістю 96 пацієнтів. Середній вік пацієнтів ОГ становив $70,2 \pm 10,8$ років. Гендерна структура контингенту ОГ була такою: 61 (63,5 %) жінка та 35 (36,5 %) чоловіків. Визначення особливостей афективної сфери здійснювали у ранній післяопераційний період — через 7 днів після проведення оперативного втручання з приводу екстракції тромботичної оклюзії. Для досягнення мети застосовано фізикальний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний методи досліджування. Фізикальний метод був реалізований проведенням загального неврологічного дослідження, зокрема, із оціненням стану хворих за Шкалою тяжкості інсульту Національного інституту здоров'я США (National Institutes of Health Stroke Scale, NIHSS). Крім цього проведено якісну топографічну оцінку ураження структур головного мозку, що виявляються під час комп'ютерної томографії (КТ) за програмою Alberta для оцінки ранніх КТ змін

при інсульті (Alberta Stroke Program Early CT score, ASPECTS). Психодіагностичний метод був реалізований використанням Шкали Гамільтона для оцінки тривоги (The Hamilton Anxiety Rating Scale, HARS, за G. S. Bruss та ін., 1994), Шкали Гамільтона для оцінки депресії (The Hamilton Depression Rating Scale, HDRS, за Б. В. Михайловим та ін., 2014) та Оціночної шкали манії Янга (Young Mania Rating Scale, YMRS, R. C. Young та ін., 1978) — діагностичного інструментарію, призначеного для використання спеціалістом у сфері ментального здоров'я та об'єктивної оцінки наявних афективних порушень. Статистичний аналіз та оцінювання даних здійснені з використанням стандартних пакетів прикладної програми Microsoft Office Excel 2016.

Визначено вираженість ранніх афективних порушень у досліджуваних хворих: об'єктивний середньогруповий показник вираженості тривоги становив $20,3 \pm 3,5$ балів (за HARS); 21 (21,9 %) хворий виявляв тривожні прояви субклінічного рівня вираженості (0—17 балів); у абсолютної більшості обстежуваних ОГ — 63 (65,6 %) хворих — тривога сягала помірного рівня вираженості (18—24 бали); 12 (12,5 %) хворих виявляли психопатологічну симптоматику тривожного спектра вираженого ступеня (≥ 25 балів).

Зовнішні ознаки тривоги, помітні для об'єктивної оцінки, у хворих ОГ клінічно проявлялись тремором кінцівок, який не був пов'язаний із наявним неврологічним дефектом та варіював у своїй інтенсивності залежно від актуального емоційного стану, появою нових страхів (темряви, самотності або навпаки скупчення людей тощо), нічними пробудженнями та наступним відчуттям напруги, яке унеможливило повторне засинання, підвищенням серцебиття, пітливістю, блідістю шкіри, відчуттям сухості у роті (частими ковтаннями слини), підвищенням частоти дихання та «невротичними» зітханнями, тремором у голосі та фіксованістю на негативному сприйнятті майбутнього.

Варто відзначити, що в процесі оцінювання об'єктивних проявів тривоги у обраного контингенту хворих виявлено ряд соматосенсорних проявів, як-то: підвищення м'язового тону та чутливості, а також пов'язаних із ними відчуття болю, поколювання, напруги, дзвону у вухах, порушення зору, «приливи» тощо, оцінка яких потребує диференціальної діагностики за критерієм походження — психогенне чи неврологічне.

Також оцінено вираженість депресивних проявів у сформованого контингенту хворих: об'єктивний середньогруповий показник вираженості депресії за шкалою HDRS сягав $15,5 \pm 3,0$ бали; клінічні прояви депресії не сягали клінічно значущого рівня (0—7 балів) лише у 1 (1,0 %) хворого ОГ; у 19 (19,8 %) хворих депресивні прояви сягали легкого рівня вираженості (8—13 балів); у абсолютної більшості обстежуваних ОГ, а саме у 65 (67,7 %) хворих депресивні прояви сягали середнього рівня вираженості (14—18 балів); тяжкий рівень депресивних порушень виявлений

у 10 (10,4 %) хворих ОГ (19—22 бали); у 1 (1,0 %) хворого виявлені депресивні прояви дуже тяжкого рівня (≥ 23 бали).

Психопатологічна симптоматика депресивного спектра у пацієнтів ОГ мала ряд клінічних особливостей, зокрема, була представлена збідненням мімічних реакцій із переважанням афекту туги та страждання, маскоподібним виразом обличчя, метушливістю пантомімічних реакцій у формі заламування рук, перебирання пальцями (руки з неврологічним дефектом) волосся та постільної білизни або одягу, загальною психомоторною загальмованістю, яка, в окремих випадках, сягала рівня ступору із зниженням вербального контакту та елементами негативізму, думками самоприниження та самозвинувачення у тому, що сталося, відчуттям марності подальшого життя, відсутністю планів на майбутнє, катастрофізацією власного актуального стану, поодинокими випадками суїцидальних тенденцій, порушеннями сну з неможливістю заснути та систематичними пробудженнями у ранні ранкові години, зниженням апетиту.

Варто відзначити відносну рідкість скарг на відчуття зниженого настрою серед сформованого контингенту, що зумовлено, по-перше, неспроможністю до адекватної самостійної оцінки власного емоційного стану та, по-друге, коротким періодом від мозкової катастрофи до оцінювання афективної сфери.

Додатково оцінено вираженість маніоформної симптоматики у хворих ОГ у ранній післяопераційний період. За результатами об'єктивної оцінки із використанням опитувальника YMRS хворі виявляли низькі показники вираженості психопатологічної симптоматики вказаного спектра (0—12 балів) — середньогруповий показник сягав $6,4 \pm 1,0$ балів. Клінічні прояви психопатологічної симптоматики маніакального спектра вичерпувались поодинокими випадками змішаних афективних станів, коли маніакальна семіотика спостерігалась в структурі депресивного афекту та проявлялась у атипичних клінічних формах вказаних проявів, а саме: психомоторного збудження на фоні ізольованого депресивного або депресивно-гнівливого емоційного стану, коли пацієнти намагались самостійно встати з ліжка та залишити палату/відділення, виявляли агресію до медичного персоналу та/або свого близького оточення, не виявляючи достатнього рівня критики до свого стану.

Окремо було визначено та проаналізовано кореляційні зв'язки між факторами вік, стать, показники тяжкості інсульту за шкалами NIHSS та ASPECTS, а також вираженістю наявної психопатологічної симптоматики тривожного, депресивного та маніакального спектра з обчисленням коефіцієнта кореляції r (таблиця), що дало змогу сформулювати уявлення щодо об'єктивних факторів ризику виникнення психіатричних наслідків у ранній післяопераційний період у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії.

Кореляційний аналіз вираженості афективних порушень у ранньому післяопераційному періоді

Фактор	Спектр афективних порушень		
	тривога	депресія	манія
Вік	+0,13	-0,04	+0,16
Час з моменту мозкової катастрофи до оперативного втручання	-0,2	-0,07	+0,08
Показники за шкалою NIHSS	+0,01	+0,54*	+0,22
Показники за шкалою ASPECT	-0,14	-0,31*	-0,09

Примітка: * — $p < 0,05$

Оскільки стать хворих є якісним показником, з метою вивчення впливу цього фактору формування афективних порушень у обраного контингенту хворих, встановлено діагностичний поріг для проявів тривоги на рівні ≥ 18 за шкалою HARS, депресії — ≥ 14 балів за шкалою HDRS, а для проявів манії — ≥ 13 балів за шкалою YMRS.

Таким способом було визначено, що стать та вік хворих не впливають на вираженість їх суб'єктивного сприйняття афективних порушень у ранній післяопераційний період ($p > 0,05$) та не можуть вважатися фактором ризику. Між показником тяжкості інсульту за шкалою NIHSS та вираженістю психопатологічної симптоматики маніакального спектра виявлено прямий зв'язок, який не був статистично значущий та сягав рівня тенденції.

Крім цього визначено прямий кореляційний зв'язок помітної сили між тяжкістю інсульту за шкалою NIHSS та вираженістю депресивної симптоматики ($r = +0,54$; $p < 0,05$) за шкалою HDRS. Зворотний кореляційний зв'язок помітної сили визначено між показниками шкали ASPECTS та досліджуваними депресивними проявами ($r = -0,31$; $p < 0,05$). Між досліджуваними факторами та вираженістю психопатологічної симптоматики маніакального спектра не визначено кореляційних зв'язків достатнього рівня достовірності ($p > 0,05$), через її незначну представленість у сформованій вибірці.

Варто зазначити, що афективні порушення, як ранні психіатричні наслідки у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, є дуже специфічним предметом досліджування, тому актуальних літературних даних на цю тему — недостатньо. Відповідно до цього, найбільш доцільним є порівняння отриманих в процесі дослідження даних із висновками інших авторів, які присвятили свої роботи аналізу афективних порушень в рамках наслідків перенесеного ІІ. Зокрема, отримані дані щодо істотної поширеності афективних порушень у хворих обраного контингенту дослідження повністю підтверджують результати численних досліджень інших авторів. Також деякі автори серед факторів ризику формування зазначених порушень виокремлюють тяжкість ІІ та глибину морфологічних змін у структурі головного мозку, що повністю відповідає даним проведеного дослідження [1; 2; 5]. Поширена думка

інших авторів щодо суттєвого впливу певних факторів, як-от вік, стать та час, що минув від початку II до оперативного втручання, на розвиток афективних порушень у ранньому післяопераційному періоді не відповідає висновкам, що були отримані в процесі проведеного дослідження, що пояснюється особливостями вибірки обраного контингенту хворих.

Отже, сформулюємо основні висновки:

Визначено об'єктивний профіль афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у ранньому післяопераційному періоді: їм були притаманні переважно помірні та важкі показники тривоги та депресії, низькі показники маніакальної симптоматики та поодинокі випадки змішаних афективних станів.

На ризик виникнення та тяжкість афективних порушень у хворих, які перенесли тромбектомію тромботичної оклюзії, у ранньому післяопераційному періоді впливають тяжкість інсульту та глибина ушкоджень структур головного мозку, тим часом як вік, стать та час, який минув від моменту початку ішемічного інсульту до оперативного втручання, не мають суттєвого впливу на виникнення вказаної симптоматики.

Список літератури

1. Robinson R. G., Jorge R. E., Starkstein S. E. Poststroke Depression: An Update // *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2024. Vol. 36, Issue 1. P. 22—35. DOI: 10.1176/appi.neuropsych.21090231.
2. Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Когнітивні та психологічні розлади після інсульту»: наказ Міністерства охорони здоров'я від 27.06.2023 р. № 1163 // *НейроNews*. 2023. № 7 (143). С. 39—48. URI: [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2023/7\(143\)/nn23_7-143_all.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2023/7(143)/nn23_7-143_all.pdf).
3. Manning K. J., Taylor W. D. Poststroke Depression and Apathy: Why Should We Care? // *Am J Geriatr Psychiatry*. 2020. № 28 (11). P. 1210-1212. DOI: 10.1016/j.jagp.2020.03.005.
4. Post-stroke depression: A 2020 updated review / [Medeiros G. C., Roy D., Kontos N., Beach S. R.] // *Gen Hosp Psychiatry*. 2020. Vol. 66. P. 70—80. DOI: 10.1016/j.genhospsych.2020.06.011.
5. Бурчинський С. Г. Можливості фармакотерапії постінсультної депресії: новий погляд на стару проблему // *International neurological journal*. 2023. Т. 18, № 7. С. 35—40. DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.18.7.2022.977>.
6. Neuropsychiatric issues after stroke: Clinical significance and therapeutic implications / Zhang S., Xu M., Liu Z. J. [et al.] //

World J Psychiatry. 2020. Vol. 10 (6). P. 125—138. DOI: 10.5498/wjp.v10.i6.125.

7. Rafsten L., Danielsson A., Sunnerhagen K. S. Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis // *J Rehabil Med*. 2018. Vol. 50 (9). P. 769—778. DOI: 10.2340/16501977-2384.

References

1. Robinson, R. G., Jorge, R. E., & Starkstein, S. E. (2024). Poststroke Depression: An Update. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 36(1), 22–35. <https://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.21090231>.
2. Order of the Ministry of Health of Ukraine about the approval of the Medical Care Standard “Cognitive and psychological disorders after a stroke” on 27 June 2023, No. 1163. (2023). *NeuroNews*, 7(143), 39–48. [https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2023/7\(143\)/nn23_7-143_all.pdf](https://neuronews.com.ua/uploads/issues/2023/7(143)/nn23_7-143_all.pdf). (In Ukrainian).
3. Manning, K. J., & Taylor, W. D. (2020). Poststroke Depression and Apathy: Why Should We Care? *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 28(11), 1210–1212. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.03.005>.
4. Medeiros, G. C., Roy, D., Kontos, N., & Beach, S. R. (2020). Post-stroke depression: A 2020 updated review. *General hospital psychiatry*, 66, 70–80. <https://doi.org/10.1016/j.genhospsych.2020.06.011>.
5. Burchynskyi, S. (2023). Options of pharmacotherapy for post-stroke depression: a new look at an old problem. *International Neurological Journal*, 18(7), 35–40. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.18.7.2022.977>. (In Ukrainian).
6. Zhang, S., Xu, M., Liu, Z. J., Feng, J., & Ma, Y. (2020). Neuropsychiatric issues after stroke: Clinical significance and therapeutic implications. *World journal of psychiatry*, 10(6), 125–138. <https://doi.org/10.5498/wjp.v10.i6.125>.
7. Rafsten, L., Danielsson, A., & Sunnerhagen, K. S. (2018). Anxiety after stroke: A systematic review and meta-analysis. *Journal of rehabilitation medicine*, 50(9), 769–778. <https://doi.org/10.2340/16501977-2384>.

Надійшла до редакції 13.12.2024

РЕГУШ Андрій Васильович, кандидат медичних наук, керівник Центру рентгеновазкулярної нейрохірургії Комунальне некомерційне підприємство «Київська міська клінічна лікарня № 1», м. Київ, Україна; <https://orcid.org/0009-0000-6679-6767>; e-mail: aregusch@gmail.com

REGUSH Andriy, MD, PhD, Head of the Center of X-ray endovascular neurosurgery of the Public non-profit enterprise "Kyiv City Clinical Hospital No. 1", Kyiv, Ukraine; <https://orcid.org/0009-0000-6679-6767>; e-mail: aregusch@gmail.com

*А. В. Фисенко***ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН СТРУКТУРИ СУДИННОЇ СТІНКИ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З АРТЕРІАЛЬНОЮ ГІПЕРТЕНЗІЄЮ***Anastasiia Fysenko***FEATURES OF CHANGES IN THE STRUCTURE OF THE VASCULAR WALL IN YOUNG PERSONS WITH ARTERIAL HYPERTENSION**

Ключові слова: артеріальна гіпертензія, ендотеліальна дисфункція, нейрокогнітивні порушення, тривога, депресія

Keywords: arterial hypertension, vascular remodeling, endothelial dysfunction, intima-media complex, inflammation markers

Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним із головних чинників ризику серцево-судинних захворювань. У молодих пацієнтів з АГ спостерігаються суттєві зміни структури судинної стінки, включно з порушенням функції ендотелію, потовщенням комплексу інтима — медія сонних артерій та підвищенням жорсткості судин. Проведено комплексне дослідження, яке включало ультразвукову оцінку судинної стінки, визначення маркерів ендотеліальної дисфункції (ендотелін-1, інтерлейкін-6) та показників запалення. Отримані дані свідчать про істотний вплив тривалого підвищення артеріального тиску на розвиток судинного ремоделювання та формування атеросклеротичних змін, що зумовлює ризик хронічної ішемії головного мозку у молодих пацієнтів з АГ.

Arterial hypertension (AH) is one of the key risk factors for cardiovascular diseases. In young patients with AH, significant changes in the structure of the vascular wall are observed, including endothelial dysfunction, thickening of the intima-media complex of the carotid arteries, and increased arterial stiffness. A comprehensive study was conducted, which included ultrasound assessment of the vascular wall, determination of markers of endothelial dysfunction (endothelin-1, interleukin-6), and inflammation indicators. The obtained data indicate a significant impact of prolonged elevated blood pressure on the development of vascular remodeling and the formation of atherosclerotic changes, which contribute to the risk of chronic brain ischemia in young patients with AH.

Артеріальна гіпертензія (АГ) є одним з найбільш соціально значущих захворювань серцево-судинної системи серед населення працездатного віку. За даними ВООЗ, в світі проживає близько 1,28 млрд осіб віком 30—79 років, що страждають від АГ [1]. Результати дослідження STEPS показали, що майже третина населення України має підвищений артеріальний тиск (АТ) [2]. Найчастіше від АГ страждають люди старших вікових груп. Зокрема, в Україні 12,7 % осіб віком 18—29 років мають підвищений АТ або приймають антигіпертензивні препарати, віком 45—59 років — 50,6 %, а віком 60—69 років цей показник вже сягає 72,1 % [3]. Останнім часом спостерігається неухильне збільшення в структурі пацієнтів з АГ саме осіб молодого віку, що насамперед пов'язано з наслідками сучасного життя (малорухомий спосіб життя, незбалансоване харчування, надлишкова маса тіла, частий стрес, паління тощо) [4].

Доведено, що тривале підвищення АТ може призвести до дегенеративних змін у судинній стінці, що проявляються судинним ремоделюванням, атеросклерозом, гіпертрофією та ендотеліальною дисфункцією [5—8]. Такі зміни згодом призводять до розвитку хронічної ішемії головного мозку та появи нейрокогнітивних порушень [9; 10].

Тому метою цього дослідження стало — оцінити зміни структури судинної стінки та маркери ендотеліальної дисфункції у осіб молодого віку з АГ.

У дослідженні взяли участь 91 пацієнт (51 чоловік та 40 жінок) молодого віку з АГ. Середній вік

пацієнтів становив $38,59 \pm 4,46$ років. Усі пацієнти проходили лікування у відділенні судинної патології головного мозку та реабілітації ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина НАМН України». Пацієнти отримували антигіпертензивну терапію та у разі потреби — гіполіпідемічні, гіпоглікемічні, антиагрегантні та інші засоби. Середня тривалість лікування в стаціонарі становила $10,0 \pm 0,8$ діб. У контрольну групу залучено 21 умовно здорова особа відповідного віку (середній вік — $37,83 \pm 4,64$ років) та статті (12 чоловіків та 9 жінок), у яких за даними анамнезу та клінічного огляду не діагностовано АГ.

Для досягнення поставленої мети в дослідженні використані такі методи: клініко-неврологічні, психодіагностичні, інструментальні, лабораторні та статистичні.

Вимірювання АТ здійснювали аускультативним методом із використанням стандартної манжети шириною 12 см і довжиною 35 см. Пацієнт під час вимірювання був в положенні сидячи, в стані спокою після відпочинку протягом 10 хвилин. Вимірювання проводили двічі з інтервалом в 2 хвилини на кожній руці. Реєстрували найбільші значення. Пульс оцінювали на обох променевих артеріях.

Оцінювання стану когнітивних функцій проводили за короткою шкалою оцінки психічного статусу (Mini-Mental State Examination — MMSE) [11].

Оцінку психоемоційних розладів проводили за шкалою депресії Гамільтон (HDRS) та шкалою тривоги Спілбергера — Ханіна (STAI).

Ультразвукове дослідження (УЗД) судин проводили за допомогою апарату Soneus P7 з лінійним широкосмуговим датчиком 5—12 МГц в сірошкальному режимі та з кольоровим картуванням та фазовим датчиком 2—4 МГц в дуплексному режимі. За допомогою УЗД оцінювали такі показники: наявність порушення судино-рухової функції ендотелію, жорсткість магістральних артерій, товщина комплексу інтима — медіа (ТІМ) загальних сонних артерій, ступінь стенооклюзуючих уражень сонних артерій шиї.

Пацієнтам проведено комплексне клініко-лабораторне обстеження, що включало загальний аналіз крові та сечі, біохімічний аналіз крові. Оцінювання ліпідного профілю включало визначення рівнів загального холестерину, холестерину ліпопротеїдів високої щільності, холестерину ліпопротеїдів низької щільності та тригліцеридів.

За допомогою імуноферментного аналізу крові досліджували рівні таких маркерів ендотеліальної дисфункції: ендотелін-1 (Human ET-1 (Endothelin 1) ELISA Kit (Elabscience, США)), інтерлейкін-6 (IL-6-ELISA (LDN GmbH & Co.KG, Німеччина)). Також біохімічним методом, за стандартною методикою на базі клініко-діагностичної лабораторії ДУ «ІНПН імені П. В. Волошина НАМН України» досліджено рівень високочутливого С-реактивного білка.

Оброблення результатів дослідження проведено з використанням програмного забезпечення MS Excel 2016 та SPSS Statistics 23.0. Метод описової статистики використовували із застосуванням середнього арифметичного (M) та середньоквадратичної похибки (m) для кількісних показників та у форматі абсолютного (абс.) і відносного (%) значень для категоріальних змінних. Порівняння кількісних показників між двома групами проводили з використанням Т-тесту для непов'язаних груп.

Критеріями відбору пацієнтів визначені:

1. Наявність первинної АГ (за даними офісного вимірювання АТ $\geq 140/90$ мм рт. ст.)

2. Молодий вік (від 25 до 44 років) пацієнта.

Критеріями виключення пацієнтів з дослідження були:

1. Оцінка за шкалою MMSE < 24 балів.

2. За даними анамнезу та клінічного огляду: наявність ознак раніше перенесеного гострого порушення мозкового кровообігу, черепно-мозкової травми, інфекційних захворювань центральної нервової системи, клінічно значущих захворювань серця (стенокардія, інфаркт міокарда, хронічна серцева недостатність, гіпертрофічна кардіоміопатія, аортальний та мітральний стеноз, вроджені та набуті вади серця та ін.).

За результатами психодіагностичного обстеження пацієнти поділені на дві групи залежно від наявності у них нейрокогнітивних порушень. Першу групу становили 39 пацієнтів, які за результатами оцінки за MMSE набрали менше ніж 28 балів. Середній вік пацієнтів цієї групи становив $39,41 \pm 4,11$ років. До другої групи увійшло 52 пацієнти, які також страждали на АГ, але не мали когнітивного дефіциту. Середній вік пацієнтів групи 2 становив $37,98 \pm 4,66$ років.

Результати офісного вимірювання АТ показали, що у пацієнтів групи 1 систолічний АТ (САТ) становив $164,27 \pm 0,85$ мм рт. ст., діастолічний АТ (ДАТ) — $95,43 \pm 0,74$ мм рт. ст. (табл. 1). У групі 2 САТ дорівнював $157,61 \pm 0,53$ мм рт. ст., ДАТ — $93,38 \pm 0,62$ мм рт. ст. За результатами офісного вимірювання АТ встановлено, що САТ був достовірно вищим в групі 1 проти групи 2 ($p = 0,028$), а за показниками ДАТ достовірних відмінностей між групами не було ($p = 0,892$).

Середня тривалість захворювання на АГ в групі пацієнтів з нейрокогнітивними порушеннями становила $9,77 \pm 2,76$ років, що достовірно ($p < 0,001$) перевищувало середню тривалість захворювання в групі 2.

Результати оцінки когнітивних функцій показали, що середній бал за MMSE в групі 1 дорівнював $26,28 \pm 0,08$ (див. табл. 1), що відповідало наявності у пацієнтів нейрокогнітивних порушень легкого ступеня вираженості. Також встановлено, що цей показник в групі 1 був достовірно нижчим як порівняти з другою та контрольною групами ($p < 0,001$, $p < 0,001$ відповідно). В групі 2 та контрольній групі середній бал за MMSE дорівнював $28,58 \pm 0,10$ і $29,16 \pm 0,24$ відповідно ($p = 0,068$) (див. табл. 1), що свідчило про відсутність нейрокогнітивного дефіциту у цих осіб.

Таблиця 1. Загальна характеристика пацієнтів молодого віку з артеріальною гіпертензією

Показник	Група 1 ($n = 39$)	Група 2 ($n = 52$)	Контрольна група ($n = 21$)	p
Середній вік, роки	$39,41 \pm 4,11$	$37,98 \pm 4,66$	$37,83 \pm 4,64$	0,192
САТ, мм рт. ст.	$164,27 \pm 0,85$	$157,61 \pm 0,53$	$128,51 \pm 0,39$	$p_1 = 0,028; p_2 < 0,001; p_3 = 0,002$
ДАТ, мм рт. ст.	$95,43 \pm 0,74$	$93,38 \pm 0,62$	$71,25 \pm 0,85$	$p_1 = 0,892; p_2 = 0,022; p_3 = 0,027$
Середній бал	за MMSE	$26,28 \pm 0,08$	$28,58 \pm 0,10$	$p_1 < 0,001; p_2 < 0,001; p_3 = 0,068$
	за HDRS	$11,74 \pm 0,67$	$9,58 \pm 0,42$	$p_1 = 0,006; p_2 < 0,001; p_3 < 0,001$
	за STAI SA	$34,26 \pm 0,73$	$29,11 \pm 0,64$	$p_1 < 0,001; p_2 < 0,001; p_3 < 0,001$
	за STAI TA	$34,15 \pm 0,61$	$29,75 \pm 0,60$	$p_1 < 0,001; p_2 < 0,001; p_3 < 0,003$

Примітка. Тут і далі — показники рівня статистичної значущості: p_1 — між групою 1 та групою 2; p_2 — між групою 1 та контрольною групою; p_3 — між групою 2 та контрольною групою

Відомо, що на вираженість нейрокогнітивних порушень можуть впливати психоемоційні зміни, як-от депресія та тривога. Тому з метою ретельнішої оцінки психоемоційного стану пацієнтів проведено додаткове обстеження на наявність у них проявів депресії та тривоги.

Результати оцінки психоемоційного стану показали, що середній бал за HDRS в групі 1 становив $11,74 \pm 0,67$, в групі 2 — $9,58 \pm 0,42$, що відповідало наявності депресивних порушенням легкого ступеня вираженості у пацієнтів молодого віку з АГ. В контрольній групі середній бал за HDRS становив $6,30 \pm 0,35$ і відповідав нормативному показнику. Достовірно середній бал був більшим в групі 1 як порівняти з другою та контрольною групами ($p = 0,006$ та $p < 0,001$ відповідно). В групі 2 середній бал також був достовірно ($p < 0,001$) вищим як порівняти з особами контрольної групи (див. табл. 1).

Результати оцінки реактивної тривоги показали, що середній бал за STAI SA в групі 1 становив $34,26 \pm 0,73$, що відповідало середньому ступеню вираженості тривоги. Середній бал за STAI SA в групі 2 та контрольній групі становив $29,11 \pm 0,64$ та $25,37 \pm 0,56$ відповідно, що відповідало низькому

ступеню тривоги. Встановлено, що в групі 1 ступінь вираженості реактивної тривоги був достовірно вищим як порівняти з другою та контрольною групами ($p < 0,001$ та $p < 0,001$ відповідно). Також встановлено, що у пацієнтів групи 2 ступінь вираженості реактивної тривоги був достовірно вищий як порівняти з особами контрольної групи ($p < 0,003$). Результати оцінки особистісної тривоги показали, що середній бал за STAI TA в групі 1 становив $34,15 \pm 0,61$, що відповідало середньому ступеню вираженості тривоги (див. табл. 1). В групі 2 та контрольній групі ступінь вираженості тривоги відповідав низькому рівню, а середній бал становив $29,75 \pm 0,60$ та $25,63 \pm 0,63$ відповідно. Встановлено, що середній бал за STAI TA в групі 1 був достовірно вищим як порівняти з другою та контрольною групами ($p < 0,001$ та $p < 0,001$ відповідно), а в групі 2 був достовірно ($p < 0,001$) вищим як порівняти з контрольною.

За допомогою УЗД судин пацієнтам проведено оцінювання функції ендотелію за результатами проби потік-залежної вазодилатації. Також оцінено жорсткість магістральних артерій, ТІМ загальних сонних артерій та ступінь стенооклюзуючих уражень сонних артерій шиї (табл. 2).

Таблиця 2. Оцінка жорсткості магістральних артерій, товщини комплексу інтима — медіа загальних сонних артерій та ступеня стенооклюзуючих уражень сонних артерій шиї

Показник	Група 1 (n = 39)	Група 2 (n = 52)	Контрольна група (n = 21)	p
Діаметр плечової артерії до компресії, мм	$3,48 \pm 0,23$	$3,34 \pm 0,64$	$3,26 \pm 0,32$	$p_1 = 0,552; p_2 = 0,591; p_3 = 0,237$
Діаметр плечової артерії після компресії, мм	$4,26 \pm 0,74$	$4,57 \pm 0,23$	$4,84 \pm 0,69$	$p_1 = 0,381; p_2 = 0,406; p_3 = 0,102$
Розширення плечової артерії, %	$8,58 \pm 0,47$	$12,42 \pm 0,57$	$14,35 \pm 0,43$	$p_1 = 0,039; p_2 = 0,024; p_3 = 0,002$
Швидкість пульсової хвилі, м/с	$10,38 \pm 0,33$	$8,78 \pm 0,41$	$6,79 \pm 0,25$	$p_1 = 0,028; p_2 = 0,017; p_3 < 0,001$
Товщина комплексу інтима — медіа, мм	$0,84 \pm 0,28$	$0,71 \pm 0,32$	$0,54 \pm 0,35$	$p_1 = 0,652; p_2 = 0,371; p_3 = 0,223$
Товщина комплексу інтима — медіа max, мм	$1,24 \pm 0,37$	$1,02 \pm 0,24$	$0,78 \pm 0,18$	$p_1 = 0,007; p_2 = 0,003; p_3 < 0,001$

Результати проби реактивної гіперемії плечової артерії показали, що діаметр плечової артерії в групі 1 становив $3,48 \pm 0,23$ мм, в групі 2 — $3,34 \pm 0,64$ мм та $3,26 \pm 0,32$ мм в контрольній групі ($p > 0,05$). Діаметр плечової артерії після проведення компресії становив в першій групі $4,26 \pm 0,74$ мм, в групі 2 — $4,57 \pm 0,23$ мм та $4,84 \pm 0,69$ мм в контрольній групі ($p > 0,05$). Отже, встановлено, що діаметр плечової артерії після проведення двох проб в групах відповідав нормативному показнику. Однак достовірно менший приріст діаметра плечової артерії після проби з компресією був у пацієнтів групи 1 як порівняти з групою 2 та контрольною групою ($p = 0,039$, $p = 0,024$ відповідно), а також у пацієнтів групи 2 як порівняти з особами контрольної групи ($p = 0,002$).

Результати дослідження показали, що в групі 1 швидкість пульсової хвилі в аорті перевищувала нормативні показники (5,0—10,0 м/с) і становила $10,38 \pm 0,33$ м/с (див. табл. 2). В другій і контрольній групі цей показник був у межах норми і дорівнював

$8,78 \pm 0,41$ м/с та $6,79 \pm 0,25$ м/с відповідно. Встановлено, що достовірно більшим цей показник був в групі 1 як порівняти з другою та контрольною групами ($p = 0,028$, $p = 0,017$ відповідно), а також в другій групі як порівняти з контрольною ($p < 0,001$).

Відомо, що одним з головних показників появи атеросклеротичного ураження та ремоделювання судин є зміни ТІМ. Результати дослідження показали, що ТІМ в стандартній точці в групі 1 становила $0,84 \pm 0,28$ мм, в групі 2 — $0,71 \pm 0,32$ мм та $0,54 \pm 0,35$ мм в контрольній групі, що відповідало нормативному показнику (див. табл. 2). Достовірних відмінностей між результатами оцінки ТІМ у групах не встановлено ($p > 0,05$). Однак встановлено, що ТІМ в місці максимального потовщення в групі 1 була достовірно більшою як порівняти з групою 2 та контрольною групою ($p = 0,007$ та $p = 0,003$ відповідно) і становила $1,24 \pm 0,37$ мм, що значно перевищує нормативні показники. В другій і контрольній групі цей показник відповідав нормативному і становив $1,02 \pm 0,24$ мм та $0,78 \pm 0,18$ мм відповідно. Однак,

в групі 2 ТІМ в місці максимального потовщення була достовірно більшою як порівняти з контрольною групою ($p < 0,001$).

За результатами дослідження у пацієнтів молодого віку з АГ в структурі комплексу інтима — медіа виявлені такі зміни: втрата диференціювання на шари, нерівномірне підвищення ехогенності інтими, що розцінено як прояви атеросклеротичного ураження сонних артерій. Виявлені плоскі несте-

нозуючі атеросклеротичні бляшки у 24 (61,5 %) осіб з АГ та нейрокогнітивними порушеннями та у 15 (28,8 %) осіб, що страждали від АГ та не мали когнітивного дефіциту ($p = 0,002$).

На наступному етапі дослідження проведено аналіз біологічно активних речовин, що синтезує ендотелій, та маркерів запалення, які можуть відображати наявність патологічних змін у судинній стінці (табл. 3).

Таблиця 3. Результати оцінки маркерів ендотеліальної дисфункції у сироватці крові обстежених осіб

Показник	Група 1 (n = 39)	Група 2 (n = 52)	Контрольна група (n = 21)	p
Ендотелін-1 (пг/мл)	13,10 ± 0,74	7,95 ± 0,68	2,40 ± 0,23	$p_1 < 0,001; p_2 < 0,001; p_3 = 0,014$
Високоспецифічний С-реактивний білок (мг/л)	17,64 ± 0,57	11,89 ± 0,69	7,35 ± 0,55	$p_1 = 0,002; p_2 < 0,001; p_3 = 0,008$
Інтерлейкін-6 (пг/мл)	11,29 ± 0,64	7,63 ± 0,38	4,35 ± 0,48	$p_1 = 0,007; p_2 < 0,001; p_3 = 0,003$

Встановлено, що рівень вазоактивного пептиду ендотелін-1 в групі пацієнтів із нейрокогнітивними порушеннями та АГ як порівняти з другою та контрольною групою був достовірно вищим ($p < 0,001$, $p < 0,001$ відповідно) і становив 13,10 ± 0,74 пг/мл, що в 4,5 раза перевищує норму. В групі 2 рівень ендотеліну-1 становив 7,95 ± 0,68 пг/мл, що перевищувало нормативний показник у 3,7 раза і був достовірно ($p < 0,014$) вищим як порівняти з особами контрольної групи. В контрольній групі рівень цього маркера відповідав нормативному показнику і становив 2,40 ± 0,23 пг/мл.

Аналіз маркерів запалення показав, що рівень високоспецифічного С-реактивного пептиду в групі 1 становив 17,64 ± 0,57 мг/л, що в 1,6 раза перевищує норму. В групі 2 рівень цього маркера становив 11,89 ± 0,69 мг/л, що також перевищувало норму в 1,1 раза. У осіб контрольної групи рівень високоспецифічного С-реактивного пептиду дорівнював 7,35 ± 0,55 мг/л і відповідав нормативному показнику. Також встановлено, що в групі 1 рівень високоспецифічного С-реактивного білка в сироватці крові був достовірно вищим як порівняти з групою 2 та контрольною групою ($p = 0,002$ та $p < 0,001$ відповідно) та достовірно вищим в групі 2 як порівняти з контрольною групою ($p = 0,008$).

Аналіз інтерлейкіна-6 показав, що його рівень в групі 1 становив 11,29 ± 0,64 пг/мл, в групі 2 — 7,63 ± 0,38 пг/мл та 4,35 ± 0,48 пг/мл — в контрольній групі. Встановлено, що рівень цього маркера запалення в групі 1 перевищував нормативний показник в 1,6 раза, в групі 2 — в 1,1 раза, а в контрольній групі не відрізнявся від референтного значення.

Отже, результати проведеного дослідження показали, що у осіб молодого віку з АГ спостерігались ознаки ураження артерій у вигляді змін в структурі комплексу інтима — медіа, як-от втрата диференціювання на шари, нерівномірне підвищення ехогенності інтими, що розцінювали як прояви атеросклеротичного ураження сонних артерій. Такі зміни можуть бути пов'язані з тривалим підвищенням АТ

і призводити до появи нейрокогнітивних порушень у осіб молодого віку з АГ.

Підвищення рівня вазоактивного маркера ендотелін-1 в сироватці крові у осіб молодого віку з АГ може підтверджувати участь цього маркера у патогенезі АГ, а також свідчити про прояви гіпоперфузії тканини головного мозку, що розвивається на тлі ендотеліальної дисфункції. Підвищення рівня маркерів запалення у пацієнтів з АГ може свідчити про формування запальних інфільтратів на рівні стінок артерій при атеросклерозі і призводити до формування хронічної ішемії головного мозку.

Список літератури

- World Health Organization. Hypertension. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Лікування артеріальної гіпертензії у молодих / Біловол О. М., Князькова І. І., Несен А. О. [та ін.] // Ліки України. 2019. № 4 (230). С. 30—35. DOI: [https://doi.org/10.37987/1997-9894.2019.4\(230\).185616](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2019.4(230).185616).
- Коваленко О. Є. Хронічні цереброваскулярні розлади у осіб молодого віку: клініко-діагностичні, етіопатогенетичні та лікувально-профілактичні аспекти / О. Є. Коваленко, Б. Г. Гавришук // Клінічна та профілактична медицина. 2020. № 4 (14). С. 97—104. DOI: [doi.org/10.31612/2616-4868.4\(14\).2020.09](https://doi.org/10.31612/2616-4868.4(14).2020.09).
- Міністерство охорони здоров'я України. Артеріальна гіпертензія: запобігання та профілактика. URL: <https://moz.gov.ua/uk/arterialna-gipertenzija-zarobigannja-ta-profilaktika>.
- Особливості структурних змін головного мозку у хворих молодого віку з артеріальною гіпертензією / [Мищенко Т. С., Бокатуєва В. В., Мищенко В. М., Харіна К. В.] // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2022. № 20. С. 12—18. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2022-20-02>.
- До особливостей лікування хронічної ішемії мозку у ворих молодого віку з артеріальною гіпертензією / [Т. С. Мищенко, В. М. Мищенко, К. В. Харіна, Г. В. Лінська] // Психіатрія, неврологія та медична психологія. 2022. № 19. С. 14—23. DOI: [10.26565/2312-5675-2022-19-02](https://doi.org/10.26565/2312-5675-2022-19-02).
- Wermelt J. A. Management der arteriellen Hypertonie [Management of arterial hypertension] / J. A. Wermelt, H. Schunkert // Herz. 2017. Vol. 42 (5). P. 515—526. German. DOI: [10.1007/s00059-017-4574-1](https://doi.org/10.1007/s00059-017-4574-1).

8. Increased Risk of Hypertension in Young Adults in Southwest China: Impact of the 2017 ACC/AHA High Blood Pressure Guideline / Li D., Zeng X., Huang Y. [et al.] // *Curr Hypertens Rep.* 2019. Vol. 21 (3). P. 21. DOI: 10.1007/s11906-019-0926-y.

9. Oros M. Venous discirculation and cognitive impairment / M. Oros & M. Oros Jr // *International neurological journal.* 2022. Vol. 17(6). P. 43—50. DOI: <https://doi.org/10.22141/2224-0713.17.6.2021.242235>.

10. Пружно-еластичні властивості судинної стінки / [Дєдова В. О., Доценко М. Я., Боев С. С., Шехунова І. О.] // *Артеріальна гіпертензія.* 2014. № 1 (33). С. 20—24. DOI: 10.22141/2224-1485.1.33.2014.82662.

11. Діагностичні шкали і тести в неврології, нейрохірургії і нейрореабілітації / [Сиделковський О. Л., Овсянніков О. А., Марусіченко В. В., Савчук М. М.]. Київ, 2022. 296 с.

References

1. World Health Organization. *Hypertension*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>

2. Bilovol, O.M., Kniazkova, I.I., Nesen, A.O., Mazii, V.V., & Valentynova, I.A. Likuvannia arterialnoi hipertenzii u molodykh [Treatment of arterial hypertension in young people]. *Liky Ukrainy [Medicines of Ukraine]*, 2019. 4(230): 30-35. doi: [10.37987/1997-9894.2019.4\(230\).185616](https://doi.org/10.37987/1997-9894.2019.4(230).185616). (In Ukrainian).

3. Kovalenko O. Ie., Havryshchuk B. H. Khronichni tserebrovaskuliarni rozlady u osib molodoho viku: kliniko-diahnostychni, etiopatohenychni ta likuvalno-profilaktychni aspekty [Chronic cerebrovascular disorders in young people: clinical-diagnostic, etiopathogenetic and therapeutic-prophylactic aspects.]. *Klinichna ta profilaktychna medytsyna [Clinical and preventive medicine]*. 2020;4(14):97-104. doi: [10.31612/2616-4868.4\(14\).2020.09](https://doi.org/10.31612/2616-4868.4(14).2020.09). (In Ukrainian).

4. Ministry of Health of Ukraine. *Hypertension: precautions and prevention*. <https://moz.gov.ua/uk/arterialna-gipertenzija-zapobigannja-ta-profilaktika>. (In Ukrainian).

5. Mishchenko T. S., Bokatuieva V. V., Mishchenko V. M., Kharina K. V. (2022). Osoblyvosti strukturnykh zmin holovnoho mozku u khvorykh molodoho viku z arterialnoiu hipertenziiu [Peculiarities of brain structural changes in young patients with arterial hypertension]. *Psykhatriia, nevrolohiia ta medychna psykhohiia [Psychiatry, Neurology and Medical Psychology]*, (20), 12-18. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2022-20-02>. (In Ukrainian).

6. Mishchenko T.S., Mishchenko V.M., Kharina K.V., Linska H.V. Do osoblyvostei likuvannia khronichnoi ishemii mozku u khvorykh molodoho viku z arterialnoiu hipertenziiu [Features of treatment of chronic cerebral ischemia in young patients with arterial hypertension]. *Psykhatriia, nevrolohiia ta medychna psykhohiia [Psychiatry, Neurology and Medical Psychology]*. 2022;19:14–23. doi: 10.26565/2312–5675-2022-19-02. (In Ukrainian).

7. Wermelt JA, Schunkert H. Management der arteriellen Hypertonie [Management of arterial hypertension]. *Herz.* 2017 Aug;42(5):515–526. German. doi: 10.1007/s00059-017-4574-1. PMID: 28555286.

8. Li D, Zeng X, Huang Y, Lei H, Li G, Zhang N, Huang W. Increased Risk of Hypertension in Young Adults in Southwest China: Impact of the 2017 ACC/AHA High Blood Pressure Guideline. *Curr Hypertens Rep.* 2019 Feb 28;21(3):21. DOI: 10.1007/s11906-019-0926-y.

9. Oros, M., & Oros Jr, M. (2022). Venous discirculation and cognitive impairment. *International neurological journal*, 17(6), 43–50. <https://doi.org/10.22141/2224-0713.17.6.2021.242235>.

10. Dedova, V.O. & Dotsenko, M.Ya & Boyev, S.S. & Shekhunova, I.O. (2014). Pruzhno-elastychni vlastyvosti zahalnykh sonnykh arterii u khvorykh na arterialnu hipertenziiu [Elastic properties of the common carotid arteries in hypertensive patients]. *Arterialna hipertenziiia [Hypertension]*. 20–24. doi: 10.22141/2224-1485.1.33.2014.82662.

11. Sidelkovskiy O. L., Ovsiannikov O. A., Marusichenko V. V., Savchuk M. M. *Diahnostychni shkaly i testy v nevrolohii, neirokhirurhii i neiroreabilitatsii [Diagnostic scales and tests in neurology, neurosurgery and neurorehabilitation]*. Kyiv, 2022. 296 p.

Надійшла до редакції 19.11.2024

ФИСЕНКО Анастасія В'ячеславівна, завідувачка відділення судинної патології головного мозку Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології імені П. В. Волошина Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: fisenko.anastasya95@gmail.com

FYSENKO Anastasiia, Head of the Department of brain vascular pathology of the State Institution "P. V. Voloshin's Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: fisenko.anastasya95@gmail.com

I. I. Черненко

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН БІОЕЛЕКТРИЧНОЇ АКТИВНОСТІ МОЗКУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НАСЛІДКАМИ БОЙОВОЇ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЇ ТРАВМИ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ

I. I. Chernenko

FEATURES OF IMPAIRED BIOELECTRICAL ACTIVITY OF THE BRAIN IN PATIENTS WITH CONSEQUENCES OF COMBAT TRAUMATIC BRAIN INJURY DEPENDING ON THE SEVERITY

Ключові слова: бойова черепно-мозкова травма, біоелектрична активність мозку, електроенцефалографія, когнітивні порушення, синдроми

У контексті сучасних військових конфліктів ця проблема набуває особливого значення через збільшення кількості пацієнтів із подібними ушкодженнями. За даними статистики, кожен третій пацієнт, що зазнав бойової черепно-мозкової травми (бЧМТ), має широкий спектр неврологічних, когнітивних і психічних розладів, які суттєво впливають на якість життя пацієнтів. Відомо, що патогенез посттравматичних розладів може бути пов'язаний з дисфункцією неспецифічних структур головного мозку, до яких належить лімбіко-ретикулярний комплекс. Одним із ключових методів оцінки функціонального стану головного мозку є електроенцефалографія (ЕЕГ), яка дає змогу виявити порушення біоелектричної активності головного мозку (БЕАГМ).

Метою цього дослідження є визначення особливостей змін БЕАГМ у пацієнтів із наслідками бЧМТ та їх кореляція із клінічними проявами.

У дослідженні взяли участь 350 пацієнтів із наслідками бЧМТ. Хворі були поділені на групи залежно від тяжкості отриманої травми: 145 осіб з легкою бЧМТ (ЛбЧМТ), 125 осіб з середнього ступеня тяжкості бЧМТ(СТ) і 80 осіб з тяжкою бЧМТ (ТбЧМТ). Також враховували катамнез травми: від 6 місяців до 1 року, від 1 до 3 років та від 4 до 7 років. Середній вік — $38,5 \pm 1,5$ років. Контрольну групу становили 30 здорових осіб без бЧМТ. Усім пацієнтам проведено клініко-неврологічне обстеження для оцінки неврологічного статусу та визначення основних синдромів, а також електроенцефалографія з аналізом вогнищевих змін на ЕЕГ та основних ритмів мозкової активності. Запис ЕЕГ проведено за допомогою електроенцефалографічного комплексу НейроКом «ХАІ-Медика», НТЦ радіоелектронних медичних приборів та технологій Національного аерокосмічного університету «ХАІ», хворим, у яких не було відкритих ран та післяопераційних швів в місці накладання електродів, металевих уламків та металевих пластин в ділянці голови та шиї, що можуть призводити до появи артефактів під час реєстрації ЕЕГ. Обстежені 97 пацієнтів з ЛбЧМТ (66,9 %), 80 пацієнтів з бЧМТ(СТ) (64,0 %) та 47 пацієнтів з ТбЧМТ (58,75 %).

Отримані результати свідчать, що в абсолютній більшості пацієнтів з ЛбЧМТ спостерігалися легкі або помірні зміни на ЕЕГ. Водночас домінував модульований «веретено-подібний» альфа-ритм, з акцентом в середніх та задніх відділах головного мозку. У передніх відділах мозку реєструвався бета-ритм в середньому з амплітудою 15—20 мкВ і частотою 14—24 коливань за секунду. Зональні відмінності збережені. Зокрема, лише у 34 пацієнтів (35,05 %) цієї групи виявлено дисфункцію діенцефально-стовбурових структур мозку. У хворих з бЧМТ(СТ) нормальні показники ЕЕГ не зафіксовані. Дисфункція діенцефально-стовбурових структур мозку зареєстрована у 32 (40,0 %). Незначна вогнищева симптоматика була у 28 (35,0 %), пароксизмальна активність виявлена у 11 обстежених (13,75 %). У решти хворих спостерігалась спонтанна епіактивність. У групі пацієнтів з ТбЧМТ також не виявлені нормальні показники ЕЕГ. Дисфункція діенцефально-стовбурових структур мозку зафіксована у 18 (38,2 %) пацієнтів, вогнищева активність спостерігалась у 17 (36,2 %), пароксизмальна активність — у 8 (17,02 %) хворих. Спонтанна епіактивність спостерігалась у 4 (8,51 %) обстежених. У хворих з бЧМТ(СТ) та ТбЧМТ не виявлено реакцію на гіпервентиляцію. Спостерігалось посилення синхронізації з підвищенням амплітуди біопотенціалів у вигляді загострених хвиль альфа-діапазону, посилення дезорганізації альфа-ритму, також поява гострих та повільних хвиль. Поява альфа-ритму високої амплітуди свідчить про пригнічення біопотенціалів мозку, очевидно, внаслідок недостатності гемодинаміки та гіпоксії мозку.

Отже, розлади електрогенезу відображають дисрегуляторну перебудову мозку та його реакцію на недостатність кровопостачання, які виявлені в групах хворих з бЧМТ(СТ) і ТбЧМТ. Дослідження БЕАГМ показало, що наслідки бЧМТ характеризуються змінами частоти, амплітуди альфа-ритму, які свідчать про дисфункцію неспецифічних структур мозку, причому показники у хворих з ЛбЧМТ наближаються до показників у хворих з бЧМТ (СТ) та ТбЧМТ. Чим важчою була отримана бЧМТ, тим більш виражені зміни БЕАГМ спостерігались у пацієнтів з бЧМТ(СТ) та ТбЧМТ.

Key words: *combat traumatic brain injury, bioelectrical brain activity, electroencephalography, cognitive impairment, syndromes*

In the context of modern military conflicts, this problem is of particular importance due to the growing number of patients with such injuries. According to statistics, every third patient with TBI has a wide range of neurological, cognitive and mental disorders that significantly affect the quality of life. It is known that the pathogenesis of post-traumatic disorders may be associated with the dysfunction of nonspecific brain structures, including the limbic reticular complex (LRC). One of the key methods of assessing the functional state of the brain is electroencephalography (EEG), which allows to detect abnormalities in the bioelectrical activity of the brain (BEAB).

The aim of this study is to determine the peculiarities of BEAB changes in patients with consequences of TBI and their correlation with clinical manifestations.

The study involved 350 patients with consequences of TBI. The patients were divided into groups depending on the severity of the injury: 145 people with mild TBI (mTBI), 125 people with moderate TBI (MtTBI) and 80 people with severe TBI (sTBI). Injury history was also taken into account: from 6 months to 1 year, from 1 year to 3 years, and from 4 years to 7 years. The average age was 38.5 ± 1.5 years. The control group consisted of 30 healthy individuals without TBI. All patients underwent a clinical and neurological examination to assess the neurological status and identify the main syndromes, as well as electroencephalography (EEG) with analysis of focal EEG changes and basic brain activity rhythms. EEG recording was performed using the NeuroCom "KHAI-Medica" electroencephalographic complex, STC of Radioelectronic Medical Devices and Technologies of the National Aerospace University "KHAI", in patients who did not have open wounds and postoperative sutures at the site of electrode application, metal fragments and metal plates in the head and neck area, which can lead to the appearance of artefacts during EEG recording. We examined 97 patients with (mTBI) (66.9 %), 80 patients with MtTBI (64.0 %) and 47 patients with sTBI (58.75 %).

Based on the results obtained, it can be said that the vast majority of patients with mTBI had mild or moderate changes in the EEG. This was dominated by a modulated "spindle-shaped" alpha-rhythm, with an emphasis on the middle and posterior brain regions. In fore-brain, a beta-rhythm was recorded with an average amplitude of 15-20 μ V and a frequency of 14-24 oscillations per second. Zonal differences were preserved. Thus, only 34 patients (35.05 %) of this group had dysfunction of the diencephalic brainstem structures. In patients with MtTBI normal EEG parameters are almost absent. Thus, dysfunction of the diencephalic structures of the brain was recorded in 32 (40.0 %). Minor focal symptoms were present in 28 (35.0 %), and paroxysmal activity was detected in 11 patients (13.75 %). The remaining patients had spontaneous epileptic activity. The group with TBI also had no normal EEG findings. Dysfunction of the diencephalic brainstem structures was recorded in 18 (38.2 %) patients, focal activity was observed in 17 (36.2 %), and paroxysmal activity in 8 (17.02 %) patients. Spontaneous epi-activity occurred in 4 (8.51 %) of the patients. Patients with MtTBI and sTBI had no reaction to hyperventilation. There was an increase in synchronization with an increase in the amplitude of biopotentials in the form of acute waves of the alpha range, increased disorganization of the alpha rhythm, and the appearance of acute and slow waves. The appearance of a high amplitude alpha rhythm indicates depression of brain biopotentials, apparently due to insufficient hemodynamics and brain hypoxia.

Thus, disorders of electrogenesis reflect dysregulation of the brain and its response to insufficient blood supply, which were found in groups of patients with MtTBI and sTBI. The BEAB study showed that the consequences of TBI are characterized by changes in the frequency and amplitude of alpha-rhythm, which indicate dysfunction of nonspecific brain structures as a result of mTBI and are close to those in patients with MtTBI and sTBI. The more severe the TBI, the more pronounced changes in BEAB were observed in patients with MtTBI and sTBI.

На території Східної України, протягом останніх 10 років, в результаті проведення антитерористичної операції та повномасштабного військового вторгнення, в десятки разів почастишали травми, пов'язані з застосуванням зброї (мінно-вибухові, вибухові травми, множинні осколкові та кульові поранення голови, тулуба, внутрішніх органів та кінцівок).

Черепно-мозкова травма (ЧМТ), отримана в результаті ведення бойових дій, так звана бойова черепно-мозкова травма (бЧМТ) є одним з поширених уражень нервової системи. Тобто можна вважати, що бЧМТ є одним із найсерйозніших видів травм, що супроводжуються істотними порушеннями функцій центральної нервової системи. У кон-

тексті сучасних військових конфліктів ця проблема набуває особливого значення через збільшення кількості пацієнтів із подібними ушкодженнями. За даними статистики, кожен третій пацієнт, що зазнав бЧМТ, має широкий спектр неврологічних, когнітивних і психічних розладів, які суттєво впливають на якість життя пацієнтів. Відомо, що патогенез посттравматичних розладів може бути пов'язаний з дисфункцією неспецифічних структур головного мозку, до яких належить лімбіко-ретикулярний комплекс.

Одним із ключових методів оцінки функціонального стану головного мозку є електроенцефалографія (ЕЕГ), яка дає змогу виявити порушення біоелектричної активності головного мозку (БЕАГМ). Ці порушення можуть бути пов'язані з дифузними

або локальними змінами в нейронній активності, що є наслідком механічного ушкодження мозкової тканини, гіпоксії чи запальних процесів. Дисфункція різних рівнів лімбіко-ретикулярного комплексу характеризується відповідними змінами на ЕЕГ. Домінування на ЕЕГ β -активності високої частоти та зниження загального амплітудного рівня свідчать про високу активність ретикулярної формації середнього та довгастого мозку. Оцінка ЕЕГ з урахуванням ролі лімбіко-ретикулярного комплексу в організації інтегративної діяльності мозку сприяє розумінню патогенетичних механізмів тих патологічних станів, що супроводжуються нестабільністю вегетативних реакцій та порушенням психоемоційного статусу хворого.

Епілептичні напади можуть виникати незабаром або навіть через роки після отриманої травми. Посттравматична епілепсія спостерігається майже у 30 % випадків. Це стосується найчастіше хворих, що зазнали бЧМТ(СТ) або ТбЧМТ. У літературі описано три основні варіанти посттравматичної епілепсії. У першому варіанті основу клінічної картини, тяжкість та прогноз визначають інші наслідки травми мозку. Напади, зазвичай, не часті, піддаються терапевтичній корекції, генералізована пароксизмальна активність на ЕЕГ — не характерна. Другий варіант: провідна роль належить епілептичним нападам. За результатами ЕЕГ виявляється генералізована пароксизмальна активність, вогнища зазвичай симетричні, характерна їх міграція. Третій варіант являє собою наслідки легкої ЧМТ з розвитком епілепсії при дуже можливій спадковій схильності. В цих випадках характерна білатерально-синхронна генералізована активність на ЕЕГ без морфологічного компонента (за даними методів нейровізуалізації).

Епілептичний синдром є провідним в клінічній картині у майже 38,5 % пацієнтів, додатково — до 13 % хворих з наслідками бЧМТ мали характерні епілептичні зміни за даними ЕЕГ без клінічних проявів.

Метою цього дослідження є визначення особливостей змін БЕАГМ у пацієнтів із наслідками бЧМТ та їх кореляція із клінічними проявами.

У дослідженні взяли участь 350 пацієнтів із наслідками бЧМТ. Хворі були поділені на групи залежно від тяжкості отриманої травми: 145 осіб з легкою бЧМТ (ЛбЧМТ), 125 осіб з середнього ступеня тяжкості бЧМТ(СТ) і 80 осіб з тяжкою бЧМТ (ТбЧМТ). Також враховували катанез травми: від 6 місяців до 1 року, від 1 до 3 років та від 4 до 7 років. Середній вік — $38,5 \pm 1,5$ років. Контрольну групу становили 30 здорових осіб без бЧМТ в анамнезі.

Усім пацієнтам проведено клініко-неврологічне обстеження для оцінки неврологічного статусу та визначення основних синдромів, а також електроенцефалографія (ЕЕГ) з аналізом вогнищевих змін ЕЕГ та основних ритмів мозкової активності: альфа-, бета-, тета- та дельта-ритмів.

Запис ЕЕГ проводили за допомогою електроенцефалографічного комплексу НейроКом «ХАІ-Медика»,

НТЦ радіоелектронних медичних приборів та технологій Національного аерокосмічного університету «Харківський авіаційний інститут». Пацієнт перебуває в екранованій і звукоізольованій кімнаті у положенні сидячи з розслабленою мускулатурою для виключення м'язових артефактів під час запису електроенцефалограми. Накладали електроди таким способом, щоб рівномірно охоплювати лобні, центральні, тім'яні, потиличні та передні і задні скроневі ділянки обох півкуль відповідно до схеми накладання електродів «десять — двадцять», що запроваджена в світовій практиці. Використовували біполярний метод відведення біопотенціалів. Непарні цифрові індекси відповідають електродам над лівою, а парні — над правою гемісферою мозку. У місцях накладання електродів шкіру голови ретельно знежирювали 96 % спиртом. Оскільки на ЕЕГ спокою не завжди виявляються ознаки патології, то, як і за інших методів функціональної діагностики, в клінічній електроенцефалографії використовують низку функціональних проб.

Фонова проба — проба для реєстрації запису спокою. Для подальшого аналізу цієї проби треба обчислювати багато параметрів, що характеризують електричну активність мозку в умовах спокою.

Орієнтовне навантаження дає змогу оцінити ЕЕГ-компонент орієнтовної реакції. Використовують зазвичай поодинокий спалах світла з енергією спалаху 0,24—0,35 Дж.

Ритмічна фотостимуляція при заплучених очах піддослідного. В клінічних дослідженнях як подразник використовують спалахи світла з енергією світла 0,24—0,35 Дж тривалістю 5—7 с, з такими ж інтервалами між серіями спалахів.

Гіпервентиляція — інтенсивне глибоке дихання з частотою близько 20 дихальних рухів за хвилину протягом 2—3 хвилин, або до появи епілептичної активності. Глибина вдиху та повнота видиху повинні бути максимальними.

За класифікацією О. О. Жирмунської, розрізняють п'ять типів ЕЕГ: тип I — організований; тип II — гіперсинхронний; тип III — десинхронний («плоска ЕЕГ»); тип IV — дезорганізований (з переважанням альфа-активності); тип V — дезорганізований (з переважанням тета- та дельта-активності).

За класифікацією Л. Р. Зенкова (2002) [3], існують три класи порушень кіркової ритміки залежно від ступеня інформативності, які виявляються змінами ЕЕГ локального, пароксизмального характеру або дифузними.

Відповідно до класифікацій, проведений аналіз результатів ЕЕГ з урахуванням основних показників, характерних для нормальних і патологічних змін під час проведення запису, з використанням візуально-графічного аналізу. Враховували симетричність запису та наявність патологічної активності та вираженості регіональних розбіжностей.

Статистичне оброблення отриманих даних проводили із використанням методів кореляційного та регресійного аналізу. За допомогою критерію

достовірності різниці (t) за таблицею Стьюдента проведено оцінку вірогідності відмінностей і змін між порівнюваними величинами.

У всіх хворих ретельно зібрані скарги, анамнез хвороби, анамнез життя та проведено оцінювання неврологічного статусу. Також проведений запис ЕЕГ хворим, у яких не було відкритих ран та післяопераційних швів у місці накладання електродів, металевих уламків та металевих пластин в ділянці голови та шиї, що можуть призводити до появи артефактів під час реєстрації ЕЕГ. Обстежені 97 пацієнтів з ЛБЧМТ (66,9 %), 80 пацієнтів з бЧМТ(СТ) (64,0 %) та 47 пацієнтів з ТбЧМТ (58,75 %).

Тип I — організований (нормальна ЕЕГ). Основним компонентом цього типу є альфа-ритм, регулярний за частотою, чітко модульований в веретена, з середнім та високим індексом, з добре вираженими зональними відмінностями. Форма хвиль зазвичай гладка. Бета-активність — високої та середньої частоти, малої амплітуди. Повільні хвилі майже не виразні. В межах цього типу можливі менш упорядкована структурна та просторова організація альфа-активності, наявність нерегулярної, повільної активності, переважно в передніх відділах мозку, зазвичай з меншою, ніж у альфа-активності, амплітудою.

Тип II — гіперсинхронний. Для нього характерний високий індекс регулярних коливань біопотенціалів при втраті їх зональних відмінностей. Можливі різні варіанти такого посилення синхронізації активності: зі збереженням або навіть посиленням коливань альфа-діапазону; зі зникненням альфа-активності та заміною її бета-активністю низької частоти або тета-активністю.

Тип III — десинхронний, або «плоска» ЕЕГ, відрізняється відсутністю або різким зменшенням кількості альфа-хвиль при відносному збільшенні кількості бета- та тета-коливань невисокої, низької, дуже низької амплітуди без зональних відмінностей.

Тип IV — дезорганізований (з переважанням альфа-активності). На ЕЕГ головною є альфа-активність, але вона недостатньо регулярна або зовсім нерегулярна за частотою. Такий більш-менш дезорганізований альфа-ритм має недостатньо високу амплітуду і може навіть домінувати в усіх ділянках мозку. Бета-активність також нерідко посилена, дуже часто представлена коливаннями низької частоти, збільшеної амплітуди. Водночас з цим на ЕЕГ можуть бути тета- та дельта-хвилі з достатньо високою амплітудою

Тип V — дезорганізований (з переважанням тета- та дельта-активності). Його структуру характеризує слабка представленість альфа-активності. Коливання біопотенціалів альфа-, бета-, тета- та дельта-діапазонів реєструються без будь-якої чіткої послідовності. Такий бездомінантний тип кривої може мати як середній, так і високий амплітудний рівень.

ЕЕГ I типу можна розцінити як ідеальну норму або як легкі зміни в межах допустимих варіантів норми. ЕЕГ II та III типів відображають регулярні

зміни в діяльності головного мозку. На ЕЕГ II типу є послаблення активуючих впливів на кору з боку ретикулярної формації стовбуру мозку і посилення дезактивуючих впливів з інших відділів лімбіко-ретикулярного комплексу. На ЕЕГ III типу, навпаки, є посилення активуючих впливів з боку ретикулярної формації стовбуру мозку, яке виражається в десинхронізації альфа-активності на ЕЕГ.

Тип IV свідчить про те, що у пацієнтів є дисфункція в діяльності регулювальних систем мозку. Поряд з цим спостерігаються і мікроструктурні ураження в різних відділах мозку, зокрема в корі. Такі ураження виникають внаслідок перенесених травм голови і нейроінфекцій. Тип V означає, що у пацієнтів на перший план виходять вже не регуляторні, а мікроструктурні ураження в корі головного мозку [2].

Результати, що ми отримали, підтверджують, що в групі контролю (у практично здорових та у хворих без бЧМТ в анамнезі) частіше спостерігається організований тип ЕЕГ. Помірні або легкі зміни ЕЕГ дифузного характеру з переважанням змішаної активності середньої амплітуди виявлені у 32 пацієнтів з ЛБЧМТ (32,9 %).

У 34 пацієнтів з ЛБЧМТ (35,05 %), у 32 пацієнтів з бЧМТ(СТ) (40 %) та у 18 з ТбЧМТ (38,3 %) під час запису фонові ЕЕГ реєструвались немодульована, загострена та несиметрична у вигляді спалахів альфа-активність. Також спостерігалися спайки, швидка асинхронізація коливань, а інколи — дифузні повільні гострі хвилі. Під час проведення ритмічної фотостимуляції не виникало чіткого засвоєння нав'язливого ритму світлових миготінь, але визначалась активація, а потім — нормалізація альфа-активності. Гіпервентиляція не призводила до синхронізації альфа-активності. Не відбувалось також суттєвих змін фонового патерну. Значущої амплітудної частотної міжпівкульної асиметрії в усьому спектральному діапазоні на всіх етапах обстеження, локальної патології, пароксизмальної епілептичної активності — не виявлено. Відповідно до аналізу результатів ЕЕГ, ми можемо зробити висновок, що у цих хворих виявлено дисфункцію діенцефально-стовбурових структур мозку.

У 23 пацієнтів з ЛБЧМТ (23,7 %), у 28 пацієнтів із бЧМТ(СТ) (35,0 %) та у 17 хворих з ТбЧМТ (36,2 %) зареєстровано на ЕЕГ грубу дезорганізацію, дизритмію патерну. Також реєструвався фокус патологічної поліморфної повільної дельта-, тета-активності в одній або кількох ділянках мозку. Ці зміни здебільшого реєструвались спонтанно або в умовах гіпервентиляції. Отримані дані свідчать про вогнищеві зміни БЕАГМ.

У 7 пацієнтів з ЛБЧМТ (7,2 %), у 11 пацієнтів з бЧМТ(СТ) (13,75 %) та у 8 пацієнтів з ТбЧМТ (17,02 %) на ЕЕГ виявлено дезорганізацію, дизритмію патерну. В умовах проведення проби гіпервентиляції виникали спалахи білатерально-синхронних комплексів «пік — повільна хвиля», також реєструвалась пароксизмальна активність. Також у малої кількості хворих виявлено спонтанну епіактивність у формі

розрядів білатерально-синхронних комплексів «пік — повільна хвиля».

З отриманих результатів випливає, що в абсолютній більшості пацієнтів з ЛБЧМТ спостерігалися легкі або помірні зміни на ЕЕГ. Переважав модульований «веретеноподібний» альфа-ритм, з акцентом в середніх та задніх відділах головного мозку. В передніх відділах мозку реєструвався бета-ритм в середньому з амплітудою 15—20 мкВ і частотою 14—24 коливань за секунду. Зональні відмінності — збережені. Лише у 34 пацієнтів (35,05 %) цієї групи виявлено дисфункцію діенцефально-стовбурових структур мозку.

У групі хворих з бЧМТ(СТ) нормальні показники ЕЕГ не зафіксовані. Дисфункція діенцефально-стовбурових структур мозку зареєстрована у 32 хворих (40,0 %), незначна вогнищева симптоматика — у 28 (35,0 %), пароксизмальна активність виявлена у 11 обстежених (13,75 %), у решти хворих спостерігалась спонтанна епіактивність.

В групі пацієнтів з ТбЧМТ також не виявлено нормальних показників ЕЕГ. Дисфункція діенцефально-стовбурових структур мозку зафіксована у 18 (38,2 %) пацієнтів, вогнищева активність спостерігалась у 17 (36,2 %), пароксизмальна активність — у 8 (17,02 %) хворих. Спонтанна епіактивність виявлена у 4 (8,51 %) обстежених.

У групах хворих з бЧМТ(СТ) та ТбЧМТ не було реакції на гіпервентиляцію. Спостерігалось посилення синхронізації з підвищенням амплітуди біопотенціалів у вигляді загострених хвиль альфа-діапазону, посилення дезорганізації альфа-ритму, також поява гострих та повільних хвиль. Поява альфа-ритму високої амплітуди свідчить про пригнічення біопотенціалів мозку, очевидно, внаслідок недостатності гемодинаміки та гіпоксії мозку.

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

Розлади електрогенезу відображають дисрегуляторну перебудову мозку та його реакцію на недостатність кровопостачання, які були виявлені в групах хворих з бЧМТ(СТ) і ТбЧМТ. Дослідження БЕАГМ показало, що наслідки бЧМТ характеризуються змінами частоти, амплітуди альфа-ритму, які свідчать про дисфункцію неспецифічних структур мозку, причому показники у хворих з ЛБЧМТ наближаються до показників у хворих з бЧМТ(СТ) та ТбЧМТ. Чим важчою була отримана бЧМТ, тим більш виражені зміни БЕАГМ спостерігались у пацієнтів з бЧМТ(СТ) та ТбЧМТ.

Можна стверджувати, що пацієнти з наслідками бЧМТ демонструють характерні зміни БЕАГМ, що залежать від тривалості катамнезу і клінічних проявів. Гіперсинхронізація альфа-ритму та локальне підвищення бета-активності характерні для ранніх стадій відновлення, тоді як домінування дельта-ритму свідчить про хронічні процеси. Аналіз БЕАГМ дає змогу виявляти маркери, які можуть бути використані для розробки і покращення діагностики та реабілітації пацієнтів із наслідками бЧМТ.

Список літератури

1. The neuropathology of chronic traumatic encephalopathy / [McKee A. C., Stein T. D., Kiernan P. T., & Alvarez V. E.] // *Brain Pathology*. 2015. Vol. 25(3). P. 350—364. DOI: 10.1111/bpa.12248.

2. Черненко І. І. Вплив структурно-морфологічних змін головного мозку в осіб з тяжкою бойовою черепно-мозковою травмою на особливості клініки, перебіг захворювання, стан когнітивних функцій // *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2024. № 3 (25). С. 253—261. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2024-25-03>.

3. Traumatic brain injuries / Blennow K., Brody D. L., Kochanek P. M. [et al.] // *Nature Reviews Disease Primers*. 2016. Vol. 2,16084. DOI: 10.1038/nrdp.2016.84.

4. Шидловська Т. А. Екстрауральні порушення у осіб з акутравмою, які знаходилися в зоні проведення анти-терористичної операції / Т. А. Шидловська, Л. Г. Петрук // *Медичні перспективи*. № 4. 2015. С. 39—50.

5. A quantitative EEG method for detecting post clamp changes during carotid endarterectomy / Mishra M., Banday M., Derakhshani R. [et al.] // *J Clin Monit Comput*. 2011. Vol. 25. P. 295—308. DOI: 10.1007/s10877-011-9308-y.

6. Foreman B. Quantitative EEG for the detection of brain ischemia / B. Foreman, J. Classen // *Critical Care*. 2012. Vol. 16, No. 2. P. 216—225. DOI: 10.1186/cc11230.

7. Laroche, Suzette. Handbook of ICU EEG monitoring / Suzette M. LaRoche & Hiba Haider. NY: Demos Medical, 2018. 338 p.

8. Inter-hemispheric coupling changes associate with motor improvements after robotic stroke rehabilitation / G. Pellegrino, L. Tomasevic, M. Tombini [et al.] // *Restor Neurol Neurosci*. 2012. Vol. 30 (6). P. 497—510. DOI: 10.3233/RNN-2012-120227.

9. Reproducibility and clinical relevance of quantitative EEG parameters in cerebral ischemia: a basic approach / R.V. Sheorajpanday, G. Nagels, A.J. Weeren [et al.] // *Clin Neurophysiol*. 2009. Vol. 120 (5). P. 845—855. DOI: 10.1016/j.clinph.2009.02.171.

10. The role of mitochondrial transition pore, and its modulation, in traumatic brain injury and delayed neurodegeneration after TBI / [Mazzeo T., Beat A., Singh A., Bullock M. R.] // *Experimental Neurology*. 2009. Vol. 218 (2). P. 363—370. DOI: 10.1016/j.expneurol.2009.05.026.

11. Niogi S. N. Diffusion tensor imaging of mild traumatic brain injury / S. N. Niogi, P. Mukherjee // *Journal of Head Trauma Rehabilitation*. 2010. Vol. 25 (4). P. 241—255. DOI: 10.1097/HTR.0b013e3181e52c2a.

12. Черненко І. І. Особливості впливу наслідків бойової черепно-мозкової травми в залежності від ступеня тяжкості та катамнезу травми на когнітивну сферу пацієнтів // *Психіатрія, неврологія та медична психологія*. 2024. № 1 (23). С. 35—42. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2024-23-04>.

References

1. McKee AC, Stein TD, Kiernan PT, Alvarez VE. The neuropathology of chronic traumatic encephalopathy. *Brain Pathol*. 2015 May;25(3):350-64. doi: 10.1111/bpa.12248. PMID: 25904048; PMCID: PMC4526170.

2. Chernenko I. I. Influence of structural and morphological changes in the brain in patients with severe combat traumatic brain injury on the features of the clinic, the course of the disease, and the state of cognitive functions [The influence of structural and morphological changes in the brain in individuals with severe combat traumatic brain

injury on clinical features, course of the disease, and state of cognitive functions]. *Psykhiatriia, nevrolohiia ta medychna psykholohiia [Psychiatry, Neurology and Medical Psychology]*. 2024. No. 3(25). S. 253-261. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2024-25-03>. (In Ukrainian).

3. Blennow K, Brody DL, Kochanek PM, Levin H, McKee A, Ribbers GM, Yaffe K, Zetterberg H. Traumatic brain injuries. *Nat Rev Dis Primers*. 2016 Nov 17;2:16084. doi: 10.1038/nrdp.2016.84. PMID: 27853132.

4. Shydlovska T. A., Petruk L. H. Ekstraauralni porushennia u osib z akutravmoiu, yaki znakhodylysia v zoni provedennia antyterorystychnoi operatsii [Extraaural disorders in people with acute trauma who were in the area of the anti-terrorist operation]. *Medychni perspektyvy [Medical Perspectives]*. No. 4. 2015. S. 39–50. (In Ukrainian).

5. Mishra M, Banday M, Derakhshani R, Croom J, Camarata PJ. A quantitative EEG method for detecting post clamp changes during carotid endarterectomy. *J Clin Monit Comput*. 2011 Oct;25(5):295-308. doi: 10.1007/s10877-011-9308-y. Epub 2011 Sep 30. PMID: 21959502.

6. Foreman B, Claassen J. Quantitative EEG for the detection of brain ischemia. *Crit Care*. 2012 Dec 12;16(2):216. doi: 10.1186/cc11230. PMID: 22429809; PMCID: PMC3681361.

7. Laroche, Suzette & Haider, Hiba. (2018). *Handbook of ICU EEG monitoring*. NY: Demos Medical.

8. Pellegrino G, Tomasevic L, Tombini M, Assenza G, Bravi M, Sterzi S, Giacobbe V, Zollo L, Guglielmelli E, Cavallo G, Vernieri F, Tecchio F. Inter-hemispheric coupling changes associate with motor improvements after robotic stroke rehabilitation. *Restor Neurol Neurosci*. 2012;30(6):497-510. doi: 10.3233/RNN-2012-120227. PMID: 22868224.

9. Sheorajpanday RV, Nagels G, Weeren AJ, van Putten MJ, De Deyn PP. Reproducibility and clinical relevance of quantitative EEG parameters in cerebral ischemia: a basic approach.

Clin Neurophysiol. 2009 May;120(5):845-55. doi: 10.1016/j.clinph.2009.02.171. Epub 2009 Apr 16. PMID: 19375386.

10. Mazzeo AT, Beat A, Singh A, Bullock MR. The role of mitochondrial transition pore, and its modulation, in traumatic brain injury and delayed neurodegeneration after TBI. *Exp Neurol*. 2009 Aug;218(2):363-70. doi: 10.1016/j.expneurol.2009.05.026. Epub 2009 May 27. PMID: 19481077.

11. Niogi SN, Mukherjee P. Diffusion tensor imaging of mild traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil*. 2010 Jul-Aug;25(4):241-55. doi: 10.1097/HTR.0b013e3181e52c2a. PMID: 20611043.

12. Chernenko II. Osoblyvosti vplyvu naslidkiv boiovoi cherepno-mozkovoї travmy v zalezhnosti vid stupenia tiazhkosti ta katamnezu travmy na kohnityvnu sferu patsiiientiv. [Features of the impact of combat-related traumatic brain injury in the long-term period, depending on the severity and course of the injury on the cognitive sphere of patients]. *Psykhiatriia, nevrolohiia ta medychna psykholohiia [Psychiatry, Neurology and Medical Psychology]*. 2024. No. 1(23). S. 35-42. <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2024-23-04>. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 10.12.2024

ЧЕРНЕНКО Інна Іванівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри неврології, психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна Міністерства освіти і науки України, м. Харків, Україна; <https://orcid.org/0000-0003-4239-862X>; e-mail: cher.innushta@gmail.com

CHERNENKO Inna, MD, PhD, Associate Professor of Department of Neurology, Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University of Ministry of Education and Science of Ukraine, Kharkiv, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0003-4239-862X>; e-mail: cher.innushta@gmail.com

Є. В. Опря, В. В. Станіславчук, Г. В. Морванюк, В. Д. Фучеджі, К. К. Белогрудова, В. В. Баскіна

КОМПЛЕКСНІЙ ПІДХІД ДО КОРЕКЦІЇ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА РАК ЕНДОМЕТРІЮ, КОМОРБІДНИЙ З ОЖИРІННЯМ

Ye. V. Oprya, V. V. Stanislavchuk, H. V. Morvaniuk, V. D. Fuchedzhi, K. K. Bielohrudova, V. V. Baskina

COMPLEX APPROACH IN CORRECTION OF DEPRESSION IN PATIENTS WITH ENDOMETRIC CANCER COMORBIDED WITH OBESITY

Ключові слова: депресивні розлади, рак ендометрію, ожиріння, стрес, медико-психологічна допомога

Key words: depressive disorders, endometrial cancer, obesity, stress, medico-psychological care

Статтю присвячено проблематиці коморбідності психічних розладів, онкопатології та ожиріння. Підтверджено вплив стресу на харчову поведінку та вплив ожиріння на перебіг онкозахворювання. У статті показано, що впливаючи на депресивні, тривожні та інші психопатологічні симптоми, за допомогою адекватних та своєчасно застосованих психотерапевтичних методик у комплексному лікуванні, можна покращити якість життя пацієнтів. У статті проаналізовано велику кількість наукових досліджень, присвячених проблематиці найтяжчого перебігу раку через вплив стресових факторів на різних етапах онкозахворювання. Також у цій статті продемонстровано актуальність антидепресивної терапії у лікуванні депресивних, тривожних та больових розладів онкохворих, з урахуванням взаємодії антидепресантів з протипухлинними препаратами.

This paper is devoted to the problem of comorbidity of mental pathology, oncopathology and obesity. The impact of stress on eating behavior and the impact of obesity on the course of cancer have been confirmed. The paper shows that impact on depressive, anxiety and other psychopathological symptoms with the adequate and timely applied psychotherapeutic methods in complex treatment can improve the quality of life of patients. The paper analyzed a large number of scientific studies devoted to the problem of a more severe course of cancer due to the influence of stress at various stages of cancer. The review also demonstrates the importance of using modern psychotropic drugs from the group of antidepressants in the treatment of depressive, anxiety and pain disorders of oncology patient, taking into account interactions antidepressants with anticancer drugs.

В Україні зареєстровано велику кількість онкозахворювань. За даними Національного канцер-реєстру України, кількість онкохворих збільшилася на 30 % за останнє десятиріччя. Захворювання на рак все частіше діагностують у молодих осіб та їхня кількість безперервно збільшується на 2,5—3 % щороку [1; 2]. У зв'язку з наростаючим глобальним тягарем, профілактика раку є однією з найважливіших проблем охорони здоров'я XXI століття. Рекомендації щодо профілактики раку полягають у пропаганді здорового способу життя завдяки зміні харчової поведінки, зменшенню споживання алкоголю, збільшенню фізичної активності, а також досягненню та підтриманню здорової маси тіла.

Рак тіла матки (РТМ) є поширеним злоякісним новоутворенням та займає 6 місце серед загальної жіночої онкопатології [3]. За даними міжнародної федерації акушерів та гінекологів, зі 100 жінок, хворих на РТМ, досягають одужання лише 67 (67,7 %). Також доведено, що РТМ часто коморбідний із ожирінням, гіпертонічною хворобою та цукровим діабетом [4—6].

Мета цього огляду літератури — оцінити ефективність та довести актуальність застосування психо- та фармакотерапії у комплексній терапії хворих

на рак тіла матки та коморбідним ожирінням.

Пошук проводили у пошуковій базі Google. Відбирали статті з оригінальними даними, мета-аналізами та систематичним оглядами, які були опубліковані до 1 травня 2024 року, за ключовими словами: депресивні розлади, рак ендометрію, ожиріння, стрес, медико-психологічна допомога. Для виключення неякісних досліджень використані загальноприйняті критерії, а саме: мала кількість досліджуваних, поодинокі клінічні випадки, відсутність статистично обґрунтованих результатів і висновків як порівняти з контрольною групою або плацебо тощо. До цього огляду літератури включені та проаналізовані результати 2 рандомізованих клінічних випробувань, 2 проспективних експериментальних і клінічних досліджень, 7 систематичних оглядів і метааналізів, 3 систематичних оглядів і 12 несистематичних оглядів літератури, на які є посилання у списку літератури.

Ризик раку ендометрію підвищується зі збільшенням надлишкової маси тіла у дорослому віці, особливо серед жінок, які ніколи не застосовували гормональну терапію під час менопаузи. Жирова тканина виробляє надмірну кількість естрогену, високий рівень якого пов'язаний зі збільшенням ризику раку молочної залози, ендометрію, яєчників та деяких інших видів [7—9].

На сьогодні у науковому світі схиляються до думки, що ожиріння спричиняє рак за трьома механізмами:

через хронічне запалення, підвищений синтез естрогенів та внаслідок підвищення рівня інсуліну [10; 11].

У дослідженні Н. Yeh (2020) спосіб життя, спрямований на зниження маси тіла, зменшив частоту раку, пов'язаного з ожирінням, на 16 % у дорослих із зайвою масою тіла або ожирінням та цукровим діабетом 2 типу. Аналіз X. Zhang (2019), який включав 13 досліджень, також показав, що у разі порівняння зі стабільною масою тіла цілеспрямоване зниження маси тіла було пов'язане з меншим ризиком раку [12]. За даними дослідження М. Р. Cleary (2009), середня зменшення маси тіла на 38,5 кг у жінок, середній вік яких становив 43,9 років, супроводжувалася зниженням рівня естрадіолу з 53,9 до 35,7 пг/мл та естрогену — з 69,6 до 48,1 пг/мл [13]. Оскільки багато пухлин у постменопаузі можуть бути індуковані підвищенням рівня естрогену, ймовірно, що зменшення маси тіла та супутнє зниження рівня естрогену мають приводити до зменшення ризику виникнення злоякісних новоутворень [14]. Отже, про наявність зв'язку між ожирінням та можливістю розвитку раку ендометрію свідчать багато досліджень [12—18].

Одним з механізмів, які пояснюють зв'язок між стресом та ожирінням, є вплив стресу на харчову поведінку [20]. Зокрема, було проведено дослідження харчової поведінки в умовах стресу. В процесі експерименту більшість респондентів (73 %) відзначили збільшення споживаної у вигляді перекусів їжі та зменшення споживання повноцінних продуктів (фрукти та овочі, м'ясо та риба) під час стресових періодів. Більшість респондентів повідомила про вплив стресу на загальну кількість з'їденого, але під час перекусів приблизно однакова кількість повідомила про зменшення споживання (42 %) та збільшення споживання (38 %). Напрямок змін у споживанні можна частково передбачити за статусом дієти: ті, хто дотримується дієти, частіше повідомляють про стресову гіперфагію, а ті, хто не дотримується дієти, частіше повідомляють про стресову гіпофагію [21].

Однак найважливішим механізмом, який пояснює зв'язок між стресом та ожирінням, є його вплив на рівень гормонів. У стресових ситуаціях у організмі виробляються гормони кортизол та адреналін [22—24]. Вони впливають по-різному на харчову поведінку. Якщо адреналін послаблює відчуття голоду, використовуючи запаси глюкози, то кортизол, навпаки, стимулює апетит. Тобто під впливом тривалого хронічного стресу може виникнути ожиріння. Зокрема, у дослідженні було показано, що учасники з початковим хронічним стресом мали збільшення у масі тіла на $1,05 \pm 0,36$ кг проти $0,50 \pm 0,32$ кг в учасників без хронічного стресу [24].

Дослідження харчової поведінки людей в умовах стресу показали, що особи, які початково мають надлишкову масу тіла або масу тіла на верхній межі норми, зазвичай більш схильні до збільшення маси тіла під час стресу, тоді як особи з нормальною або недостатньою масою тіла — ні. Зокрема,

70 % учасників проспективних досліджень повідомили про збільшення споживання їжі під час стресу, тоді як зниження апетиту спостерігали лише у 30 % спостережуваних [25]. Під час стресу, незалежно від того, чи збільшується загальна кількість споживаних калорій, відбувається зміщення харчової поведінки в бік споживання «комфортної їжі», до якої належать солодощі, випічка, пікантні закуски. Це легко пояснюється, адже швидке всмоктування глюкози з цих продуктів супроводжується викидом ендорфінів і сприймається тілом як задоволення [26].

Результати досліджень на тваринах демонструють можливість зростання та метастазування пухлини внаслідок стресу. Зокрема, було виявлено, що, коли мишей із людськими пухлинами утримували у стресі, то їхні пухлини прогресували та починали поширюватися. У мишей, яких піддавали тривалому впливу стресу, кількість метастазів була у 5 разів більша, ніж у контрольній групі [27].

Дослідники виявили, що на нейтрофіли впливає «гормон стресу» — кортизол. Під його дією нейтрофіли створюють структури, які називають NET (позаклітинні пастки нейтрофілів). За наявності онкопроцесу вони формують сприятливі для метастазування умови. Це підтверджено трьома експериментами: у першому експерименті мишам були введені антитіла проти нейтрофілів, у другому — препарат, що руйнує NET, третій експеримент проводили на мишах, нейтрофіли яких були «заблоковані» від кортизолу. В усіх трьох експериментах отримано аналогічні результати: за наявності стресу у мишей не було поширення раку (метастазів). Отже, це дослідження довело, що хронічний стрес викликає утворення NET і таким способом може активувати перебіг онкопроцесу [27]. Хронічний стрес також може призвести до виділення стероїдних гормонів класу глюкокортикоїди, які можуть пригнічувати загибель пухлинних клітин за типом апоптозу (генетично запрограмована загибель клітин), і збільшувати метастази та стійкість до хіміотерапії. Вони також можуть перешкоджати імунній системі організму розпізнавати ракові клітини та боротися з ними [28].

Свій внесок у наслідки викликаного встановленням діагнозу стресу робить і «акумуляція травми»: раніше перенесені психотравми знижують стійкість до стресів, внаслідок чого організм онкохворого на ранніх стадіях захворювання сильніше реагує на нову травму. Крім того, на тлі пухлинного процесу надмірні стресорні впливи призводять до нездатності захисних механізмів головного мозку обмежувати інтенсивність стресорної реакції. Внаслідок цього стрес набуває аномального характеру, спричиняючи ще більші ушкодження організму [29; 30].

Вивчення механізмів дистресу показало, що на тлі значного зниження настрою та якості життя пацієнток у них зменшувався вміст лімфоцитів крові. Це свідчить про зниження активності імунітету та активацію запальної реакції [31].

Під час протипухлинного лікування пацієнт проходить кілька етапів медичної допомоги та супрово-

ду, кожен з яких характеризується своїми особливостями переживання пацієнтом стресових чинників і характерними психосоматоформними реакціями. На початковому діагностичному етапі пацієнт стикається з найпотужнішим стресовим чинником — діагнозом. Онкологічне захворювання в таких випадках хворі сприймають нерідко не тільки як фізичну патологію, а й як емоційну катастрофу, що порушує функціонування людини як особистості. Дослідження в клінічній психології свідчать про переважання показників психологічного емоційного стресу [32].

Стрес може бути чинником небезпеки для майбутньої важкої операції через очікування можливої втрати важливого органу або зміни функціонування тіла, перспективи втрати сім'ї або соціального статусу, перспективи дорогого тривалого важкого лікування, перспективи тривалого больового синдрому, невизначеності прогнозу виживання. У більшості хворих на цьому етапі спостерігається підвищення рівня реактивної тривоги та занепокоєння, поява обсесивно-фобічної симптоматики, порушення циклу сну і як наслідок — виснаження нервової та імунної систем, зниження адаптивних можливостей. Особливо показники стресу переважають у хворих з мінімальним рівнем соціальної підтримки [33]. Високий рівень реактивної (ситуативної) тривоги природно пояснюється наявністю вираженої психічної реакції хворих на захворювання, на ситуацію онкологічного стаціонару, актуалізацією страхів перед запланованою операцією та за власне майбутнє. Але якщо у індивіда преморбідні особливості характеризувалися високим рівнем особистісної тривоги, слабким типом нервової системи, певними характерологічними комплексами (істероїдність, іпохондрія, шизоїдність тощо) або в анамнезі були психічні захворювання, то в цій ситуації існує висока ймовірність розвитку клінічної психосимптоматики.

Жінки за своєю природою більш емоційні, ніж чоловіки, тому в літературі підтверджується більш часте виникнення афективних розладів різного типу і ступеня вираженості у жінок з онкологічними захворюваннями репродуктивної системи [34]. Вивченню ролі психогенного чинника в онкогенезі присвячено багато робіт і накопичено безліч фактів, які стосуються його досліджування. До етапу хірургічного втручання була вивчена клінічна психосимптоматика у жінок з раком молочної залози, у яких спостерігалися такі прояви: тривожно-депресивні реакції (60,6 %), змішаний розлад емоцій і поведінки (6,2 %), тривожно-фобічні стани (5,2 %), наявність суїцидальних думок пасивного характеру (14,3 %). На цьому етапі в процесі експериментально-психологічного обстеження у таких жінок виявлені прояви алекситимії, низький рівень психологічної стійкості до стресу, наявність ознак дезадаптації, труднощі міжособистісного спілкування, найбільш характерний — ергопатичний тип ставлення до хвороби [3]. Встановлено, що на амбулаторному етапі превалюють гіпернозогностичні реакції, у половини хворих виникає тривожно-депресивний синдром

з типовими проявами загального занепокоєння, вираженої тривоги, відчуттям безнадійності, безперспективності існування, думки про неминучу швидку і болісну смерть. Ці симптоми нерідко доповнюються вираженими іпохондричними розладами. На тлі стійкої тривоги спостерігається фіксація уваги на самопочутті, особливо на тілесних відчуттях. Хворі безнастанно шукають і «знаходять» особливі «несправності» організму, зазвичай посиляються на невиразні та невизначені відчуття, які вони інтерпретують як швидке поширення пухлини по всьому тілу [35].

Інший варіант реакції пацієнтів на амбулаторному етапі характеризується переважанням астеничного розладу. Ознаки депресивного настрою (пригніченість, думки про безнадійність свого стану, приреченість) поєднуються з підвищеною виснажливостю, а непереносимість фізичних і психічних навантажень, лабільність настрою — з підвищеною сльозливістю. Для таких пацієнтів типовими є скарги на стійкий головний біль, відчуття розбитості, втоми, безсоння або, навпаки, сонливості. У деяких випадках клінічна картина доповнюється вираженими ознаками дисфоричного афекту зі злісним настроєм. Хворі стають похмурими, дратівливими, іноді без найменшого приводу спостерігаються гострі спалахи злості, які можуть супроводжуватися агресією, що спрямована на медичний персонал [36]. Для пацієнтів з гіпонозогностичним типом реакції характерно неохоче і нерегулярне відвідування поліклініки. Вони часто не доводять до кінця перше обстеження, негативно реагують на пропонування стаціонарного обстеження і лікування. Ця реакція може виражатися в патологічному спокої, пасивності, фантазуванні про своє соматичне благополуччя [32].

На стаціонарному етапі протипухлинного лікування (отримання хіміотерапії та променевого лікування) розподіл психогенів за синдромальною структурою приблизно такий самий, як і на діагностичному етапі, однак інтенсивність переживань хворого помітно зменшується. Цей феномен пояснюється формуванням первинної адаптації особистості до стресової ситуації та включенням її в діяльність, яка спрямована на протидію раку. Перші дні в стаціонарі — важкі (первинна адаптація, відірваність від домашніх умов). Хворих, які надходять в стаціонар вперше, часто травмують бесіди з тими, хто потрапляє в стаціонар повторно, особливо — з термінальними хворими. Це може викликати несподівану відмову пацієнта від лікування і вимогу негайної виписки. Зміст переживань хворих зводиться до постійної тривоги щодо операції та її наслідків. Розвиваються обсесивно-фобічні та апатичні розлади [37].

У передопераційний період знову відзначається різке підвищення інтенсивності психогенних переживань. Після повідомлення про дату операції у деяких хворих виникає до неї різко негативне ставлення, з'являється думка про відмову від оперативного втручання. Ці переживання нерідко виникають після контактів з уже прооперованими хворими,

у яких залишилися негативні наслідки оперативного втручання. Головним переживанням хворих є безпосередня загроза загибелі під час операції. Відносно малопомітні емоції тривоги і страху можуть раптово проявитися у хворих безпосередньо перед операцією і можуть бути причиною різкого підвищення або зниження артеріального тиску, нападів стенокардії. Частота параноїдальних розладів на передопераційному етапі помітно збільшується, що може бути небезпечним внаслідок проявів аутоагресії та загрози здійснення суїцидальних спроб [38].

На першому місці за частотою виникнення в післяопераційному періоді реєструється астеноіпохондричний синдром [39]. Його частота визначається фактом загального спаду психічної напруги після тривалої стресової ситуації і перебільшеними побоюваннями перед ускладненнями, невпевненістю в тому, що налагодяться порушені оперативним втручанням функції організму. Другим за частотою є апатичний синдром. У таких хворих достовірно частіше фіксуються післяопераційні ускладнення (в'яле загоєння ран, атонія кишечника, сечового міхура). Дисфоричний синдром переважно проявляється в постійному невдоволенні хворих результатами операції, скаргами на недостатню увагу і поганий догляд з боку медичного персоналу. Характер оперативного втручання, інвалідизація спричиняють у таких хворих різко негативну реакцію, вони шкодують, що дали згоду на проведення операції, заявляють, що були введені лікарями в оману щодо особливостей лікування. Як відзначають онкопсихологи, у пацієнтів, які перебувають на етапі тривалого лікування в онкологічному стаціонарі, під час проведення променевої терапії спостерігаються порушення вищих психічних функцій: загальне порушення активності і уваги, зниження пам'яті, порушення когнітивних функцій (розумових, пізнавальних), порушення рухових функцій, емоційні порушення (тривога і страх загрози рецидиву, прояви проблем соціальної адаптації). За наявності у хворого на цьому етапі хронічного больового синдрому відзначається різке зниження якості життя і підвищення ймовірності появи нервово-психічних розладів. У 75,7 % пацієнтів на цьому етапі під час обстеження виявлено тривожно-депресивні, депресивні, субдепресивні, іпохондричні (канцерофобічні), астеничні реакції і стани, які відповідно до МКХ-10 кваліфіковані як невротичні, пов'язані зі стресом і соматоформні розлади (F40 — F48) [39].

На етапі виписки зі стаціонару спостерігається найбільша частота розвитку психологічного ейфоричного стану, але також відзначається помітна іпохондрична налаштованість хворих. У цьому періоді астено-іпохондричні розлади займають перше місце, до них приєднуються тривожно-іпохондричні, тривожно-депресивні, апатичні і obsесивно-фобічні переживання. Травматичними є думки про часткове одужання, розуміння, що гарантовано ефективних протипухлинних засобів немає. Особливо болісно сприймається взяття на облік в онкологічний дис-

пансер та повідомлення лікаря про подальші курси хіміотерапії. Така тенденція пов'язана з тим, що пацієнтки виявляються «віч-на-віч» зі своїм захворюванням, а до діагнозу, який вже сам собою є найпотужнішим стресовим чинником, додаються сімейні та професійні проблеми [38].

Страх прогресування захворювання є найчастішим серед проблем у онкологічних хворих на етапі ремісії [39].

У багатьох дослідженнях виявили такі негативні наслідки хронічного стресу: безсоння, шлунково-кишкові розлади, тривогу, депресію, а також підвищений ризик виникнення серцево-судинних, психічних захворювань і раку [40; 41]. Дистрес онкологічного діагнозу часто виливається у гострий стресовий розлад, що провокує психічні порушення реактивного характеру [42; 43]. Це підтверджує, що вплив онкопатології на психіку хворих зумовлює потребу у психологічній допомозі. Було не раз доведено, що емоційна та соціальна підтримка може допомогти пацієнтам долати стрес. Така підтримка може зменшити рівень депресії, тривоги та симптомів, пов'язаних із хворобою та лікуванням, у пацієнтів [44].

Початок психотерапії відразу після діагностування раку має велике значення, тому що запобігає розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у подальшому. Науковці заявляють про необхідність психотерапевтичного втручання при першій згадці про можливу наявність раку. Зниження рівня стресу внаслідок захворювання, за даними авторів, також сприяє швидшому відновленню та кращій якості життя у пацієнтів, які отримують хіміотерапію [45, 46]. Ще один підхід до боротьби зі стресом — фізична активність. Цікаво, що фізична активність є профілактичним засобом проти розвитку депресії серед тих, хто переніс рак у дитинстві [47; 48]. Гарно себе зарекомендувала і гіпнотерапія. За даними багатьох досліджень, гіпноз і самогіпноз допомагають пацієнтам ефективно контролювати тривожні переживання, пов'язані з майбутньою операцією, дистрес, зменшують больові відчуття, прискорюють процес подальшого відновлення, а це все покращує якість життя [49]. Існують заходи короткотривалої психотерапії: десенсибілізація та переробка рухом очей, емоційно-подібна терапія, методи гіпнозу, нейролінгвістичне програмування, тілесно-орієнтована, позитивна, раціональна терапія тощо. У разі проведення цих заходів без зволікання, тобто до виникнення ПТСР, були отримані позитивні результати у дослідженнях [50]. Також існує практика медитації усвідомленості, яка сприяє покращенню імунітету, зниженню рівня кортизолу в крові, поліпшенню якості життя та зниженню частоти розвитку ПТСР [51]. А це, в свою чергу, призводить до зниження дистресу.

Основну частину психотерапії проводять, коли пацієнт перебуває у врівноваженому стані та після можливих ускладнень хіміотерапії. Вона спрямована на виявлення та усунення психотравм та конфліктів,

прихованої суїцидальності та втрати сенсу життя. Згідно з дослідженням, істотно зменшується стан хронічного стресу, активуються власні психологічні ресурси пацієнта, які потрібні для лікування та підтримки ремісії [52].

На сьогодні, завдяки великій кількості досліджень, є розуміння про необхідність проведення різних психологічних заходів для онкологічних хворих: психоосвітні програми, тренінги, школи пацієнтів, групи психологічної підтримки, сімейне консультування. Під час здійснення вищенаведених підходів спостерігаються покращення емоційного та фізичного стану пацієнтів, взаємин у сім'ї, знижуються больові відчуття, формуються нові відносини з оточенням [53]. Наприклад, одна з програм — навчання активним формам поведінкової та когнітивної психологічної адаптації [54]. Програма полягає у навчанні пацієнтів навичкам поведінкового управління стресом, інформуванні їх про механізми перебігу захворювання та методи лікування, а також відвідуванні хворими групи психосоціальної підтримки. Програма виявилася ефективною для пацієнтів, у яких рак діагностований вперше і на початкових стадіях захворювання. У досліджуваних пацієнтів, хворих на рак травного тракту різної локалізації, проведена комплексна терапія: стандартне лікування та сім психотерапевтичних сесій. Терапія була спрямована на емоційну та когнітивну підтримку для зменшення відчуттів безпорадності та безнадійності, розв'язання емоційних та екзистенційних проблем. Через 10 років після закінчення програми в експериментальній групі виживаність пацієнтів була удвічі вищою, ніж у контрольній, які не отримували психотерапію [54]. В іншій програмі досліджували пацієнтку із раком молочної залози. Хворим було запропоновано програму когнітивно-поведінкової терапії, що тривала 10 тижнів. Після експерименту вони перебували під спостереженням протягом року. Виявилось, що у хворих суттєво знизився рівень тривожності та вміст кортизолу у сироватці крові, а в лейкоцитах зменшилася активність генів, відповідальних за запальні реакції та метастазування [55]. У досліджуваній групі застосовували 13-тижневу експериментальну екзистенційно-групову психотерапію, тобто пацієнтки з аналогічним діагнозом могли вільно висловлювати свої емоційні потреби. У цьому дослідженні виявлено, що імунітет досліджуваних під впливом стресу не зазнавав виражених погіршень [56].

Перед проведенням психотерапевтичного лікування потрібно звертати увагу на особистісні особливості пацієнтів. Тому що, згідно з отриманими даними, на інтенсивність пережитої психотравми діагнозу та подальший розвиток хвороби впливають такі фактори: тип особистості, психологічні механізми захисту та ті навички долати стреси, які людина виробила у процесі життя. Виявлено, що несприятливий вплив чинять: тривожний тип особистості, раніше перенесені захворювання, низький рівень освіти, схильність до депресивних реакцій, про-

явів безпорадності та безнадійності, недостатня соціальна підтримка, низький рівень спілкування з медичним персоналом про свій стан, про прогноз хвороби [56].

У багатьох дослідженнях виявлені однакові фактори ризику розвитку депресії: випадки депресивності, що періодично виникали до хвороби або відразу після встановлення діагнозу, зовнішній локус контролю, велика кількість стресових подій, нездатність адаптуватися до діагнозу, безпорадність і безнадійність, тривога за майбутнє, сильні переживання з приводу зовнішнього вигляду, погана соціальна підтримка. Рівень психологічного дистресу, у якому пацієнти перебувають після навіть успішного медичного лікування, великою мірою визначає прогноз їхньої виживаності [57].

З огляду на зазначену вище наявність тривожних та депресивних порушень у хворих на рак, використання антидепресантів є виправданим. Але їхня ефективність та вплив на хіміотерапію є не до кінця з'ясованими [58]. Оскільки антидепресанти спричиняють небажані взаємодії як на рівні фармакодинаміки, так і на рівні фармакокінетики, їх призначення онкохворим вважається проблематичним та залежить від здатності інгібувати певні ізоферменти цитохрому р450. Водночас антинеопластичні препарати в найменших концентраціях втрачають ефективність, а в підвищених — виявляють побічні ефекти. Така взаємозалежність у взаємодії суттєво ускладнює вибір антидепресивної терапії. Більш менш вивченими є препарати з групи селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, а саме — циталопрам та есциталопрам [59; 60].

Отже, результати проведеного аналізу дають змогу сформулювати такі висновки.

Несвоєчасне виявлення та неадекватне лікування психічних розладів в онкологічних пацієнтів зумовлює триваліший період обстеження, зниження прихильності до протипухлинної терапії, настрою на одужання, а отже — ефективності протипухлинних заходів [61]. Порушення у психічній сфері онкохворих на ранніх стадіях переважно стосуються афективних та невротичних розладів, тоді як на пізніх — зростає поширеність психотичних станів та органічних розладів [62].

Аналізуючи вищенаведені дослідження, можна зробити висновок про те, що лікування онкологічних пацієнтів має бути комплексним і системним, поєднувати медичну, психологічну та психосоціальну допомогу. Загалом можна стверджувати, що психоонкологія — приклад вдалого втілення принципу міждисциплінарності та інтегративності у лікуванні, що дає змогу побачити хворого та його життєву ситуацію цілісно й відповідно побудувати комплексну та ефективну систему медичної, медико-психологічної та психосоціальної допомоги [63].

Отже, за наявності коморбідного ожиріння підвищується ризик розвитку психоемоційних порушень у жінок, що в свою чергу збільшує ймовірність появи онкологічних захворювань. Незважаючи

на численні наукові праці та дослідження, присвячені проблематиці психічних порушень у онкохворих, питання вибору методики, психотерапевтичного підходу, тривалості психо- та фармакотерапії, вибору психотропного препарату, з урахуванням його взаємодії з протипухлинними препаратами, вивчені недостатньо. Залишається недостатньо вивченим раннє втручання саме у хворих на рак ендометрію, коморбідний з ожирінням, не виявлена та не вивчена повною мірою внутрішня картина хвороби саме у зазначеного контингенту хворих, що і зумовлює актуальність запланованого дослідження.

Список літератури / References

1. Bray F, Laversanne M, Sung H, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024; 74(3): 229-263. doi: 10.3322/caac.21834.
2. Cancer in Ukraine 2016–2017. Incidence, mortality, activities of oncological service. ZP Fedorenko, YY Michailovich, LO Goulak, YL Gorokh, AY Ryzhov, ... *Bulletin of National cancer registry of Ukraine.* Vol. 19. Kyiv. 2018:136. http://www.ncru.inf.ua/publications/BULL_19/PDF_E/0-titul.pdf.
3. Bluethmann S. M., Mariotto A. B., Rowland J. H. Anticipating the "Silver Tsunami": Prevalence Trajectories and Comorbidity Burden among Older Cancer Survivors in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2016. Jul;25(7):1029-36. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-16-0133.
4. Felix AS, Brinton LA. Cancer Progress and Priorities: Uterine Cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2018 Sep; 27(9): 985–994. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-18-0264.
5. Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2018 Nov;68, 394-424. doi: 10.3322/caac.21492. Erratum in: *CA Cancer J Clin.* 2020 Jul;70(4):313. doi: 10.3322/caac.21609.
6. Byeon J. S., Jeong J. Y., Kim M. J., Lee S. M., Nam W. H., Myung S. J. et al. Adiponectin and adiponectin receptor in relation to colorectal cancer progression. *Int. J. Cancer.* 2010 Dec 15;127:2758-67. doi: 10.1002/ijc.25301.
7. Stevens VL, Jacobs EJ, Sun J, McCullough ML, Patel AV, Gaudet MM, et al. Weight cycling and risk of endometrial cancer. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2012 May;21(5):747-52. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-12-0038.
8. McCullough ML, Patel AV, Patel R, Rodriguez C, Feigelson HS, Bandera EV, et al. Body mass and endometrial cancer risk by hormone replacement therapy and cancer subtype. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2008 Jan;17(1):73-9. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-07-2567.
9. Chang SC, Lacey JV Jr, Brinton LA, Hartge P, Adams K, Mouw T, et al. Lifetime weight history and endometrial cancer risk by type of menopausal hormone use in the NIH-AARP diet and health study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2007 Apr;16(4):723-30. doi: 10.1158/1055-9965.EPI-06-0675.
10. Trentham-Dietz A, Nichols HB, Hampton JM, Newcomb PA. Weight change and risk of endometrial cancer. *Int J Epidemiol.* 2006 Feb;35(1):151-8. doi: 10.1093/ije/dyi226.
11. Renehan AG, Tyson M, Egger M, Heller RF, Zwahlen M. Body-mass index and incidence of cancer: a systematic review and meta-analysis of prospective observational studies. *Lancet.* 2008 Feb 16;371(9612):569-78. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60269-X.
12. Zhang X, Rhoades J, Caan BJ, Cohn DE, Salani R, Noria S, et al. Intentional weight loss, weight cycling, and endometrial cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Int J Gynecol Cancer.* 2019 Nov;29(9):1361-1371. doi: 10.1136/ijgc-2019-000728.
13. Cleary MP, Grossmann ME. Minireview: Obesity and breast cancer: the estrogen connection. *Endocrinology.* 2009 Jun;150(6):2537-42. doi: 10.1210/en.2009-0070.
14. Christou NV, Lieberman M, Sampalis F, Sampalis JS. Bariatric surgery reduces cancer risk in morbidly obese patients. *Surg Obes Relat Dis.* 2008 Nov-Dec;4(6):691-5. doi: 10.1016/j.soard.2008.08.025.
15. Fang X, Wei J, He X, Lian J, Han D, An P, et al. Quantitative association between body mass index and the risk of cancer: a global meta-analysis of prospective cohort studies. *Int J Cancer.* 2018 Oct 1;143(7):1595-1603. doi: 10.1002/ijc.31553.
16. Andò S, Catalano S. The multifactorial role of leptin driving the breast cancer microenvironment. *Nat Rev Endocrinol.* 2011 Nov 15;8(5):263-75. doi: 10.1038/nrendo.2011.184.
17. Li ZJ, Yang XL, Yao Y, Han WQ, Li BO. Circulating adiponectin levels and risk of endometrial cancer: Systematic review and meta-analysis. *Exp Ther Med.* 2016 Jun;11(6):2305-13. doi: 10.3892/etm.2016.3251.
18. Kabat GC, Xue X, Kamensky V, Lane D, Bea JW, Chen C, et al. Risk of breast, endometrial, colorectal, and renal cancers in postmenopausal women in association with a body shape index and other anthropometric measures. *Cancer Causes Control.* 2015 Feb;26(2):219-229. doi: 10.1007/s10552-014-0501-4.
19. Folsom AR, Kushi LH, Anderson KE, Mink PJ, Olson JE, Hong CP, et al. Associations of general and abdominal obesity with multiple health outcomes in older women. *Arch Intern Med.* 2000; Jul 24;160(14):2117-28. doi: 10.1001/archinte.160.14.2117.
20. Sinha R. Role of addiction and stress neurobiology on food intake and obesity. *Biol Psychol.* 2018 Jan;131:5-13. doi: 10.1016/j.biopsycho.2017.05.001.
21. Oliver, G. & Wardle, J. Perceived effects of stress on food choice. *Physiol. Behav.* 1999 May;66(3):511-5. doi: 10.1016/S0031-9384(98)00322-9.
22. Yau, Y. H. C. & Potenza, M. N. Stress and eating behaviors. *Minerva Endocrinol.* 2013 Sep;38(3):255-67. PMID: 24126546.
23. Tomiyama AJ. Stress and Obesity. *Annu Rev Psychol.* 2019 Jan 4;70:703-718. doi: 10.1146/annurev-psych-010418-102936.
24. Chao AM, Jastreboff AM, White MA, Grilo CM, Sinha R. Stress, cortisol, and other appetite-related hormones: Prospective prediction of 6-month changes in food cravings and weight. *Obesity (Silver Spring).* 2017 Apr;25(4):713-720. doi: 10.1002/oby.21790.
25. Herhaus, Benedict & Ullmann, Enrico & Chrousos, George & Petrowski, Katja. (2020) High/low cortisol reactivity and food intake in people with obesity and healthy weight. *Translational Psychiatry* 10(40):1-8. doi: 10.1038/s41398-020-0729-6.
26. Опря Є. В., Єрмуракі П. П., Чернова Т. М., Горячев П. І., Белогрудова К. К., Донець О. Ю. Запобігання конфліктам та їх вирішення на заняттях у медичному університеті // *Одеський медичний журнал.* 2023. Т. 4 (185). С. 99—102. Опря Ye. V., Yermuraki P. P., Chernova T. M., Horiachev P. I., Bielohrudova K. K., Donets O. Iu. [Conflict prevention and resolution in classes at a medical university]. [*Odessa Medical Journal*]. 2023;4(185):99-102. <https://doi.org/10.32782/2226-2008-2023-4-19>. (In Ukrainian).

27. Perego M, Tyurin VA, Tyurina YY, Yellets J, Nacarelli T, Lin C, et al. Reactivation of dormant tumor cells by modified lipids derived from stress-activated neutrophils. *Sci Transl Med*. 2020 Dec 2;12(572):eabb5817. doi: 10.1126/scitranslmed.abb5817.
28. Nakane, T., Szentendrei, T., Stern, L., Virmani, M., Seely, J., & Kunos, G. (1990). Effects of IL-1 and cortisol on beta-adrenergic receptors, cell proliferation, and differentiation in cultured human A549 lung tumor cells. *J Immunol*. 1990 Jul 1;145(1):260-6. PMID: 2162889.
29. Балицкий, К. П., & Шмалько, Ю. П. Стресс и метастазирование злокачественных опухолей. Киев, 1987. 248 с. Balytskyi, K. P., & Shmalko, Yu. P. [Stress and metastasis of malignant tumors]. Kyiv, 1987. 248 p. [In Russian].
30. Sood AK, Bhatti R, Kamat AA, Landen CN, Han L, Thaker PH, Li Y, Gershenson DM, Lutgendorf S, Cole SW. Stress hormone-mediated invasion of ovarian cancer cells. *Clin Cancer Res*. 2006 Jan 15;12(2):369-75. doi: 10.1158/1078-0432.CCR-05-1698.
31. Kang DH, Park NJ, McArdle T. Cancer-specific stress and mood disturbance: implications for symptom perception, quality of life, and immune response in women shortly after diagnosis of breast cancer. *ISRN Nursing*. 2012;2012:608039. doi: 10.5402/2012/608039.
32. Arem H, Pfeiffer RM, Moore SC, Irvin M. L., LaMonte MJ, Sarto GE, [et al.] Post-diagnosis body mass index and mortality among women diagnosed with endometrial cancer: Results from the Women's Health Initiative. *PLoS One*. 2017 Feb 2;12(2):e0171250. doi: 10.1371/journal.pone.0171250.
33. Laoutidis Z. G., Mathiak K. Antidepressants in the treatment of depression/depressive symptoms in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2013 May 16;13:140. doi: 10.1186/1471-244X-13-140.
34. Riblet N., Larson R., Watts B. V., Holtzheimer P. Reevaluating the role of antidepressants in cancer-related depression: a systematic review and meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014 Sep-Oct;36(5):466-73. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2014.05.010.
35. Scheja L, Heeren J. The endocrine function of adipose tissues in health and cardiometabolic disease. *Nat Rev Endocrinol*. 2019 Sep;15(9):507-524. doi: 10.1038/s41574-019-0230-6.
36. Бугайцов С. Г. Рак молочної залози — реабілітація, корекція психосоматичних розладів в процесі комплексного лікування [автореферат]. Київ : Інститут онкології АМН України, 2003 / Buhaitsov S H. [Breast cancer - rehabilitation, correction of psychosomatic disorders in the process of complex treatment] URL: <https://www.doccity.com/ru/docs/rak-molochnoj-zalozj-reabilitaciya-korekcija-psihosomatichnih-rozladiv-v-procesi-kompleksnogo-likuvannya/1482620/>. (In Ukrainian).
37. Kerschbaum E, Nüssler V. Cancer Prevention with Nutrition and Lifestyle. *Visc Med*. 2019 Aug;35(4):204-209. doi: 10.1159/000501776.
38. Contreras García E, Zaragoza-Martí A. Influencia de la ingesta de alimentos o grupos de alimentos en la aparición y/o protección de los diversos tipos de cáncer: revisión sistemática [Influence of food or food groups intake on the occurrence and/or protection of different types of cancer: systematic review]. *Nutr Hosp* 2020 Feb 17;37(1):169-192. doi: 10.20960/nh.02588 (In Spanish).
39. Meynet O, Ricci JE. Caloric restriction and cancer: molecular mechanisms and clinical implications. *Trends Mol Med*. 2014 Aug;20(8):419-27. doi: 10.1016/j.molmed.2014.05.001.
40. McDonald PG, Antoni MH, Lutgendorf SK, Cole SW, Dhabhar FS, Sephton SE, et al. A biobehavioral perspective of tumor biology. *Discov Med*. 2005 Dec;5(30):520-6. PMID: 20704834.
41. Центр медичної статистики МОЗ України: Українська База Медико-статистичної Інформації «Здоров'я для всіх» / Center for Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine: *Ukrainian Database of Medical and Statistical Information "Health for All"* URL: <http://medstat.gov.ua/ukr/normdoc.html>. (In Ukrainian).
42. Green, B. L., Rowland, J. H., & Krupnick, J. L., Epstein SA, Stockton P, Stern NM, et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder in women with breast cancer. *Psychosomatics*. 1998 Mar-Apr;39(2):102-11. doi: 10.1016/S0033-3182(98)71356-8.
43. Chan MK, Bhatti H, Meader N, Stockton S, Evans J, O'Connor RC, et al. Predicting suicide following self-harm: A systematic review of risk factors and risk scales. *Br J Psychiatry*. 2016 Oct;209(4):277-283. doi: 10.1192/bjp.bp.115.170050.
44. Lutgendorf SK, DeGeest K, Dahmouh L, Farley D, Penedo F, Bender D, et al. Social isolation is associated with elevated tumor norepinephrine in ovarian carcinoma patients. *Brain Behav Immun*. 2011 Feb;25(2):250-5. doi: 10.1016/j.bbi.2010.10.012.
45. Montgomery M, & McCrone SH. Psychological distress associated with the diagnostic phase for suspected breast cancer: systematic review. *J Adv Nurs*. 2010 Nov;66(11):2372-90. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05439.x.
46. Корсун С. І., Ткачук Т. А. Психологія діяльності працівників податкової міліції : монографія. Київ, 2013. 194 с. / Korsun S. I., Tkachuk T. A. [Psychology of the activity of tax police officers: monograph]. Kyiv, 2013. 194 p. <https://www.myslenedrevo.com.ua/uk/Sci/Philosophy/PsychologyTax.html>. (In Ukrainian).
47. Rodin G, Lo C, Rydall A, Malfitano C, Chiu A, Panday T, et al. Managing cancer and living meaningfully (CALM): A randomized controlled trial of a psychological intervention for patients with advanced cancer. *J Clin Oncol*. 2018 Aug 10;36(23):2422-2432. doi: 10.1200/JCO.2017.77.1097.
48. Grossert, A., Urech, C., Alder, J. et al. Web-based stress management for newly diagnosed cancer patients (STREAM-1): a randomized, wait-list controlled intervention study. *BMC Cancer*. 2016;16:838. doi: 10.1186/s12885-016-2866-0.
49. Duijts SF, Faber MM, Oldenburg HS, van Beurden M, Aaronson NK. Effectiveness of behavioral techniques and physical exercise on psychosocial functioning and health-related quality of life in breast cancer patients and survivors—a meta-analysis. *Psychooncology*. 2011 Feb;20(2):115-26. doi: 10.1002/pon.1728.
50. Rossi, E. L. (2000). In search of a deep psychobiology of hypnosis: Visionary hypotheses for a new millennium. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 42(3-4), 178-207. doi: 10.1080/00029157.2000.10734360.
51. Antoni MH, Lutgendorf SK, Blomberg B, Carver CS, Lechner S, Diaz A, et al. Cognitive-behavioral stress management reverses anxiety-related leukocyte transcriptional dynamics. *Biol Psychiatry*. 2012 Feb 15;71(4):366-72. doi: 10.1016/j.biopsych.2011.10.007.
52. Терещенко, А. Ведение дистресса у пациентов с онкологическими заболеваниями // Здоров'я України. Онкологія. 2016, Червень. 2(43), 42-43. / Tereshchenko, A. [Management of distress in patients with oncological diseases]. [Health of Ukraine. *Oncology*]. 2016 Jun;2(43):42-43. (In Ukrainian).
53. Хомич, Г. О. Психологічна допомога онкохворим у процесі консультування // Проблеми сучасної психології. 2011. Т. 13. С. 596—605. Khomych, G. O. [Psychological assistance to cancer patients in the counseling process]. [Problems of modern psychology]. 2011;13:596-605. (In Ukrainian).

54. Матреницький, В. Л. Забута психоонкологія: про необхідність психотерапії та психосоціальної реабілітації у профілактиці рецидивів та метастазів онкозахворювань // Клінічна онкологія. 2018. Т. 8, № 1 (29). С. 46—52. / Matrenytskyi, V. L. [Forgotten psycho-oncology: on the necessity of psychotherapy and psychosocial rehabilitation in the prevention of relapses and metastases of cancer]. [*Clinical Oncology*]. 2018; 8, 1(29):46–52. <https://www.clinicaloncology.com.ua/article/20963/zabytaya-psixoonkologiya-o-neobxodimosti-psixoterapii-i-psixosocialnoj-reabilitacii-v-profilaktike-recidivov-i-metastazov-onkozabolevanij>. (In Ukrainian).

55. Cruess DG, Antoni MH, McGregor BA, Kilbourn KM, Boyers AE, Alferi SM, et al. Cognitive-behavioral stress management reduces serum cortisol by enhancing benefit finding among women being treated for early stage breast cancer. *Psychosom Med*. 2000 May-Jun;62(3):304-8. doi: 10.1097/00006842-200005000-00002.

56. van der Pompe G, Antoni MH, Duivenvoorden HJ, de Graeff A, Simonis RF, van der Vegt SG, Heijnen CJ. An exploratory study into the effect of group psychotherapy on cardiovascular and immunoreactivity to acute stress in breast cancer patients. *Psychother Psychosom*. 2001 Nov-Dec;70(6):307-18. doi: 10.1159/000056271.

57. Матреницький, В. Л. Про психосоматичну схильність до раку // Міжнародний журнал загальної та медичної психології. 2019. Т. 4, № 4. С. 20—33. / Matrenytskyi, V. L. (2019). On the psychosomatic predisposition to cancer. *International Journal of General and Medical Psychology*. 2019;4(4):20–33. (In Ukrainian).

58. Laoutidis Z. G., Mathiak K. Antidepressants in the treatment of depression/depressive symptoms in cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*. 2013 May 16;13:140. doi: 10.1186/1471-244X-13-140.

59. Li M, Kennedy EB, Byrne N, Gérin-Lajoie C, Katz MR, Kes-havarz H, et al. Systematic review and meta-analysis of collaborative care interventions for depression in patients with cancer. *Psychooncology*. 2017 May;26(5):573-587. doi: 10.1002/pon.4286.

60. Denlinger CS, Sanft T, Baker KS, Baxi S, Broderick G, Demark-Wahnefried W, et al. Survivorship. Version 2.2017, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *J Natl Compr Canc Netw*. 2017 Sep;15(9):1140-1163. doi: 10.6004/jnccn.2017.0146.

61. Holland, J. C.; Breitbart, W. S.; Butow, P. N.; Jacobsen, P. B.; Loscalzo, M. J.; McCorkle, R. *Psycho-Oncology*. 3rd ed. Oxford: University Press, 2015. 770 p. 10.1093/med/9780199363315.001.0001.

62. Sharpley CF, Bitsika V, Christie DR. Factor structure of a combined measure of major depressive disorder and male depression in prostate cancer patients. *Psychooncology*. 2016Apr;25(4):475-7. doi: 10.1002/pon.3928.

63. Мухаровська І. Р. Аналіз особливостей організації медико-психологічної допомоги для пацієнтів онкологічного профілю / Mukharovska I. R. [Analysis of the features of the organization of medical and psychological care for oncological patients]. *Science Rise: Medical science*. 2016;9(5):25–30. DOI: 10.15587/2519-4798.2016.77849. (In Ukrainian).

Надійшла до редакції 9.12.2024

Відомості про авторів:

ОПРЯ Євген Васильович, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри*; <https://orcid.org/0000-0001-5232-1891>; e-mail: yoprya@yahoo.com

СТАНІСЛАВЧУК Валентина Вікторівна, аспірант кафедри*; <https://orcid.org/0009-0005-8007-6359>

МОРВАНЮК Ганна Володимирівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри*; <https://orcid.org/0000-0001-7161-1202>

ФУЧЕДЖІ Весна Дмитрівна, асистент кафедри*; <https://orcid.org/0000-0002-5053-6802>

БЕЛОГРУДОВА Ксенія Костянтинівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри*; <https://orcid.org/0009-0002-3128-2189>

БАСКІНА Вікторія Вікторівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри*

* — кафедра психіатрії, наркології, медичної психології та психотерапії Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна

Information about the authors:

OPRYA Yevgen, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department**; <https://orcid.org/0000-0001-5232-1891>; e-mail: yoprya@yahoo.com

STANISLAVCHUK Valentina, Postgraduate Student of Department**; <https://orcid.org/0009-0005-8007-6359>

MORVANIUK Hanna, MD, PhD, Associate Professor of the Department**; <https://orcid.org/0000-0001-7161-1202>

FUCHEDZHI Viesna, Assistant of the Department**; <https://orcid.org/0000-0002-5053-6802>

BIELOHRUDOVA Kseniia, MD, PhD, Associate Professor of the Department**; <https://orcid.org/0009-0002-3128-2189>

BASKINA Viktoriia, MD, PhD, Associate Professor of the Department**

** — Department of Psychiatry, Narcology, Medical Psychology and psychotherapy of the Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine