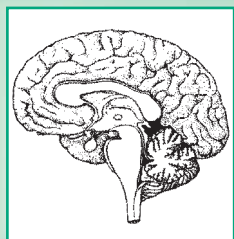


ISSN 2079-0325

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



Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

Ukrains'kyi VISNYK PSYKHONEVROLOHII



- **Том 28, випуск 2 (103), 2020**
- **Volume 28, issue 2 (103), 2020**

DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V28-is2-2020>

Український Вісник Психоневрології UKRAINS'KYI VISNYK PSYKHONEVROLOGII

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 доктора і кандидата наук 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 and candidate of sciences 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:

Венгер Олена (Тернопіль, Україна)
Волошин Петро (Харків, Україна)
Волошина Наталія (Харків, Україна)
Дубенко Андрій (Харків, Україна)
Карабан Ірина (Київ, Україна)
Кожина Ганна (Харків, Україна) —
заступник головного редактора
Колядко Світлана (Харків, Україна)
Козьявкін Володимир (Київ, Україна)
Лінський Ігор (Харків, Україна)
Мінко Олександр (Харків, Україна)
Мішиєв Вячеслав (Київ, Україна)
Міщенко Владислав (Харків, Україна)
Міщенко Тамара (Харків, Україна)
Негрич Тетяна (Львів, Україна)
Овчаренко Микола (Рубіжне, Україна)
Пашковський Валерій (Чернівці, Україна)
Підкоритов Валерій (Харків, Україна)
Пшук Наталія (Вінниця, Україна)
Сосін Іван (Харків, Україна)
Танцур Людмила (Харків, Україна)
Федченко Вікторія (Харків, Україна) —
відповідальний секретар
Чабан Олег (Київ, Україна)
Чугунов Вадим (Запоріжжя, Україна)
Юр'єва Людмила (Дніпро, Україна)
Борнштейн Натан (Тель-Авів, Ізраїль)
Брайнін Майкл (Кремс-на-Дунаї, Австрія)
Хабрат Богуслав (Варшава, Польща)
Зукер Роберт (Мічиган, США)

Chief Editor
Maruta Nataliya

EDITORIAL STAFF:

Venger Olena (Ternopil, Ukraine)
Voloshyn Petro (Kharkiv, Ukraine)
Voloshyna Nataliia (Kharkiv, Ukraine)
Dubenko Andrii (Kharkiv, Ukraine)
Karaban Iryna (Kyiv, Ukraine)
Kozhyna Hanna (Kharkiv, Ukraine) — **deputy chief editor**
Kolyadko Svitlana (Kharkiv, Ukraine)
Kozyavkin Volodymyr (Kyiv, Ukraine)
Lynskiy Ihor (Kharkiv, Ukraine)
Minko Oleksandr (Kharkiv, Ukraine)
Mishyiev Viacheslav (Kyiv, Ukraine)
Mishchenko Vladyslav (Kharkiv, Ukraine)
Mishchenko Tamara (Kharkiv, Ukraine)
Nehrych Tetiana (Lviv, Ukraine)
Ovcharenko Mykola (Rubizhne, Ukraine)
Pashkovskyy Valerii (Chernivtsi, Ukraine)
Pidkorytov Valerii (Kharkiv, Ukraine)
Pshuk Nataliia (Vinnytsia, Ukraine)
Sosin Ivan (Kharkiv, Ukraine)
Tantsura Liudmyla (Kharkiv, Ukraine)
Fedchenko Viktoriia (Kharkiv, Ukraine) — **executive secretary**
Chaban Oleh (Kyiv, Ukraine)
Chugunov Vadym (Zaporizhzhia, Ukraine)
Yuryeva Lyudmyla (Dnipro, Ukraine)
Bornshtein Natan (Tel-Aviv, Israel)
Brainin Michael (Krems an der Donau, Austria)
Habratt Boguslaw (Warsaw, Poland)
Zucker Robert (Michigan, USA)

Журнал представлений у міжнародних базах даних: РИНЦ (Российский индекс научного цитирования); Ulrich's Periodicals Directory, Google Scholar.

The journal is presented in international periodicals, bibliographic and scientometric international databases, such as:

- RSCI (Russian Science Citation Index);
- Ulrich's Periodicals Directory;
- Google Scholar

Том 28, випуск 2 (103)
Харків, 2020



АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, 61068
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
Національної академії медичних наук України».
Адреса сайту журналу: www.uvnpn.com.ua

ADDRESS OF EDITORSHIP:

46, Academician Pavlov Str., Kharkiv, Ukraine, 61068,
SI "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 № 16345-4817ПР від 10.02.2010 р.

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

Рекомендовано до друку вченою радою
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України» (протокол № 5 від 25.06.2020 р.)

Approved for publication by the Academic Council
of SI "Institute of neurology, psychiatry and narco-
logy of the NAMS of Ukraine" (protocol no. 5 dated
25 June, 2020)

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:

Колядко Світлана (м. Харків, Україна),
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),
Сосін Іван (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, російською 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-х сторінок.

5. Роботи друкуються 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. Тексту статті повинні передувати індекс УДК; українською, російською та англійською мовами: прізвище та ініціали авторів, назва статті, резюме обсягом не менш як 1800 знаків, включаючи ключові слова, 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 наводити в квадратних дужках і нумерувати в порядку їх згадування.

8. Перелік використаної літератури оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 та ДСТУ 8302:2015 і містить джерела мовою оригіналу за останні 10 років (більш ранні публікації вносять до переліку тільки у разі потреби). **Обов'язково вказувати цифровий ідентифікатор статті (збірника) DOI, в разі його відсутності — PMID або адресу статті в Інтернеті 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); ID ORCID у форматі <https://orcid.org/XXXX-XXXX-XXXX-XXXX>; e-mail; 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. Полноформатні 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 x 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/російська 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 виправлення 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 НАМН України»,
редакція журналу «Український вісник психоневрології»,
e-mail: visnuk.pn@gmail.com

Офіційний сайт журналу: www.uvnpn.com.ua

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

ЗМІСТ

ПРОБЛЕМНІ СТАТТІ

- Юрєва Л. Н., Шустерман Т. И. (Дніпр)
Пандемія COVID-19: ризики для психологічного благополуччя і психічного здоров'я..... 5

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ТА СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

- Волошина Н. П., Негреба Т. В., Коляда Т. И., Погуляева Т. Н. (Харків)
Характер прогноза в залежності від рівня цитокінів і поширеності гаплотипів АА і АГ у хворих з спорадическої і сімейної формами розсіяного склерозу.... 11
- Міщенко Т. С., Бокатуєва В. В., Міщенко В. М. (Харків)
Особливості когнітивних порушень у хворих з кардіо-емболічним мозковим інсультом..... 16

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ТА НАРКОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

- Веселовська О. В., Шляхова А. В., Берченко О. Г., Тіткова А. М. (Харків)
Нейроадаптація в системі емоційного підкріплення при алкогольній залежності 22
- Друзь О. В., Черненко І. О. (Київ)
Основні психометричні маркери посттравматичного стресового розладу у комбатантів..... 26
- Марута Н. О., Каленська Г. Ю., Панько Т. В. (Харків)
Комплексна програма психокорекції психічних порушень у внутрішньо переміщених осіб..... 30
- Пілягіна Г. Я., Башинський О. О. (Київ)
Саморуйнівна поведінка у пацієнтів з психотичними розладами шизофренічного спектра..... 36
- Сергєєва Л. А., Вальченко О. І., Сергєєва В. С., Глебова О. І. (Київ, Ірпін)
Формування акцентуацій характеру особистості в сучасних умовах підвищеного електромагнітного випромінювання радіочастотного діапазону..... 42
- Танцур Л. М., Пилипець О. Ю., Танцур Є. О., Третяков Д. В., Лук'янцева О. Ю. (Харків)
Пандемія COVID-19 — аналіз особливостей життєдіяльності родин дітей, хворих на епілепсію, наявні проблеми та їх подолання..... 47
- Юрценюк О. С. (Чернівці)
Особливості непсихотичних психічних розладів у студентів залежно від спеціальності навчання..... 52
- Ярославцев С. О. (Степанівка Херсонська обл.)
Особливості процесу уваги при депресивних розладах... 55

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

- Стадник С. М., Сайко О. В. (Львів)
Стовбуровий геморагічний інсульт: можливості реабілітації..... 60

ІНФОРМАЦІЯ

- Науково-практична on-line конференція з міжнародною участю «Оптимізація психофармакологічних підходів до лікування психічних та поведінкових розладів»..... 66

CONTENTS

PROBLEM ARTICLES

- Yuryeva L., Shusterman T. (Dnipro)
The COVID-19 pandemic: risks to psychological well-being and mental health..... 5

MECHANISMS OF FORMATION AND MODERN PRINCIPLES OF TREATMENT OF NEUROLOGICAL DISORDERS

- Voloshyna N. P., Negreba T. V., Koliada T. I., Pohuliaieva T. M. (Kharkiv)
Nature of the forecast depending on the level of cytokines and the prevalence of AA and AG haplotypes in patients with sporadic and family forms of multiple sclerosis..... 11
- Mishchenko T. S., Bokatuieva V. V., Mishchenko V. M. (Kharkiv)
Features of cognitive disorders in patients with cardioembolic stroke 16

DIAGNOSTICS AND THERAPY OF MENTAL AND NARCOLOGICAL DISORDERS

- Veselovska O. V., Shliakhova A. V., Berchenko O. G., Titkova A. M. (Kharkiv)
Neuroadaptation in the system of emotional reinforcement under alcohol dependence..... 22
- Druz O. V., Chernenko I. O. (Kyiv)
Basic psychometric markers of post-traumatic stress disorder in combatants..... 26
- Maruta N. O., Kalenska G. Yu., Panko T. V. (Kharkiv)
Integrative program of psychocorrection of mental disorders in internally displaced persons..... 30
- Pyliagina G., Bashynskyi O. (Kyiv)
Self-destructive behavior in patients with psychotic disorders of the schizophrenia spectrum 36
- Serhieieva Liubov, Valchenko Oleksandr, Serhieieva Victoriya, Hliebova Olena (Kyiv, Irpin)
Formation of personality character accentuations in modern conditions of the increased electromagnetic radiation of radiofrequency range 42
- Tantsura L., Pylypets O., Tantsura Ye., Tretiakov D., Lukianseva O. (Kharkiv)
COVID-19 pandemic — analysis of the peculiarities of the life activity of families of children with epilepsy, existing problems and their overcoming 47
- Yurtsenyuk O. S. (Chernivtsi)
Peculiarities of nonpsychotic mental disorders in students depending on specialty they learn..... 52
- Yaroslavtsev S. O. (Stepanivka Kherson region)
Peculiarities of the attention process at depressive disorders... 55

HELP TO PRACTICAL PHYSICIAN

- Stadnik S. M., Saiko O. V. (Lviv)
Stem hemorrhagic stroke: opportunities for rehabilitation 60

INFORMATION

- Scientific and practical on-line conference "Optimization of psychopharmacological approaches to the treatment of mental and behavioral disorders" 66

ЮВІЛЕЇ

До 80-річного ювілею і 50-річчя педагогічної, наукової, лікарської і громадської діяльності І. Ю. Лавкая — професора кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії медичного факультету Ужгородського національного університету, заслуженого лікаря України, відмінника вищої школи СРСР, голови Товариства психіатрів Закарпатської області.....68

ANNIVERSARIES

On the occasion of the 80th anniversary and 50th anniversary of pedagogical, scientific, medical activities and public service of I. Yu. LAVKAY, Professor of the Department of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry of the Medical Faculty of the Uzhgorod National University, Honored Doctor of Ukraine, Excellence in Higher Education of the USSR, Head of the Society of Psychiatrists of Zakarpattia Region.....68

*Л. Н. Юрьева, Т. И. Шустерман***ПАНДЕМИЯ COVID-19: РИСКИ ДЛЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧЕНИЯ И ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ***Л. М. Юрьева, Т. И. Шустерман***Пандемія COVID-19: ризики для психологічного благополуччя та психічного здоров'я***L. Yuryeva, T. Shusterman***The COVID-19 pandemic: risks to psychological well-being and mental health**

Проблемная статья посвящена вопросам психологического благополучия и психического здоровья в условиях пандемии COVID-19. Проведен анализ социально-психологических эффектов пандемий, потенцирующих нарушения психического здоровья. Рассмотрен эффект воздействия средств массовой информации и социальных сетей на психическое состояние. Карантин, социальное дистанцирование и социальная изоляция имеют негативное влияние на психическое здоровье и физическое благополучие. Рост девиантных форм поведения, стигматизация, чрезмерная психическая нагрузка на медицинских работников, находящихся в очагах пандемии, и нестандартное состояние медицинских учреждений отмечены среди основных факторов, ухудшающих психическое здоровье. Детально описаны и проанализированы особенности тревожно-фобических расстройств в условиях пандемии COVID-19. Установлено, что у пациентов с COVID-19 преобладает органическая тревога, имеющая ряд клинических особенностей (преобладание соматической тревоги с астеническим радикалом, высокая коморбидность с депрессией и ипохондрией, когнитивный дефицит и выраженность вегетативных проявлений). Описаны фармакогенные тревожно-депрессивные эффекты при применении противовирусных средств. Особенности терапии пациентов с тревожно-фобическими расстройствами в ситуации пандемии COVID-19 являются использование Интернет-технологий (психообразование, психотерапия) и обсуждение специфических проблем и страхов на психотерапевтических сессиях. Своевременная диагностика, терапия и профилактика психических и поведенческих расстройств, возникающих во время вспышки инфекционных заболеваний, является первоочередной задачей для успешного преодоления как ближайших, так и отдаленных последствий пандемии COVID-19 и охраны психического здоровья всех слоев населения.

Ключевые слова: COVID-19, пандемия, риск, психологическое благополучие, психическое здоровье, тревога, фобии

Проблемна стаття присвячена питанням психологічного благополуччя і психічного здоров'я в умовах пандемії COVID-19. Проведено аналіз соціально-психологічних ефектів пандемій, що потенціюють порушення психічного здоров'я. Розглянуто ефект впливу засобів масової інформації та соціальних мереж на психічний стан. Карантин, соціальне дистанціювання і соціальна ізоляція мають негативний вплив на психічне здоров'я і фізичне благополуччя. Зростання девіантних форм поведінки, стигматизація, надмірне психічне навантаження на медичних працівників, які перебувають в осередках пандемії, і нестандартний стан медичних установ відзначені серед основних чинників, які погіршують психічне здоров'я. Докладно описані і проаналізовані особливості тривожно-фобічних розладів в умовах пандемії COVID-19. Встановлено, що у пацієнтів з COVID-19 переважає органічна тривога, що має низку клінічних особливостей (переважання соматичної тривоги з астеничним радикалом, висока коморбідність з депресією та іпохондрією, когнітивний дефіцит і вираженість вегетативних проявів). Описані фармакогенні тривожно-депресивні ефекти при застосуванні противірусних засобів. Особливостями терапії пацієнтів з тривожно-фобічними розладами в ситуації пандемії COVID-19 є використання Інтернет-технологій (психоосвіта, психотерапія) й обговорення специфічних проблем і страхів на психотерапевтичних сесіях. Своєчасна діагностика, терапія та профілактика психічних і поведінкових розладів, що виникають під час спалаху інфекційних захворювань, є першочерговим завданням для успішного подолання як найближчих, так і віддалених наслідків пандемії COVID-19 та охорони психічного здоров'я всіх верств населення.

Ключові слова: COVID-19, пандемія, ризик, психологічне благополуччя, психічне здоров'я, тривога, фобії

The problematic article is devoted to the issues of psychological well-being and mental health in the context of the COVID-19 pandemic. The sociopsychological effects of pandemics that potentiate mental health disorders have been analyzed. The effect of the influence of the media and social networks on the mental state is considered. Quarantine, social distance and social exclusion have a negative impact on mental health and physical well-being. The growth of deviant forms of behavior, stigmatization, excessive mental stress on medical workers who are in the focus of a pandemic, and the non-standard state of medical institutions have been noted among the main factors that worsen mental health. The peculiarities of anxious and phobic disorders in the context of the COVID-19 pandemic have been described and analyzed in detail. It has been established that organic anxiety predominates in patients with COVID-19, having a number of clinical peculiarities (the predominance of somatic anxiety with an asthenic radical, high comorbidity with depression and hypochondria, cognitive deficit and the severity of vegetative manifestations). Pharmacogenic anxious and depressive effects have been described with the use of antiviral agents. The peculiarities of the treatment of patients with anxious and phobic disorders in the situation of the COVID-19 pandemic are the use of Internet technologies (psychoeducation, psychotherapy) and the discussion of specific problems and fears at psychotherapy sessions. Timely diagnosis, therapy and prevention of mental and behavioral disorders that occur during an outbreak of infectious diseases is a priority for successfully overcoming both the immediate and long-term effects of the COVID-19 pandemic and the mental health of all segments of the population.

Keywords: COVID-19, pandemic, risk, psychological well-being, mental health, anxiety, phobias

Современные инфекционные пандемии сопровождаются неинфекционными психическими эпидемиями. Во время пандемии гриппа H1N1 в 2009 году была зафиксирована одновременная эмоциональная пандемия, и впервые в научный лексикон было введено понятие «эмоциональной эпидемиологии» [25]. В период

пандемий страх и тревога являются неотъемлемой составляющей психического состояния человека [3]. Прямые и косвенные последствия пандемии коронавирусной болезни (COVID-19) для психологического благополучия и психического здоровья населения еще предстоит изучить, однако уже сегодня мы можем проанализировать ее краткосрочные эффекты.

Социально-психологические эффекты пандемий, потенцирующие нарушения психического здоровья:

1. Эффект воздействия средств массовой информации и социальных сетей.

Генеральный директор Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) Т. А. Gebreisu официально признал существование «инфодемии» и призвал к борьбе с ней, так как она охватила весь мир и существенно осложняет борьбу с реальной проблемой преодоления пандемии COVID-19 [35].

Пандемия COVID-19 является первой в мировой истории пандемией, которая разворачивается в условиях существования Facebook и других социальных сетей и потому сопровождается небывалой паникой, последствия которой могут значительно ухудшить собственные последствия COVID-19. Среди предикторов развития посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), тревожно-фобических, депрессивных расстройств и инсомнии фактор чрезмерной фиксации (более 3 часов в день) на информации и проблемах, связанных с пандемией COVID-19, занимает одну из лидирующих позиций [12].

Китайские исследователи оценивали связь проблем с психическим здоровьем и влияния социальных сетей в период пандемии COVID-19. Для проведения оценки психического состояния было использовано онлайн-исследование 4872 человек старше 18 лет из 31 провинции и автономных регионов. Распространенность депрессии, тревоги и сочетания депрессии и тревоги составила 48,3 %. Более 80 % участников сообщили о том, что они часто подвергались воздействию социальных сетей. Исследователи предлагают бороться с «инфодемией» во время чрезвычайных ситуаций [10].

2. Карантин, социальное дистанцирование и социальная изоляция.

С этой проблемой большинство людей не сталкивалось никогда в жизни, так как новая эпоха контроля за распространением инфекционных заболеваний началась только в 2002—2003 годах в период вспышки коронавируса SARS (тяжелый острый респираторный синдром, «атипичная пневмония»). В условиях карантина на первый план выходят три главные проблемы:

- наличие неорганизованного свободного времени;
- сенсорная депривация и ограничение пространства, снижение двигательной активности;
- постоянное взаимодействие с ограниченным кругом людей (часто — с одним человеком).

Эти проблемы влекут за собой рост насилия в семье, увеличение числа разводов, рост числа людей, зависимых от алкоголя и психоактивных веществ [23].

Длительная изоляция, отделение от семей и социума имеет негативное влияние на психическое здоровье и физическое благополучие. Исследователи из Канады изучили психологические эффекты карантина во время вспышки атипичной пневмонии в 2003 году. Средняя продолжительность карантина составила 10 дней. Они обнаружили высокую распространенность психологических симптомов дистресса. 29 % участников сообщили о симптомах ПТСР, у 31 % респондентов были обнаружены симптомы депрессии. Участники этого исследования описывали чувство изоляции и подчеркивали, что они особенно пострадали от отсутствия

социального и физического контакта с членами семьи. Стрессоры включали более длительный срок карантина, страхи перед инфекцией, разочарование, скуку, противоречивую информацию, финансовые потери и стигматизацию [6, 28].

Исследование пациентов, пребывающих на карантине по поводу MERS-CoV (ближневосточного респираторного синдрома), показало, что среди тех, кто был изолирован, а потом заболел MERS-CoV, более 40 % нуждались в психиатрической помощи. У тех, кто не заболел и не был помещен в изоляцию, случаев психических нарушений не было [14].

Треть итальянцев, чье психическое состояние в период вспышки COVID-19 оценивали через две недели после начала карантина, сообщила о выраженных и очень выраженных симптомах депрессии. Кроме того, 19 % участников опроса сообщили о высоком или очень высоком уровне тревоги, 27 % — о высоком или очень высоком уровне стресса [23].

3. Рост девиантных форм поведения.

В период пандемий возрастает число правонарушений, агрессивных и аутоагрессивных форм поведения, зависимости от алкоголя и наркотиков. Отмечен рост насилия в семье. С тех пор, как в марте 2020 года во Франции был объявлен карантин, на 30 % увеличилось число зафиксированных актов насилия в семье. В закрытых на карантин районах Китая, за это же время, на 30 % возросло количество разводов [1].

Ожидается рост аутоагрессивных форм поведения, так как тревожно-депрессивные расстройства в сочетании с тяжелыми инфекционными болезнями является мощным фактором суицидального риска. В наиболее масштабном исследовании по изучению корреляций между различными заболеваниями и суицидальным поведением было обнаружено, что около 10 % всех самоубийств обусловлено инфекционными болезнями. Риск смерти от самоубийств увеличивается на 42 % у тех, кто в анамнезе имел госпитализацию по поводу инфекционных заболеваний [20]. Научный анализ суицидальной смертности при COVID-19 еще не проводили, но в Интернет-сети уже появляются сообщения о самоубийствах как среди больных, так и среди медицинских работников [13].

В исследовании M. Sarchiapone, M. Iosue выделены следующие факторы риска суицидального поведения в условиях пандемии COVID-19:

- карантинные меры, приводящие к негативным психологическим последствиям, включая симптомы посттравматического стресса;
- социальная изоляция и одиночество;
- плохое самочувствие и депрессия;
- обострение межличностных семейных конфликтов, с ростом бытового насилия;
- социально-экономическая депривация;
- увеличение употребления психоактивных веществ [29].

По данным аналитиков Kantar, продажи алкоголя в супермаркетах и торговых точках Великобритании в марте 2020 года увеличились на 22 %. Они опережали рост продаж продуктов питания, даже несмотря на то, что покупатели запасались продуктами длительного хранения, готовясь к самоизоляции. В Канаде 20 % людей в возрасте 15—49 лет увеличили потребление алкоголя во время пандемии [30].

4. Стигматизация.

Это типичный психологический ответ на инфекционную угрозу. Этот феномен является четким проявлением навязчивых страхов заражения и смерти, типичных для пандемий. О росте стигматизации, связанной с инфекцией, сообщалось уже при многих предыдущих эпидемиях и пандемиях [4, 9, 26].

Стигматизация распространяется на людей с признаками респираторной инфекции и их окружение, на лиц, прибывших из-за рубежа. Ярким примером стигматизации с проявлением вербальной и невербальной агрессии является встреча эвакуированных из Уханя 105 граждан Украины и других стран в марте 2020 года, которые были привезены для прохождения карантина в Новых Санжарах.

Медицинские работники также могут страдать как от внешней стигмы, так и от самостигматизации. Внешняя стигматизация связана со страхом людей контактировать с теми, кто лечит пациентов с COVID-19. Самостигматизация медицинских работников является проявлением их неудовлетворенных потребностей и страхов. Она также может быть следствием викарной травматизации [17].

В условиях пандемии проблема стигматизации является не только этической. Она порождает дополнительные страхи у настоящих носителей COVID-19, мешает им своевременно сообщать о своем состоянии здоровья и получать своевременную медицинскую помощь. Сочетание тревоги и фобий со стигматизацией и отсутствием веры в систему здравоохранения породило в Украине типичный поведенческий сценарий избегания тестирования на COVID-19 представителями группы риска с сокрытием симптомов болезни. Данный поведенческий сценарий только способствует распространению пандемии.

Эксперты ВОЗ в рекомендациях «Психическое здоровье и психосоциальные рассуждения во время вспышки COVID-19» уделяют особое внимание проблеме дестигматизации, подчеркивая, что даже правильное обращение к пациентам имеет значение [24].

5. Чрезмерная психическая нагрузка на медицинских работников, находящихся в очагах пандемии и имеющих повышенный риск заражения и психологического травмирования при уходе за инфицированными пациентами.

Среди 5062 медицинских работников, курирующих пациентов с COVID-19, у 29,8 % были выявлены признаки стресса, у 24,1 % — симптомы тревоги, у 13,5 % — признаки депрессии [36]. Во время вспышки SARS в 2003 году тревога и беспокойство были диагностированы в 77,4 % случаев, депрессия — 74,2 %, ПТСР — 20 % [7]. Очень важным фактором психической дезадаптации медицинских работников является фактор психологического воздействия эпидемии COVID-19 на членов семей медицинских работников [33].

6. Избыточная перегруженность медицинских учреждений и медицинских работников, не способных в разгар пандемии оказать помощь всем больным, ставит под угрозу доверие общества к системе здравоохранения и ее способности реагировать на вспышку заболеваемости. Возникает морально-этическая дилемма, описанная английским философом Филиппом Фут как проблема «вагонетки» [11].

Такая ситуация может вызвать не только связанные со стрессом и тревожные расстройства, но и другие реакции психического здоровья на потенциальную катастрофу, и может спровоцировать индивидуальную либо массовую панику.

Особенности тревожно-фобических расстройств в условиях пандемии COVID-19

При инфекционных пандемиях наблюдаются все типы тревоги (рис. 1) [2, 3]. Их дифференциация позволяет персонализировать терапевтические и профилактические мероприятия.

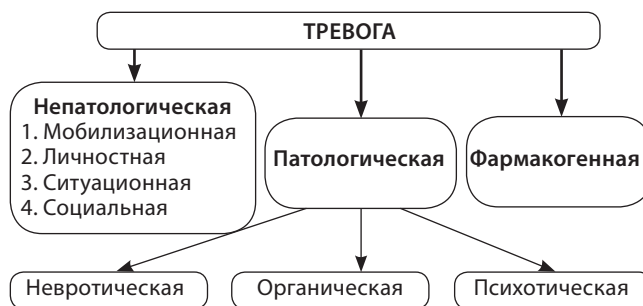


Рис. 1. Типология тревоги (Л. Н. Юрьева, 2012)

В ситуации пандемии эпизоды **непатологической тревоги** переживают все жители. Непатологическая, «нормальная» тревога пропорциональна объективной опасности и является важнейшим адаптивным механизмом личности. Она имеет профилактическое значение, так как постоянно сигнализирует человеку об опасности и побуждает его к действиям, в том числе по соблюдению карантина.

В исследованиях, которые были проведены в отделениях больницы медицинской школы при университете Чжэцзян для больных COVID-19, было обнаружено, что 48 % пациентов при поступлении в стационар переживали психологический стресс (патологическую тревогу). У них диагностировали клинические проявления **невротической тревоги** в виде астенических, тревожных, депрессивных и фобических симптомов, у некоторых пациентов отмечались приступы паники. При COVID-19 отмечается специфика фабулы страха в виде коронифобии (боязнь заразиться COVID-19), мизофобии (страх заражения, инфицирования), танатофобии (страх смерти), гаптофобии (страх прикоснуться к окружающим), клаустрофобии (боязнь закрытого пространства, в ситуации пандемии — лифтов), демофобии (страх толпы), амаксофобии (страх ездить в транспорте), агорафобии и социофобии (боязнь социальных взаимодействий) [18].

У больных COVID-19 также могут быть проявления **органической тревоги**, особенно на поздней стадии развития, когда поражаются легкие (основная причина как тяжести состояния, так и летальных исходов), сердечно-сосудистая система, почки и центральная нервная система (у 78—88 % больных с тяжелыми формами COVID-19) [8, 22, 27, 32].

Органическая тревога при COVID-19 имеет ряд клинических особенностей в виде преобладания соматической тревоги с астеническим радикалом, высокой коморбидности с депрессией и ипохондрией, когнитивным дефицитом и выраженностью вегетативных проявлений. Помимо базовых симптомов органической

тревоги, присутствуют психопатологические феномены (чувство головокружения, неустойчивости или обморок; дереализация и деперсонализация; страх потери контроля или сумасшествия; страх смерти и кислородного голодания). Тревога может сопровождаться рекуррентными паническими атаками с выраженными вегетативными и психопатологическими феноменами органической тревоги.

При COVID-19 может иметь место и **психотическая тревога**. Роль тревоги в генезе и структуре инфекционных (вирусных) психозов — чрезвычайно велика. Тревога часто предшествует психотическим расстройствам, инфекционному делирию и является триггером острых аффективно-бредовых приступов, острого чувственного бреда и онейроидных состояний. Тревога в рамках тревожно-параноидной и тревожно-депрессивной симптоматики является фактором риска совершения суицида.

Автор: Robert L. Leahy
Перевод: Павел Плясов

Фармакогенные тревожные и депрессивные эффекты могут возникнуть при длительном приеме или отмене многих препаратов и веществ. Среди них некоторые антидепрессанты и транквилизаторы, а также противовирусные препараты. Так, при лечении интерфероном вероятность депрессии составляет 45 %, эфавиренз вызывает тревогу, депрессию и делирий, саквинавир, атазанавир, ставудин, зидовудин — тревогу и депрессию. При повторном использовании антибиотиков (пенициллин и хинолоны) имеется повышенный риск депрессии и тревожности [5, 16, 21].

Терапия пациентов с тревожно-фобическими расстройствами в ситуации пандемии COVID-19 имеет свои особенности: использование Интернет-технологий (психообразование, психотерапия) и обсуждение специфических проблем и страхов на психотерапевтических сессиях. Рекомендации ассоциации когнитивно-поведенческой психотерапии представлены на рис. 2 [15].



Ассоциация
когнитивно-поведенческой
психотерапии

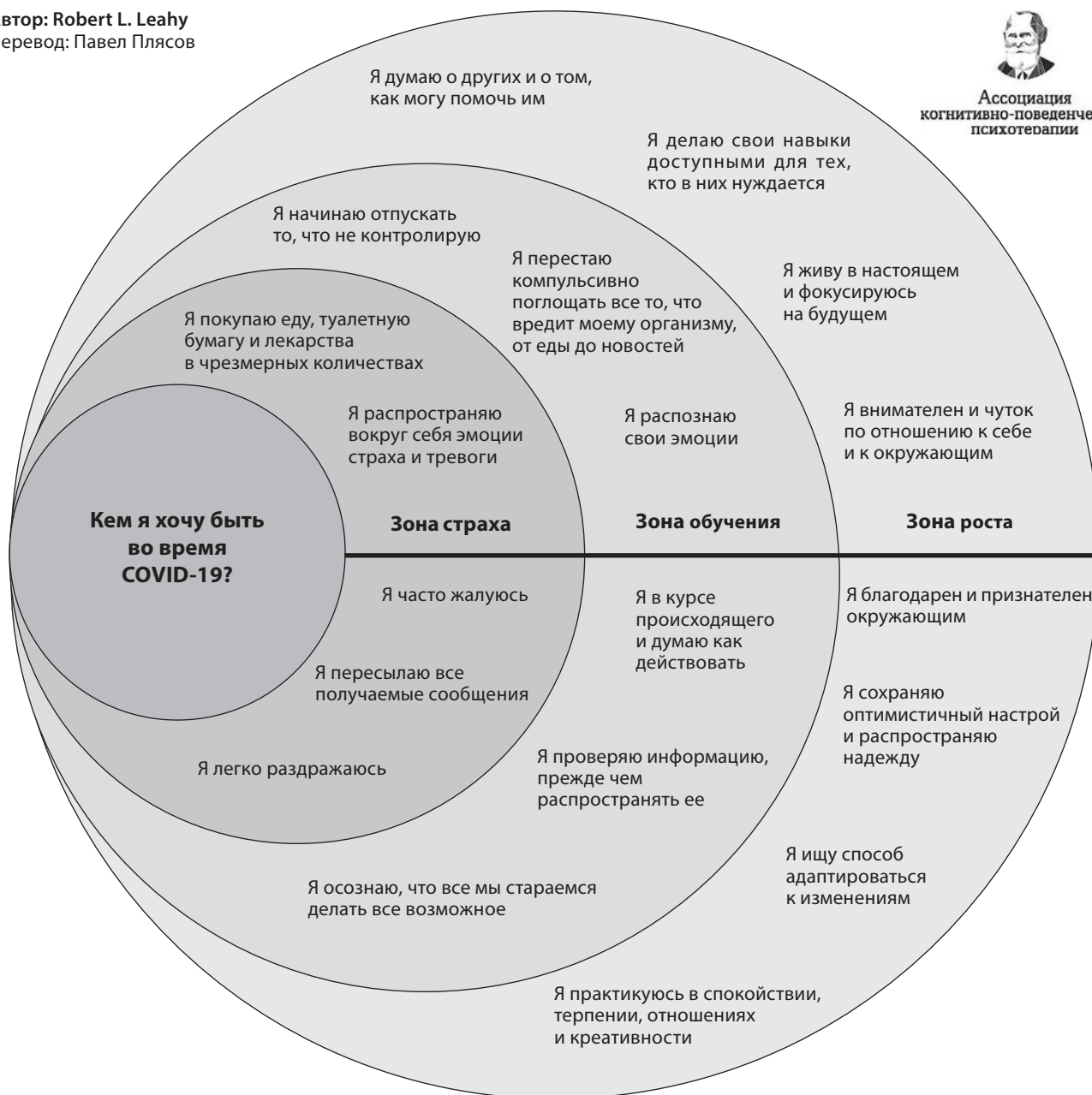


Рис. 2. Схема Роберта Лихи (Robert Leahy) — «Кем я хочу быть при COVID-19?»

Для более эффективного решения насущных психологических проблем людей, вовлеченных в эпидемию COVID-19, китайские исследователи разработали новую модель психологического кризисного вмешательства с использованием Интернет-технологий. Эта модель объединяет врачей, психиатров, психологов и социальных работников в Интернет-платформы для психологического вмешательства по отношению к пациентам, членам их семей и медицинского персонала [19, 31].

Правительство Кореи, после вспышки средне-восточного респираторного синдрома MERS-CoV в 2015 году, который имел выраженные психологические последствия почти у всех корейских граждан, а у 35 % был диагностирован посттравматический эмоциональный дистресс, пересмотрело общую систему управления инфекционными заболеваниями. Была создана система психиатрической помощи при инфекционных заболеваниях для быстрого реагирования на психологические проблемы жителей, вызванные крупномасштабной вспышкой инфекционных заболеваний и Национальный центр управления психическим здоровьем в кризисных ситуациях [34].

В заключение необходимо отметить, что своевременная диагностика, терапия и профилактика психических и поведенческих расстройств, возникающих во время вспышки инфекционных заболеваний, является первоочередной задачей для успешного преодоления как ближайших, так и отдаленных последствий пандемии COVID-19 и охраны психического здоровья всех слоев населения.

Список литературы

1. По ком звонит колокол: кто заплатит самую высокую цену за борьбу с пандемией COVID-19 / ван Ворен Р. // Ракурс: 01.04.2020. URL: <https://racurs.ua/2598-po-kom-zvonit-kolokol-kto-zaplatit-samuu-vysokuu-cenu-za-borbu-s-pandemiei-covid-19.html> (дата обращения: 07.04.2020).
2. Органічні, психічні розлади: діагностика, реабілітація та профілактика: навч. посібник / за ред. Л. М. Юр'євої. Дніпро: Нова Ідеологія, 2019. 124 с.
3. 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. URL: <https://neuronews.com.ua/ua/archive/2020/3%28114%29/pages-26-36/psihichne-zdorov-ya-v-period-pandemiyi-covid-osoblivosti-psihologichnoyi-krizi-trivogi-strahu-ta-trivozhniy-rozladiv-#gsc.tab=0>.
4. Aguilera J. Xenophobia 'Is A Pre-Existing Condition.' How Harmful Stereotypes and Racism are Spreading Around the Coronavirus // Time. 2020. URL: <https://time.com/5775716/xenophobia-racism-stereotypes-coronavirus/> (Last accessed: 31.03.2020).
5. Central nervous system disorders after starting antiretroviral therapy in South Africa / V. Asselman, F. Thienemann, D. J. Pepper [et al.] // AIDS. 2010. Vol. 24 (18). P. 2871—2876. DOI: 10.1097/QAD.0b013e328340fe76.
6. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence / S. K. Brook, R. K. Webster, L. E. Smith [et al.] // The Lancet. 2020. Vol. 395 (10227). P. 912—920. DOI: 10.1016/S0140-6736 (20)30460-8.
7. Chan A. O. M., Huak C. Y. Psychological impact of the 2003 severe acute respiratory syndrome outbreak on health care workers in a medium size regional general hospital in Singapore // Occup Med Oxf Engl. 2004. Vol. 54 (3). P. 190—196. DOI: 10.1093/occmed/kqh027.
8. Chen C., Zhou Y., Wang D. W. SARS-CoV-2: a potential novel etiology of fulminant myocarditis // Herz. 2020. Vol. 45. P. 230—232. DOI: 10.1007/s00059-020-04909-z.
9. Chung RY-N., Li M. M. Anti-Chinese sentiment during the 2019-nCoV outbreak // Lancet Lond Engl. 2020. Vol. 395 (10225). P. 686—687. DOI: 10.1016/S0140-6736 (20)30358-5.
10. Gao J. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak // J. Gao, P. Zheng, Y. Jia [et al.] // PLoS ONE. 2020. Vol. 15 (4). P. e0231924. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231924>.
11. Foote Philippe. The problem of abortion and the doctrine of the double effect // Oxford Review (Trinity). 1967. No. 5: P. 5—15. URL: <https://philpapers.org/rec/FOOTPO-2>.
12. Huang Y., Zhao N. Generalized Anxiety Disorder, Depressive Symptoms and Sleep Quality during COVID-19 Epidemic in China: A Web-Based Cross-Sectional Survey // Psychiatry. Res. 2020. Vol. 288. P. 112954. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112954.
13. Japan's drop in suicides may not hold as fallout from pandemic grows // The Japan Times. 2020. URL: <https://www.japantimes.co.jp/news/2020/05/17/national/social-issues/japan-suicides-coronavirus/#.XulALdUzaUk> (Last accessed: 11.06.2020).
14. Psychiatric findings in suspected and confirmed Middle East respiratory syndrome patients quarantined in hospital: a retrospective chart analysis / H-C. Kim, S-Y. Yoo, B-H. Lee [et al.] // Psychiatry Investig. 2018. Vol. 15 (4). P. 355—60. DOI: 10.30773/pi.2017.10.25.1.
15. Leahy R. L. Coronavirus Anxiety. How to handle fear while pursuing safety // Psychology Today. 2020. URL: <https://www.psychologytoday.com/us/blog/anxiety-files/202003/coronavirus-anxiety> (Last accessed: 11.06.2020).
16. Levenson J. L. Infectious Diseases (Chapter 26). In: The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine and Consultation-Liaison Psychiatry (Third Edition) / Edited by J. L. Levenson, C. Kogut. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2018. P. 615—635. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9781615371990.jl26>.
17. Li Z. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control / Z. Li, J. Ge, M. Yang [et al.] // Brain, Behavior, and Immunity. March 2020. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7102670/> DOI: 10.1016/j.bbi.2020.03.007.
18. Liang T. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment. The First Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine, 2020. URL: https://www.alibabacloud.com/universal-service/pdf_reader?spm=a3c0i.14138300.8102420620.dreadnow.7180647ftrnk-KA&cdnorigin=video-intl&pdf=Read%20Online-Handbook%20of%20COVID-19%20Prevention%20and%20Treatment.pdf (Last accessed: 07.04.2020).
19. Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak / S. Liu, L. Yang, C. Zhang [et al.] // The Lancet Psychiatry. 2020. Vol. 7 (4). P. e17-e18. DOI: 10.1016/S2215-0366 (20)30077-8.
20. A Nationwide Cohort Study of the Association Between Hospitalization with Infection and Risk of Death by Suicide / H. Lund-Sørensen, M. E. Benros, T. Madsen [et al.] // JAMA Psychiatry. 2016. Vol. 73 (9). P. 912—919. DOI: 10.1001/jama-psychiatry.2016.1594.
21. Antibiotic Exposure and the Risk for Depression, Anxiety, or Psychosis: A Nested Case-Control Study / I. Lurie, Y-X. Yang, K. Haynes [et al.] // The Journal of Clinical Psychiatry. 2015. Vol. 76 (11). P. 1522—1528. DOI: 10.4088/JCP.15m09961.
22. Neurological Manifestations of Hospitalized Patients with COVID-19 in Wuhan, China: A Retrospective Case Series Study / L. Mao, M. Wang, S. Chen [et al.] // SSRN Journal. 2020. DOI: 10.2139/ssrn.3544840.
23. Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: Immediate Psychological Responses and Associated Factors / C. Mazza, E. Ricci, S. Biondi [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020. Vol. 17 (9). P. 3165. DOI: 10.3390/ijerph17093165.

24. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak: World Health Organization. March 2020. URL: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2 (Last accessed: 31.03.2020).

25. Ofri D. The Emotional Epidemiology of H1N1 Influenza Vaccination // *N Engl J Med*. 2009. Vol. 361 (27). P. 2594—2595. DOI: 10.1056/NEJMp0911047.

26. Fear and Stigma: The Epidemic within the SARS Outbreak / B. Person, F. Sy, K. Holton [et al.] // *Emerg Infect Dis*. 2004. Vol. 10 (2). P. 358—363. DOI: 10.3201/eid1002.030750.

27. Rismanbaf A., Zarei S. Liver and Kidney Injuries in COVID-19 and Their Effects on Drug Therapy; a Letter to Editor // *Archives of Academic Emergency Medicine*. 2020. Vol. 8 (1). P. 17. PMC7075271.

28. Rubin G. J., Wessely S. The psychological effects of quarantining a city // *BMJ*. 2020. Vol. 368. P. 313. DOI:10.1136/bmj.m313.

29. Sarchiapone M., Iosue M. COVID-19 pandemic: Increased risk for mental health problems and suicidal behavior // *EPA*. 2020. URL: <https://suicidologysection.org/covid-19-pandemic-increased-risk-for-mental-health-problems-and-suicidal-behaviours/> (Last accessed: 11.06.2020).

30. Coronavirus: Shoppers stock up on alcohol amid lockdown // *BBC World*. URL: <https://www.bbc.com/news/business-52226488> (Last accessed: 15.05.2020).

31. Social Capital and Sleep Quality in Individuals Who Self-Isolated for 14 Days During the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in January 2020 in China / H. Xiao, Y. Zhang, D. Kong [et al.] // *Med Sci Monit*. 2020. DOI: 10.12659/MSM.923921.

32. Pathological findings of COVID-19 associated with acute respiratory distress syndrome / Z. Xu, L. Shi, Y. Wang [et al.] // *The Lancet Respiratory Medicine*. 2020. Vol. 8 (4). P. 420—422. DOI: 10.1016/S2213-2600(20)30076-X.

33. Mental Health Status among Family Members of Health Care Workers in Ningbo, China during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak: A Cross-Sectional Study / Y. Ying, F. Kong, B. Zhu [et al.] // *Mental Health Weekly Digest*. 2020. DOI: 10.1101/2020.03.13.20033290.

34. System effectiveness of detection, brief intervention and refer to treatment for the people with post-traumatic emotional distress by MERS: a case report of community-based proactive intervention in South Korea / M-K. Yoon, S-Y. Kim, H-S. Ko [et al.] // *International Journal of Mental Health Systems*. 2016. Vol. 10 (1). P. 51. DOI:10.1186/s13033-016-0083-5.

35. Zarocostas J. How to fight an infodemic // *The Lancet*. 2020. Vol. 395 (10225). P. 676. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30461-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30461-X).

36. COVID-19 in Wuhan: Immediate Psychological Impact on 5062 Health Workers / Z. Zhu, S. Xu, H. Wang [et al.] // *Mental Health Weekly Digest*. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1101/2020.02.20.20025338>.

Надійшла до редакції 29.05.2020

ЮРЬЕВА Людмила Николаевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Государственного учреждения «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины» (ГУ «ДМА МЗ Украины»), г. Днепр, Украина; e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

ШУСТЕРМАН Тамара Иосифовна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ГУ «ДМА МЗ Украины», г. Днепр, Украина; e-mail: finiks2@gmail.com

YURYEVA Lyudmyla, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of State Institution "Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine; e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

SHUSTERMAN Tamara, MD, PhD, Associate Professor of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of "Dnipropetrovsk Medical Academy of the Ministry of Health of Ukraine" SI, Dnipro, Ukraine; e-mail: finiks2@gmail.com

*Н. П. Волошина, Т. В. Негреба, Т. І. Коляда, Т. Н. Погуляева***ХАРАКТЕР ПРОГНОЗА В ЗАВИСИМОСТІ ОТ УРОВНЯ ЦИТОКИНОВ И РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ГАПЛОТИПОВ AA И AG У БОЛЬНЫХ СО СПОРАДИЧЕСКОЙ И СЕМЕЙНОЙ ФОРМАМИ РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА***Н. П. Волошина, Т. В. Негреба, Т. І. Коляда, Т. М. Погуляева***Характер прогнозу залежно від рівня цитокінів та поширеності гаплотипів AA і AG у хворих на спорадичну і сімейну форми розсіяного склерозу***N. P. Voloshyna, T. V. Negreba, T. I. Koliada, T. M. Pohuliaieva***Nature of the forecast depending on the level of cytokines and the prevalence of AA and AG haplotypes in patients with sporadic and family forms of multiple sclerosis**

Изучены взаимоотношения между характером прогноза, нормальным и повышенным уровнями провоспалительных (INF- γ , IL-1 β) и противовоспалительных цитокинов (IL-10, IL-12), распространенностью гаплотипов AA и AG у 105 больных со спорадической формой (рецидивирующее течение (РТ) — 72, прогрессирующие типы течения (ПТТ) — 33) и у 33-х больных с семейной формой (РТ — 15, ПТТ — 18) рассеянного склероза.

Проведенные исследования показали, что при РТ благоприятный и неопределенный прогноз у больных со спорадической формой РС достоверно чаще встречался при нормальном уровне противовоспалительных цитокинов (IL-10, IL-12), тогда как при семейной форме нормальный уровень IL-10 ассоциировался с благоприятным, а IL-12 — с неопределенным характером прогноза. При ПТТ у больных со спорадической формой нормальное содержание INF- γ чаще встречалось при неблагоприятном прогнозе, тогда как повышенное его содержание оказалось характерным для неопределенного прогноза. При семейной форме неблагоприятный прогноз чаще встречался при повышенном уровне провоспалительного цитокина INF- γ и нормальном уровне противовоспалительного цитокина IL-10.

Это свидетельствует о том, что сложное и дифференцированное взаимодействие про- и противовоспалительных цитокинов осуществляется с участием различных патогенетических механизмов для разных форм и типов течения.

Неопределенный прогноз при семейной форме РТ, в отличие от спорадической, чаще встречался у больных с гаплотипом AA. Сравнительная оценка взаимоотношений между гаплотипами AA и AG выявила преобладание гаплотипа AA при неопределенном прогнозе у больных с семейной формой РТ. Гаплотип AG достоверно чаще встречался при семейной форме ПТТ и не зависел от характера прогноза. Таким образом, распространенность гаплотипов AA и AG как при спорадической, так и при семейной формах, выявила тесную взаимосвязь с характером прогноза и типом течения.

Ключевые слова: рассеянный склероз, спорадическая и семейная форма, прогноз, тип течения, цитокины, гаплотип

Вивчено взаємини між характером прогнозу, нормальним і підвищеним рівнями прозапальних (INF- γ , IL-1 β) та протизапальних цитокінів (IL-10, IL-12), поширеністю гаплотипів AA і AG у 105 хворих з спорадичною формою (рецидивуючий перебіг (РП) — 72, прогресивні типи перебігу (ПТТ) — 33) і у 33-х хворих з сімейною формою (РП — 15, ПТТ — 18) розсіяного склерозу.

Проведені дослідження показали, що при РП сприятливий і невизначений прогноз у хворих зі спорадичною формою РС вірогідно частіше спостерігався при нормальному рівні протизапальних цитокінів (IL-10, IL-12), тоді як при сімейній формі нормальний рівень IL-10 асоціювався зі сприятливим, а IL-12 — з невизначеним характером прогнозу. При ПТТ у хворих зі спорадичною формою нормальний вміст INF- γ частіше спостерігався при несприятливому прогнозі, тоді як підвищений його вміст виявився характерним для невизначеного прогнозу. При сімейній формі несприятливий прогноз частіше спостерігався при підвищеному рівні прозапальних цитокінів INF- γ і нормальному рівні протизапального цитокіну IL-10.

Це свідчить про те, що складна і диференційована взаємодія про- і протизапальних цитокінів здійснюється за участю різних патогенетичних механізмів для різних форм і типів перебігу.

Невизначений прогноз при сімейній формі РТ, на відміну від спорадичної, частіше спостерігався у хворих з гаплотипом AA. Порівняльна оцінка взаємовідносин між гаплотипами AA і AG виявила переважання гаплотипу AA при невизначеному прогнозі у хворих з сімейною формою РП. Гаплотип AG вірогідно частіше спостерігався при сімейній формі ПТТ і не залежав від характеру прогнозу. Отже, поширеність гаплотипів AA і AG як при спорадичній, так і при сімейній формах, виявила міцний взаємозв'язок з характером прогнозу і типом перебігу.

Ключові слова: розсіяний склероз, спорадична і сімейна форма, прогноз, тип перебігу, цитокіни, гаплотип

The relationships between the nature of the prognosis, normal and elevated levels of pro-inflammatory (INF- γ , IL-1 β) and anti-inflammatory cytokines (IL-10, IL-12), the prevalence of haplotypes AA and AG in 105 patients with sporadic form (recurrent course (RC) — 72, progressive types of course (PTC) — 33) and in 33 patients with family form (RC — 15, PTC — 18) of multiple sclerosis.

Studies have shown that with RC, a favorable and uncertain prognosis in patients with a sporadic form of MS was significantly more likely to occur with a normal level of anti-inflammatory cytokines (IL-10, IL-12), while in a familial form, a normal level of IL-10 was associated with a favorable and IL-12 — with an uncertain forecast. With PTC in patients with a sporadic form, the normal INF- γ content was more likely to occur with an unfavorable prognosis, while its increased content was characteristic of an uncertain prognosis. In the family form, an unfavorable prognosis was more common with an elevated level of the pro-inflammatory cytokine INF- γ and a normal level of anti-inflammatory cytokine IL-10.

This suggests that a complex and differentiated interaction of pro- and anti-inflammatory cytokines occurs with the participation of various pathogenetic mechanisms for different forms and types of course.

Uncertain prognosis in familial form of RT, unlike sporadic, was more common in patients with AA haplotype. A comparative assessment of the relationship between AA and AG haplotypes revealed the predominance of AA haplotype with an uncertain prognosis in patients with familial form of RT. Haplotype AG was significantly more common in the family form of PTT and did not depend on the nature of the prognosis. Thus, the prevalence of AA and AG haplotypes in both sporadic and familial forms revealed a close relationship with the nature of the prognosis and the type of course.

Key words: multiple sclerosis, sporadic and familial form, prognosis, type of course, cytokines, haplotype

Прогноз, как ожидаемый результат предшествующего течения заболевания, представляет собой интегративный показатель, является следствием течения заболевания на предыдущих этапах и зависит от клинической интерпретации всей картины болезни в целом.

Определение прогноза при рассеянном склерозе (РС) является трудной задачей и, наряду с клиническими показателями, требует проведения нейровизуализационных, биохимических и иммуногенетических исследований [1—5].

Целью настоящей работы явилось изучение взаимоотношений между характером прогноза, нормальным и повышенным уровнями провоспалительных (INF- γ , IL-1 β) и противовоспалительных цитокинов (IL-10, IL-12) и распространенностью гаплотипов AA и AG.

При изучении клинических прогностических показателей следует учитывать, что каждый тип течения характеризуется разным характером прогноза. Для рецидивирующего течения (РТ) — благоприятный и неопределенный; для прогрессивных типов течения (ПТТ) — неопределенный и неблагоприятный. Рецидивирующее течение, как правило, бывает относительно доброкачественным и при этом типе течения характер прогноза, в целом, у большинства больных расценивается как благоприятный. Однако при этой форме заболевания также существуют многообразные варианты течения, отличающиеся своим клиническим звучанием и прогностической значимостью. Наличие клинических маркеров, свидетельствующих о риске высокой трансформации во вторично-прогрессивное течение (ВПТ) (утяжеление рецидивов на рецидивирующем этапе, нарастание их длительности, преобладание неполных клинических ремиссий между рецидивами, укорочение рецидивирующего этапа, нарастание частоты радиологической активности, по данным МРТ и неврологического дефицита, по шкале EDSS), позволяет расценивать текущий прогноз при РТ как неопределенный. ПТТ в большинстве случаев характеризуются быстрыми темпами накопления неврологического дефицита и высокой степенью инвалидизации, которые приводят к неблагоприятному прогнозу. При этом у части больных также следует выделять относительно доброкачественный вариант прогноза — неопределенный, имеющий свои характерные особенности течения.

В результате проведения клинико-математического анализа (пермутационный тест, коэффициент Юла, таблицы сопряженности, корреляционный анализ) взаимоотношений между клиническими показателями, характеризующими различные этапы РТ и ПТТ РС (ВПТ и ППТ — первично-прогрессивного) были разработаны критерии для разных вариантов прогноза [6—8].

Благоприятный прогноз при РТ РС:

- эмоциональный стресс как фактор риска, непосредственно предшествующий дебюту;
- моносиндромный легкий короткий дебют, развивающийся быстрыми (чаще) или постепенными (реже) темпами;
- односторонний ретробульбарный неврит и/или чувствительные нарушения в дебюте;
- полная клиническая ремиссия после дебюта средней продолжительности или длительная;
- легкие короткие или средней продолжительности рецидивы на рецидивирующем этапе (РЭ)

с быстрыми темпами формирования клинической симптоматики;

— длительные ремиссии между рецидивами с признаками минимального неврологического дефицита на РЭ;

— многолетняя сохранность полной и/или частичной трудоспособности на фоне высокой эффективности патогенетической терапии.

Неопределенный прогноз при РТ РС:

— легкий или средней тяжести и продолжительности дебют, развивающийся молниеносными или быстрыми темпами;

— преобладание стволовой симптоматики в дебюте;

— неполная и короткая клиническая ремиссия после дебюта;

— рецидивы средней тяжести и/или тяжелые на РЭ;

— тенденция к утяжелению и удлинению рецидивов на РЭ;

— медленное неуклонное накопление неврологического дефицита на РЭ (более 4,0—4,5 баллов по шкале EDSS);

— частичная утрата трудоспособности;

— недостаточная эффективность патогенетической терапии.

Неблагоприятный прогноз при ПТТ РС (ВПТ и ППТ):

— средний возраст дебюта — старше 30 лет при ППТ;

— рецидивирующие герпетические инфекции, частые ангины, тяжелые поливалентные аллергические реакции в преморбидном анамнезе при ВПТ;

— замедленные темпы формирования клинической симптоматики в дебюте при ППТ;

— олигосиндромный или полисиндромный тяжелый и длительный дебют при ПТТ;

— мозжечковая симптоматика, частичная атрофия дисков зрительных нервов, нарушения функции тазовых органов в дебюте при ПТТ;

— короткая ремиссия при ВПТ или отсутствие этапа стабилизации при ППТ после дебюта;

— короткий или средней продолжительности РЭ при ВПТ;

— тяжелые и/или средней тяжести длительные рецидивы на РЭ при ВПТ;

— тенденция к утяжелению и удлинению рецидивов на РЭ при ВПТ;

— короткие и неполные ремиссии между рецидивами на РЭ при ВПТ;

— формирование этапа вторичного прогрессирования после клинической ремиссии, наступившей вслед за дебютом, минуя РЭ (2-й путь);

— неопределенный по длительности дебют, непосредственно переходящий в этап первичного прогрессирования, минуя этап стабилизации (2-й путь) при ПТТ;

— неуклонный (чаще) и/или рецидивирующий (реже) варианты прогрессирования при ПТТ;

— выраженный и стойкий неврологический дефицит (от 6,0 до 8,5 баллов по шкале EDSS) на этапе прогрессирования при ПТТ;

— полная утрата трудоспособности и резистентность к патогенетической терапии при ПТТ.

Неопределенный прогноз при ПТТ РС (ВПТ и ППТ):

— средний возраст дебюта — старше 30 лет при ППТ;

- герпетические инфекции в преморбидном анамнезе при ППТ;
- постепенные темпы формирования клинической симптоматики в дебюте при ППТ;
- длительный или средней продолжительности дебют при ППТ;
- полисиндромный дебют при ППТ;
- дебюты разной степени тяжести и продолжительности при ВПТ;
- преобладание пирамидной симптоматики на этапе дебюта при ППТ;
- клиническая ремиссия после дебюта средней продолжительности при ВПТ;
- продолжительный РЭ при ВПТ;
- длительные и средней продолжительности рецидивы разной степени тяжести с замедленными темпами формирования клинической симптоматики на РЭ при ВПТ;
- формирование этапа вторичного прогрессирования после РЭ, наступившего вслед за дебютом (1-й путь) при ВПТ и первичного прогрессирования после этапа стабилизации средней продолжительности (1-й путь) при ППТ;
- поступательный и/или рецидивирующий варианты прогрессирования при ППТ;
- умеренный неврологический дефицит (до 6,0 баллов по шкале EDSS), формирующий медленными темпами при ППТ;
- неполная утрата трудоспособности при ППТ;
- частичная эффективность патогенетической терапии на этапах прогрессирования при ППТ [1—3].

Провоспалительные (INF- γ , IL-1 β) и противовоспалительные (IL-10, IL-12) цитокины и гаплотипы AA и AG определены у 105 больных со спорадической формой

(РТ — 72, ППТ — 33) и у 33-х больных с семейной формой (РТ — 15, ППТ — 18).

Благоприятный прогноз при спорадической форме с РТ был диагностирован у 37 больных; неопределенный — у 35-ти больных; при семейной форме — благоприятный прогноз у 11 больных, неопределенный — у 4-х больных.

Неопределенный прогноз при спорадической форме ППТ встречался у 15 больных, неблагоприятный — у 18-ти больных; неопределенный прогноз при семейной форме — у 3-х больных, неблагоприятный — у 15-ти больных.

В результате проведенных исследований у больных со спорадической и семейной формами было показано отсутствие зависимости ($p > 0,05$) благоприятного и неопределенного прогноза при РТ от нормального и повышенного уровня цитокинов. В свою очередь, сравнительная оценка зависимости характера прогноза от нормального и повышенного уровня каждого из цитокинов показала, что как при благоприятном, так и неопределенном прогнозах при РТ у больных со спорадической формой достоверно преобладал нормальный уровень противовоспалительных цитокинов — IL-10 и IL-12; при семейной форме РТ благоприятный прогноз чаще встречался только при нормальном уровне IL-10 (табл. 1).

При спорадической форме ППТ неблагоприятный прогноз достоверно преобладал при нормальном содержании INF- γ , тогда как повышенное содержание этого цитокина ассоциировалось с неопределенным прогнозом. При семейной форме ППТ неблагоприятный прогноз достоверно преобладал при повышенном содержании INF- γ и нормальном содержании IL-10 (см. табл. 1).

Таблица 1. Распространенность цитокинов с учетом прогноза при разных типах течения у больных со спорадической и семейной формами рассеянного склероза

Уровень цитокинов	Прогноз при РТ				Прогноз при ППТ			
	благоприятный		неопределенный		неопределенный		неблагоприятный	
	спорадическая (n = 37)	семейная (n = 11)	спорадическая (n = 35)	семейная (n = 4)	спорадическая (n = 15)	семейная (n = 3)	спорадическая (n = 18)	семейная (n = 15)
INF- γ в норме	48,6 $\pm$ 8,6	18,2 $\pm$ 11,6	42,8 $\pm$ 8,7	25,0 $\pm$ 21,6 ⁶⁾	26,6 $\pm$ 11,8 ^{8,10)}	33,4 $\pm$ 27,2	66,6 $\pm$ 11,1 ⁸⁾	20,0 $\pm$ 10,3 ¹¹⁾
INF- γ выше нормы	51,4 $\pm$ 8,6	81,8 $\pm$ 11,6	57,2 $\pm$ 8,7	75,0 $\pm$ 21,6 ⁶⁾	73,4 $\pm$ 11,8 ^{9,10)}	66,6 $\pm$ 27,2	33,4 $\pm$ 11,1 ⁹⁾	80,0 $\pm$ 10,3 ¹¹⁾
IL-1 β выше нормы	100,0 $\pm$ 0,0	100,0 $\pm$ 0,0	100,0 $\pm$ 0,0	100,0 $\pm$ 0,0	100,0 $\pm$ 0,0	100,0 $\pm$ 0,0	100,0 $\pm$ 0,0	100,0 $\pm$ 0,0
IL-10 в норме	70,3 $\pm$ 7,8 ¹⁾	72,7 $\pm$ 13,4 ⁵⁾	71,4 $\pm$ 7,9 ³⁾	50,0 $\pm$ 25,0	60,0 $\pm$ 13,1	66,6 $\pm$ 27,2	61,1 $\pm$ 11,5	80,0 $\pm$ 10,3 ¹²⁾
IL-10 выше нормы	29,7 $\pm$ 7,8 ¹⁾	27,3 $\pm$ 13,4 ⁵⁾	28,6 $\pm$ 7,9 ³⁾	50,0 $\pm$ 25,0	40,0 $\pm$ 13,1	33,4 $\pm$ 27,2	38,9 $\pm$ 11,5	20,0 $\pm$ 10,3 ¹²⁾
IL-12 в норме	78,4 $\pm$ 7,1 ²⁾	54,5 $\pm$ 15,0	77,1 $\pm$ 7,4 ⁴⁾	75,0 $\pm$ 21,6 ⁷⁾	66,6 $\pm$ 12,6 ¹¹⁾	66,6 $\pm$ 27,2	72,2 $\pm$ 10,6	60,0 $\pm$ 12,6
IL-12 выше нормы	21,6 $\pm$ 7,1 ²⁾	45,5 $\pm$ 15,0	22,9 $\pm$ 7,4 ⁴⁾	25,0 $\pm$ 21,6 ⁷⁾	33,4 $\pm$ 12,6 ¹⁰⁾	33,4 $\pm$ 27,2	27,8 $\pm$ 10,6	40,0 $\pm$ 12,6

Примечания. Здесь и в табл. 2: n — количество больных; показатели представлены в формате ($M \pm m$) %, где M — среднее значение показателя; m — среднее квадратичное отклонение показателя. Различия достоверны ($p < 0,05$): ¹⁾ — между нормальным и повышенным уровнем IL-10 при благоприятном прогнозе у больных со спорадической формой при РТ РС; ²⁾ — между нормальным и повышенным уровнем IL-12 при благоприятном прогнозе у больных со спорадической формой при РТ РС; ³⁾ — между нормальным и повышенным уровнем IL-10 при неопределенном прогнозе у больных со спорадической формой при РТ РС; ⁴⁾ — между нормальным и повышенным уровнем IL-12 при неопределенном прогнозе у больных со спорадической формой при РТ РС; ⁵⁾ — между нормальным и повышенным уровнем IL-10 при благоприятном прогнозе у больных с семейной формой при РТ РС; ⁶⁾ — между нормальным и повышенным уровнем IL-12 при неопределенном прогнозе у больных с семейной формой при РТ РС; ⁷⁾ — между неопределенным и неблагоприятным прогнозом при нормальном уровне INF- γ у больных со спорадической формой при ППТ РС; ⁸⁾ — между неопределенным и неблагоприятным прогнозом при повышенном содержании INF- γ у больных со спорадической формой при ППТ; ⁹⁾ — между нормальным и повышенным содержанием INF- γ при неблагоприятном прогнозе у больных с семейной формой при ППТ; ¹⁰⁾ — между нормальным и повышенным содержанием IL-10 при неблагоприятном прогнозе у больных с семейной формой при ППТ

Взаимоотношения между характером прогноза и частотой встречаемости гаплотипов AA и AG изучали с помощью таблиц сопряженности (метод математического анализа) и результаты свидетельствовали об их неоднозначном характере.

При РТ РС распространенность каждого гаплотипа (AA и AG) для спорадической формы не зависела от характера прогноза (благоприятного и неопределенного), тогда как для семейной формы гаплотип AA преобладал

при неопределенном прогнозе. Взаимоотношения между распространенностью гаплотипа AG и гаплотипа AA у больных с неопределенным прогнозом при семейной форме показали достоверное преобладание гаплотипа AA над AG. При ПТТ РС в группе больных с семейной формой и неопределенным характером прогноза, а также при неблагоприятном прогнозе, как при семейной, так и спорадической форме, гаплотип AG встречался достоверно чаще гаплотипа AA (табл. 2).

Таблица 2. Распространенность гаплотипов AA и AG с учетом прогноза при разных типах течения у больных со спорадической и семейной формами рассеянного склероза

Гаплотип	Прогноз при РТ				Прогноз при ПТТ			
	благоприятный		неопределенный		неопределенный		неблагоприятный	
	спорадическая (n = 34)	семейная (n = 11)	спорадическая (n = 32)	семейная (n = 4)	спорадическая (n = 14)	семейная (n = 3)	спорадическая (n = 18)	семейная (n = 15)
AA	41,2 ± 8,4	36,4 ± 14,4 ¹⁾	53,2 ± 8,8	75,0 ± 21,0 ^{1, 2)}	42,8 ± 13,2	33,4 ± 27,3 ³⁾	33,3 ± 11,0 ⁴⁾	33,4 ± 12,2 ⁵⁾
AG	47,1 ± 8,5	54,5 ± 15,0	46,8 ± 8,8	25,0 ± 21,0 ²⁾	57,2 ± 13,2	66,6 ± 27,3 ³⁾	66,7 ± 11,0 ⁴⁾	66,6 ± 12,2 ⁵⁾
GG	11,7 ± 5,5	9,1 ± 8,6	—	—	—	—	—	—

Примечания: AA, AG, GG — гаплотипы. Различия достоверны ($p < 0,05$): ¹⁾ — между благоприятным и неопределенным прогнозом при РТ для семейной формы; а также между частотой мажорного и минорного гаплотипов; ²⁾ — при неопределенном прогнозе РТ для семейной формы; ³⁾ — при неопределенном прогнозе ПТТ для семейной формы; ⁴⁾ — при неблагоприятном прогнозе ПТТ для семейной формы; ПТТ для спорадической формы; ⁵⁾ — при неблагоприятном прогнозе для семейной формы РС

Таким образом, проведенные исследования выявили тесные взаимосвязи между характером прогноза и различными уровнями про- и противовоспалительных цитокинов у больных РС со спорадической и семейной формами с разными типами течения.

При РТ благоприятный и неопределенный прогноз у больных со спорадической формой РС достоверно чаще встречался при нормальном уровне противовоспалительных цитокинов (IL-10, IL-12), тогда как при семейной форме нормальный уровень IL-10 ассоциировался с благоприятным, а IL-12 — с неопределенным характером прогноза.

При ПТТ у больных со спорадической формой нормальное содержание INF-γ чаще встречалось при неблагоприятном прогнозе, тогда как повышенное его содержание оказалось характерным для неопределенного прогноза. При семейной форме неблагоприятный прогноз чаще встречался при повышенном уровне провоспалительного цитокина INF-γ и нормальном уровне противовоспалительного цитокина IL-10.

Это свидетельствует о том, что как при спорадической, так и при семейной формах РС сложное и дифференцированное взаимодействие про- и противовоспалительных цитокинов осуществляется с участием различных патогенетических механизмов для разных форм и типов течения.

Распространенность гаплотипов AA и AG при спорадической и семейной формах РС тесно связана с характером прогноза и типом течения. При семейной форме, в отличие от спорадической, неопределенный прогноз при РТ чаще встречался у больных с гаплотипом AA. Сравнительная оценка взаимоотношений между гаплотипами AA и AG выявила преобладание гаплотипа AA при неопределенном прогнозе у больных

с семейной формой РТ РС. Гаплотип AG достоверно чаще встречался при семейной форме ПТТ РС и не зависел от характера прогноза.

Список литературы

1. Клиническая генетика рассеянного склероза / Е. И. Гусев, А. Н. Бойко, М. А. Судомоина, О. О. Фаворова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2001. Т. 101, № 9. С. 61—68.
2. Фрейдлин И. С. Регуляторные Т-клетки: происхождение и функции // Медицинская иммунология. 2005. Т. 7, № 4. С. 347—354. URL: <https://www.mimmun.ru/mimmun/article/viewFile/467/470>.
3. Gandhi R. Role of the innate immune system in the pathogenesis of multiple sclerosis / R. Gandhi, A. Laroni, H. L. Weiner // J Neuroimmunol. 2010. Vol. 221. P. 7—14. DOI: 10.1016/j.jneuroim.2009.10.015.
4. Влияние генетических факторов на фенотипическую экспрессию рассеянного склероза / Д. С. Коробко, Н. А. Малкова, Е. В. Булатова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски. 2013. Т. 113, № 2. С. 10—16. URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/zhurnal-nevrologii-i-psikhiatrii-im-s-s-korsakova-2/2013/2/031997-72982013222>.
5. Сравнительная характеристика уровня про- и противовоспалительных цитокинов в зависимости от типа течения у больных со спорадической и семейной формами рассеянного склероза / Т. В. Негреба, Н. П. Волошина, Т. Н. Погуляева [и др.] // Wschodnioeuropejskie Czasopismo Naukowe (East European Scientific Journal). Warszawa, Polska. 2020. №4 (56). С. 51—56.
6. Розсіяний склероз в Україні: розповсюдженість, перебіг, прогноз, лікування, фармакоекономіка / П. В. Волошин, Н. П. Волошина, Т. В. Негреба [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2007. Т. 15, вип. 1 (50). С. 6—21.
7. Прогностичні критерії при різних типах перебігу розсіяного склерозу / Н. П. Волошина, І. Л. Левченко, Т. В. Негреба, О. В. Єгоркіна, Т. М. Ткачова // Авторське право на науковий твір № 39160 від 14.07.2011 р.

8. Василювський В.В. Прогредієнтні типи перебігу розсіяного склерозу: клініко-патогенетична характеристика, перебіг, прогноз та нові підходи до стратегії лікування : дис. на здобуття

наук. ступеня д-ра мед. наук : 14.01.15 — Нервові хвороби (рукопис) / ДУ ІНПН НАМН. Харків, 2019. 478 с.

Надійшла до редакції 21.05.2020

ВОЛОШИНА Наталя Петровна, доктор медичинських наук, професор, науковий керівник відділу нейроінфекцій і розсіяного склерозу Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медичинських наук України» (ГУ «ІНПН НАМН України»), г. Харків, Україна; e-mail: proapril@ukr.net

НЕГРЕБА Тетяна Валерьяновна, кандидат медичинських наук, ведучий науковий співробітник відділу нейроінфекцій і розсіяного склерозу ГУ «ІНПН НАМН України», г. Харків, Україна

КОЛЯДА Тетяна Николаевна, науковий співробітник відділу нейроінфекцій і розсіяного склерозу ГУ «ІНПН НАМН України», г. Харків, Україна

ПОГУЛЯЄВА ТЕТЬЯНА Николаевна, молодший науковий співробітник відділу аутоімунних і дегенеративних захворювань нервової системи. Центр розсіяного склерозу ГУ «ІНПН НАМН України», г. Харків, Україна; e-mail: lapcik2016@gmail.com

VOLOSHYNA Nataliya, Doctor of Medical Science, Professor, the Head of the Department of Neuroinfections and Multiple Sclerosis of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMN of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: proapril@ukr.net

NEGREBA Tetiana, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Neuroinfections and Multiple Sclerosis of the "INPN of the NAMN of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

KOLIADA Tatiana, Researcher of the Department of Neuroinfections and Multiple Sclerosis of the "INPN of the NAMN of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

POHULIAIEVA Tetiana, Junior Researcher at the Department of autoimmune and degenerative diseases of the nervous system. Center for Multiple Sclerosis of the "INPN of the NAMN of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: lapcik2016@gmail.com

*Т. С. Міщенко, В. В. Бокатуєва, В. М. Міщенко***Особливості когнітивних порушень у хворих з кардіоемболічним мозковим інсультом***Т. С. Мищенко, В. В. Бокатуева, В. М. Мищенко***Особенности когнитивных нарушений у больных с кардиоэмболическим мозговым инсультом***T. S. Mishchenko, V. V. Bokatuieva, V. M. Mishchenko***Features of cognitive disorders in patients with cardioembolic stroke**

В структурі всіх ішемічних інсультів кардіоемболічний інсульт (КЕІ) посідає 2 місце за поширеністю після атеротромботичного. Частим ускладненням КЕІ є когнітивні порушення різного ступеня вираженості. Метою дослідження стало — оцінити особливості когнітивних порушень у хворих, що перенесли КЕІ, у різні періоди лікування. Було обстежено 33 пацієнти у різні періоди після інсульту (гострий — на 10—21 день від моменту виникнення КЕІ та ранній відновний — на 40—60 день від моменту виникнення КЕІ). В групі чоловіків та жінок достовірно частіше переважали пацієнти віком 61—70 років. Функціональний стан хворих був оцінений за індексом Бартел, за шкалою Ренкіна. Визначення когнітивних функцій проведено з використанням шкали MMSE. Рівень освіти корелює з рівнем відновлення когнітивних функцій та рівнем соціально-побутової адаптації. У разі локалізації вогнищ ураження в вертебробазиллярному басейні відбувається краще відновлення когнітивних функцій. Спостерігалася позитивна динаміка когнітивних порушень в ранньому відновному періоді КЕІ в бік збільшення балів за шкалою MMSE порівняно з гострим періодом. Вищий рівень соціально-побутової адаптації, визначений за індексом Бартел та показником за шкалою Ренкіна, сприяє кращому відновленню когнітивних функцій у хворих з КЕІ.

Ключові слова: ішемічний кардіоемболічний інсульт, когнітивні порушення, періоди інсульту

В структуре всех ишемических инсультов кардиоэмболический инсульт (КЭИ) занимает 2 место по распространенности после атеротромботического. Частым осложнением КЭИ являются когнитивные нарушения различной степени выраженности. Целью исследования было — оценить особенности когнитивных нарушений у больных, перенесших КЭИ, в разные периоды проводимого лечения. Было обследовано 33 пациента в разные периоды после инсульта (острый — 10—21 день с момента возникновения КЭИ и ранний восстановительный — 40—60 дней с момента возникновения КЭИ). В группе мужчин и женщин достоверно чаще встречались пациенты в возрасте 61—70 лет. Функциональное состояние больных было оценено по индексу Бартел, по шкале Ренкина. Определение когнитивных функций проведено с использованием шкалы MMSE. Уровень образования коррелирует с уровнем восстановления когнитивных функций и уровнем социально-бытовой адаптации. При локализации очагов поражения в вертебробазиллярном бассейне отмечается лучшее восстановление когнитивных функций. Отмечается положительная динамика когнитивных нарушений в раннем восстановительном периоде КЭИ в сторону увеличения баллов по шкале MMSE по сравнению с острым периодом. Более высокий уровень социально-бытовой адаптации, определенный по индексу Бартел и показателем по шкале Ренкина, способствует лучшему восстановлению когнитивных функций у больных с КЭИ.

Ключевые слова: ишемический кардиоэмболический инсульт, когнитивные нарушения, периоды инсульта

In the structure of all ischemic strokes, cardioembolic stroke (CES) takes 2nd place in prevalence after atherothrombotic. A frequent complication (CES) is cognitive impairment of varying severity. The key point of the research was to evaluate the characteristics of cognitive impairment in patients who underwent (CES) at different periods of treatment. 33 patients were examined in different periods after a stroke (acute — 10—21 days after the occurrence of CES and early recovery 40—60 days after the occurrence of CES). In the group of men and women, patients aged from 61 to 70 years were significantly more likely to meet. The functional state of patients was evaluated by the Barthel index, on the Rankine scale. The definition of cognitive functions was carried out using the MMSE scale. The level of forming correlates with the level of restoration of cognitive functions and the level of their social adaptation. With the localization of lesions focuses in the vertebrobasilar pool, better recovery of cognitive functions is noted. Positive dynamics of cognitive impairment is noted in the early recovery period of CES in the direction of increasing scores on the MMSE scale compared with the acute period. A higher level of social adaptation determined by the Barthel index and the Rankine index contributes to a better recovery of cognitive functions of patients with CES.

Keywords: ischemic cardioembolic stroke, cognitive impairment, stroke periods

Проблема гострих порушень мозкового кровообігу і далі залишається в фокусі вивчення вітчизняних та закордонних фахівців через високу поширеність цієї патології, високий рівень смертності та інвалідизації внаслідок неї [1]. Як і в інших країнах світу, в Україні поширеність гострих мозкових катастроф невинно зростає і є однією із найбільш високих у Європі. Зокрема, згідно з останніми статистичними даними, 2017 року в Україні зареєстровано близько 100 тис. хворих на мозковий інсульт (МІ), що становить 278,6 випадків на 100 тис. населення. У структурі МІ переважають ішемічні порушення. Співвідношення геморагічних та ішемічних інсультів в Україні в середньому становить 1 : 5, 1 : 4 в різних регіонах країни [1].

З тих, що вижили, багато залишаються інвалідами і тільки 20—30 % можуть повернутися до своєї колиш-

ньої діяльності. Це визначає актуальність вивчення найбільш частих порушень після МІ, що впливають на рівень соціально-побутової адаптації пацієнтів [2].

Одним з таких складників, що формує рівень соціально-побутової адаптації, є післяінсультні когнітивні порушення (ПКП) різного ступеня важкості, які спостерігаються, за даними різних авторів, у 30—70 % хворих після МІ [3—5]. Сам по собі факт перенесення інсульту має бути облігатною підставою для оцінення когнітивних функцій, навіть якщо пацієнт зовні справляє враження «збереженого» [4].

За приблизними оцінками, поширеність ПКП залежить від віку, локалізації вогнища та інших характеристик досліджуваних популяцій, проміжку часу між інсультом і моментом обстеження, а також від використовуваних критеріїв оцінки.

Дані про поширеність та фактори ризику розвитку ПКП часто мають суперечливий характер.

Опубліковано два огляди щодо постінсультних помірних когнітивних розладів (ПКР) додементного рівня, в яких, за даними S. Makin і співавт. [6], встановлено, що поширеність їх становить 21 %, а за даними F. Van Rooij і співавт. [7] — 30 % серед пацієнтів з різними типами інсультів. Згідно з систематичним оглядом S. Harrison і співавт. [8], поширеність ПКР варіює від 24 до 75 % серед осіб, які перенесли інсульт, та від 4 до 19 % — серед безінсультних форм цереброваскулярних захворювань. Пізніше було проведено кілька досліджень, в яких дані про поширеність таких ПКР варіювали від 3 до 41 %, залежно від використовуваних діагностичних критеріїв, і від 10 до 50 % — залежно від дефініції судинних ПКР [9].

Є безперечні свідчення того, що перенесений інсульт підвищує ризик подальшого розвитку найбільш важкого ступеня когнітивного порушення — деменції. В одному великому дослідженні, виконаному в Канаді, поширеність післяінсультної деменції становила 25 % при використанні критеріїв DSM-III, порівняно з 17 % при використанні критеріїв DSM-III-R, і 14 % — при використанні критеріїв DSM-IV [10]. Дуже схожі результати були отримані в фінському дослідженні [11]. У систематичному огляді і мета-аналізі середня поширеність в сукупних популяціях становила 24—29 % (після першого або повторного інсульту) і 18—23 % (після першого або повторного інсульту, після виключення випадків, коли деменція була наявною до інсульту) [12]. У шведському дослідженні, в якому безпосередньо порівнювали хворих з інсультом і добре підібраних контрольних осіб в популяції, поширеність деменції була вчетверо вищою серед осіб, які перенесли інсульт (28 % порівняно з 7 %) [13]. Результати великих досліджень захворюваності на деменцію після інсульту привели до таких же висновків. У Рочестерському дослідженні, виконаному в місцевій громаді, відносний ризик деменції після інсульту становив 8,8 через рік, 3,5 — через 5 років, і все ще залишався підвищеним в 2,0 раза через 25 років [14]. У Фремінгемському дослідженні встановлення діагнозу деменції через 10 років після інсульту, після внесення поправок на вік, стать, освіту, фактори ризику інсульту, дорівнювало 2,4 [15].

Під ПКР розуміють будь-які когнітивні розлади, які мають тимчасовий зв'язок з інсультом та виявляються в перші 3 місяці після інсульту (ранні ПКР) або в більш пізні терміни, але зазвичай — не пізніше року після інсульту (пізні ПКР). Тримісячний інтервал, введений в умовах судинної деменції NINDS-AIREN (The National Institute of Neurological Disorders and Stroke — Association Internationale pour la Recherche et l'Enseignement en Neurosciences) як один з доказів причинно-наслідкового зв'язку між цереброваскулярним захворюванням і деменцією [16, 17].

У вітчизняній і закордонній літературі недостатньо вивчені питання особливостей формування ПКР в різні періоди ішемічного інсульту (II) та залежно від його патогенетичних підтипів.

Тому предметом нашого дослідження є післяінсультні когнітивні порушення у хворих з кардіоемболічним інсультом (KEI) на тлі фібриляції передсердь [18]. Більшою мірою це зумовлено чималою поширені-

стю, високою смертністю та інвалідизацією внаслідок KEI [18]. У структурі всіх II KEI займають від 20 до 30 %, а з віком частота їх зустрічальності зростає до 40 % [19].

Мета дослідження: оцінити когнітивний стан у хворих з KEI у гострому та відновному періодах та визначити фактори ризику, що впливають на їх прогресування.

У дослідженні взяли участь 33 пацієнти (21 чоловік та 12 жінок) у різні періоди інсульту (гострий — на 10—21 день від моменту виникнення KEI та ранній відновний на 40—60 день від моменту виникнення KEI). Критеріями включення хворих в досліджувану групу були: наявність KEI (діагноз KEI встановлювали відповідно до класифікації патогенетичних підтипів інсультів TOAST [20]; хворі доступні до продуктивного контакту, з ясною свідомістю (15 балів за шкалою ком Глазго — GCS, Glasgow Coma Scale, Teasdale G., Jennett B., 1974); локалізація вогнища ушкодження мозку в басейні правої середньої мозкової артерії (ПСМА) та у вертебробазиллярному басейні (ВББ); відсутність мовних порушень, порушень читання та письма.

У досліджувану групу не було включено хворих: віком старше ніж 70 років, які мали нейродегенеративні атрофічні захворювання головного мозку (хвороба Альцгеймера та хвороба Паркінсона), з об'ємними утвореннями головного мозку, епілепсією, психічними розладами.

Усіх хворих обстежено та проліковано відповідно до сучасних рекомендацій ведення хворих з II [21]. Функціональний стан хворих був оцінений за індексом Бартел (ІБ), (BI, D. Barhtel, 1955), за шкалою Ренкіна (ШР), (UK-TA Study Group, 1988).

Визначення когнітивних функцій проведено з використанням шкали MMSE (Mini-Mental State Examination) [22].

Оброблення результатів досліджень проведено з використанням пакету прикладних програм IBM SPSS Statistics 20. Методами варіаційної статистики визначали середні та середнє квадратичне відхилення, медіани (Me) та квартилі (25 %; 75 %). Для визначення достовірності відмінностей між показниками використано непараметричні критерії. Для аналізу зв'язків між показниками використано ранговий коефіцієнт кореляції Спірмена.

З розподілу хворих за віком і статтю (рис. 1) випливає, що серед обстежених нами хворих KEI частіше був у чоловіків віком 61—73 роки ($F = 0,001678$; $\chi^2 = 11,52$; $p < 0,05$). Але і у жінок KEI майже в 3 рази частіше траплявся у похилому віці ($F = 0,039125$; $\chi^2 = 6,0$; $p < 0,05$).



Рис. 1. Розподіл хворих за віком та статтю

Ці дані підтверджують той факт, що фібриляція передсердь, як основний фактор ризику KEI, поширюється з віком [23]. Окрім того, за даними деяких досліджень, у чоловіків фібриляція передсердь виникає частіше, ніж у жінок [24].

Відомо, що рівень освіти та схильність до інтелектуальної діяльності можуть впливати на ризик розвитку когнітивних розладів [25]. Тому ми аналізували рівень освіти у обстежуваних хворих (табл. 1). Серед обстежених пацієнтів більша частка жінок мали вищу освіту, а більша частка чоловіків — середню.

Таблиця 1. Розподіл хворих досліджуваної групи за рівнем освіти

Рівень освіти	Чоловіки (n = 21)	Жінки (n = 12)
Середня	16 (76,2 ± 8)	5 (41,6 ± 6,3)* F = 0,067393; $\chi^2 = 3,93$
Вища	5 (23,8 ± 4,7)	7 (58,3 ± 9,1)* F = 0,067393; $\chi^2 = 3,93$

Примітка: * — відмінності у частоті зустрічальності осіб з відповідним рівнем освіти між гендерними групами достовірні ($p < 0,05$)

За даними проведених раніше досліджень встановлено, що ключовими факторами, які впливають на формування ПКП і рівень соціально-побутової адаптації, є також: тяжкість неврологічної симптоматики у гострому періоді, об'єм пошкодження головного мозку, наявність когнітивного зниження до судинної катастрофи, локалізація судинного вогнища та ін. Ризик розвитку ПКП підвищує півкульна локалізація патологічного процесу (лобові частки, зоровий бугор, коліно внутрішньої капсули).

У зв'язку з цим був проведений поділ хворих на групи відповідно до локалізації вогнищ (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл хворих за статтю та локалізацією вогнищ ушкодження мозку, (%)

Стать	Локалізація вогнища ураження			
	ПСМА		ВББ	
	абс.	% ± m%	абс.	% ± m%
Чоловіки (n = 21)	10	47,6 ± 20,7	11	52,3 ± 6,8
Жінки (n = 12)	8	66,7 ± 7,8	4	33,3 ± 5,6

Достовірної різниці у локалізації та частоті зустрічальності вогнищ між групами чоловіків та жінок немає. Загалом у 55 % пацієнтів вогнища були локалізовані у басейні ПСМА, а у 45 % — у ВББ.

Становило інтерес визначити стан когнітивних функцій та рівень функціонального стану хворих у різні періоди KEI — у гострому та ранньому відновному (табл. 3). Відомості про стан когнітивних функцій, рівень соціально-побутової адаптації було отримано в процесі співбесіди з пацієнтом та його родичами за допомогою психодіагностичних шкал.

Таблиця 3. Середні значення (бали) показників шкал у хворих з KEI

Показник	Гострий період	Ранній відновний період
MMSE	18,8 ± 6,5	19,3 ± 7,4
ІБ	55,3 ± 28,9	68,5 ± 24,6
ШР	3,1 ± 1,6	2,7 ± 1,6

Середній бал за шкалою MMSE становив 18,8 ± 6,5 балів у гострому періоді та збільшився на 0,5 балів у ранньому відновному періоді. ІБ збільшився майже на 13 балів за час спостереження. Середній бал у групі за ШР зменшився на 0,4 бали, що свідчило про поліпшення функціонального стану хворих у ранньому відновному періоді. Проведення аналізу цих показників у кожного хворого дало можливість зазначити про чималий розкид показників, що вказує на неоднорідність досліджуваної групи.

Для формування однорідних груп та подальшого аналізу результатів дослідження було використано кластеризацію за алгоритмом k-середніх. Було окремо кластеризовано показники в гострому та в ранньому відновному періоді інсульту. За результатами кластеризації було сформовано по два кластери відповідно до періодів лікування. У табл. 4 наведено медіани (Me) та квартилі досліджуваних показників в кластерах в гострому періоді. До першого кластеру віднесено 17 (51 ± 8,7) % хворих, до другого відповідно — 16 (49 ± 8,7) % хворих, тобто група поділилася практично на дві рівних частини.

Таблиця 4. Середні тенденції показників хворих з KEI у кластерах в гострому періоді, Me (25 %; 75 %)

Показник	1 кластер (n = 17)	2 кластер (n = 16)
Вік, роки	66 (62; 69)	65,5 (56; 69,5)
Орієнтація, бали л	9 (8; 9)	7 (5,5; 9)
Запам'ятовування, бали	2 (2; 3)	1 (0; 2)* U = 49
Увага та рахунок, бали	4 (4; 5)	2 (1; 3)* U = 16,5
Мова, бали	8 (7; 8)	3 (1; 4) U = 5,5; p = 0,001
Відтворення слів, бали	2 (1; 3)	1 (0; 2)* U = 63,5
MMSE, бали	24 (22; 26)	14,5 (11; 16,5)* U = 0
ІБ, бали	80 (70; 90)	30 (20; 42)* U = 20
ШР, бали	2 (1; 3)	4 (4; 5)* U = 18,5

Примітка: * — відмінності у значеннях показника між першим та другим кластером достовірні за критерієм Мана — Уїтні ($p < 0,001$)

Середній вік хворих, віднесених до різних кластерів, достовірно не відрізняється, що дає змогу порівнювати їх за станом когнітивних функцій. Наведені бали за кожним зі складників шкали MMSE дають змогу проілюструвати відмінності між станом когнітивних

функцій хворих, віднесених до різних кластерів. Можна зазначити, що хворі у кластерах достовірно не відрізняються за показником «Орієнтація», в обох кластерах вони східні. За всіма іншими показниками хворі відрізняються достовірно. Виходячи із значень шкал, можна стверджувати, що до першого кластеру віднесені хворі з більш сприятливим перебігом KEI, ніж до другого. Зокрема, значення ІБ у хворих першого кластеру майже у тричі більші, ніж у хворих другого, а показник за ШР — вдвічі менший. Також у першому кластері показник за шкалою MMSE у 1,7 раза вищий, ніж у другому, що вказує на суттєві відмінності у когнітивних функціях між хворими цих кластерів.

В ранній реабілітаційний період показники у 33 хворих з KEI також були кластеризовані за алгоритмом k-середніх. В результаті було сформовано два кластери. До першого (кращого) віднесено 16 ($49 \pm 8,7$) % хворих, до другого (гіршого) — 17 ($51 \pm 8,7$) %. Оскільки у першому та другому випадках кластеризацію виконували за вихідними та кінцевими показниками хворих незалежно, має інтерес визначення змін складу кожного кластера. Проведений аналіз показав, що у першому за показниками кластері залишилися 14 з 17 хворих, тобто 82,4 % хворих цього кластера зберегли тенденцію до хорошого відновлення. У другому — за показниками кластерів залишилися також 14 хворих (87,5 %). П'ять хворих у ранньому реабілітаційному періоді перейшли у інші кластери. З першого кластеру у другий перейшли 3 хворих, які мали до лікування кращі показники, але не відновили свої функції у повному обсязі. З другого боку, 2 хворих, що мали низькі початкові показники, відновилися достатньо добре.

У табл. 5 наведено середні тенденції показників хворих, віднесених до різних кластерів у ранньому відновному періоді.

Таблиця 5. Середні тенденції показників хворих з KEI у кластерах у ранньому відновному періоді, Me (25 %; 75 %)

Показник	1 кластер (n = 16)	2 кластер (n = 17)
Вік, роки	66 (62,5; 69)	66,0 (55; 70)
Орієнтація, бали	9 (8,5; 10)	6 (5; 7)* U = 26
Запам'ятовування, бали	3 (2; 3)	1 (1; 2)* U = 51
Увага та рахунок, бали	4 (4; 4,5)	1 (1; 2)* U = 12
Мова, бали	8 (7; 8,5)	3 (3; 4)* U = 5
Відтворення слів, бали	2 (2; 3)	1 (0; 1)* U = 39
MMSE, бали	26,5 (23; 28)	15 (12; 17)* U = 0
ІБ, бали	90 (80; 100)	50 (40; 60)* U = 13,5
ШР, бали	1 (0; 3)	4 (4; 4)* U = 28

Примітка: * — відмінності у значеннях показника між першим та другим кластером достовірні за критерієм Мана — Уїтні ($p < 0,001$)

За даними табл. 5 можна зазначити, що кластери відрізняються достовірно за всіма показниками. Хворі, віднесені до першого кластеру, достатньо добре відновилися, про що свідчать значення показників рівня соціально-побутової адаптації, які становлять 90 % від максимально можливого. Показник за шкалою MMSE

становить 88,3 % від максимально можливого. Зокрема, у гострому періоді у «кращому» кластері він становив 80 % від максимально можливого. Отже, когнітивні функції хворих за цим показником поліпшилися на 8 %.

У другому («гіршому») кластері у гострому періоді показник за MMSE становив 48,3 % від максимально можливого. У ранньому відновному періоді він становив 50 %, що вказує на практичну відсутність поліпшення когнітивних функцій у хворих другого кластеру. ІБ внаслідок лікування збільшився на 20 % порівняно з вихідним станом, але його значення вказує на несуттєве поліпшення. Показник за ШР не змінився.

Ми провели аналіз розподілу хворих у кластерах відповідно до локалізації вогнищ ушкодження мозку (табл. 6). Аналіз наведених даних показав, що у першому кластері достовірно більшу частку становлять хворі, в яких вогнища ушкодження локалізовані у ВББ. У другому кластері — навпаки, у достовірно більшій частині випадків вогнища ушкодження були розташовані у басейні ПСМА. Отже, одержані результати показують, що краще відновлення когнітивних функцій спостерігається за локалізації вогнищ у ВББ.

Таблиця 6. Розподіл хворих в кластерах відповідно до локалізації вогнищ ушкодження мозку

Період спостереження	Локалізація вогнища	1 кластер	2 кластер
Гострий період	ПСМА	5 ($29,4 \pm 5,2$)	13 ($81,2 \pm 70,7$)* $F = 0,001092$ $\chi^2 = 12,5$
	ВББ	12 ($70,5 \pm 7,9$)* $F = 0,038084$ $\chi^2 = 5,76$	3 ($18,7 \pm 4,2$)
Ранній відновний період	ПСМА	5 ($31,2 \pm 5,4$)	13 ($76,4 \pm 8,1$)* $F = 0,005267$ $\chi^2 = 9,53$
	ВББ	11 ($68,7 \pm 7,8$)* $F = 0,075597$ $\chi^2 = 4,5$	4 ($23,5 \pm 4,7$)

Примітка: * — відмінності у частоті трапляння відповідних локалізацій вогнищ ушкодження у кластері достовірні ($p < 0,05$)

Оскільки стан когнітивних функцій якоюсь мірою залежить від рівня освіти, було проведено порівняння розподілу хворих у кластерах за цією ознакою (табл. 7).

Таблиця 7. Розподіл хворих з KEI у кластерах відповідно до рівню освіти

Період спостереження	Освіта	1 кластер	2 кластер
Гострий період	Середня	9 ($52,9 \pm 6,9$)	12 ($75 \pm 8,1$)
	Вища	8 ($47 \pm 6,6$)	4 ($25 \pm 4,9$)* $F = 0,012113$ $\chi^2 = 8$
Ранній відновний період	Середня	8 ($50 \pm 6,7$)	13 ($76,5 \pm 8,1$)* $F = 0,005267$ $\chi^2 = 9,53$
	Вища	8 ($50 \pm 6,7$)	4 ($23,5 \pm 4,7$)

Примітка: * — відмінності у частоті трапляння відповідного рівня освіти у кластері достовірні ($p < 0,05$)

У першому кластері кількість хворих з вищою та середньою освітою була практично однаковою, що зберігається в динаміці спостереження. У другому кластері достовірно більша частка хворих була з середньою освітою. Хворі, які віднесені до другого кластеру, мали гірші показники відновлення, що підтверджує положення про суттєвий вплив рівня освіти на результат соціально-побутової реабілітації хворих. Отриманий результат відповідає сучасному уявленню про те, що деменція після перенесеного інсульту достовірно частіше виникає в осіб з нижчим рівнем освіти.

З метою виявлення особливостей взаємозв'язків між станом когнітивних функцій та показниками соціально-побутової реабілітації хворих з KEI, віднесених до різних кластерів, було використано коефіцієнт кореляції Спірмена. За результатами розрахунків було побудовано кореляційні плеяди (рис. 2).

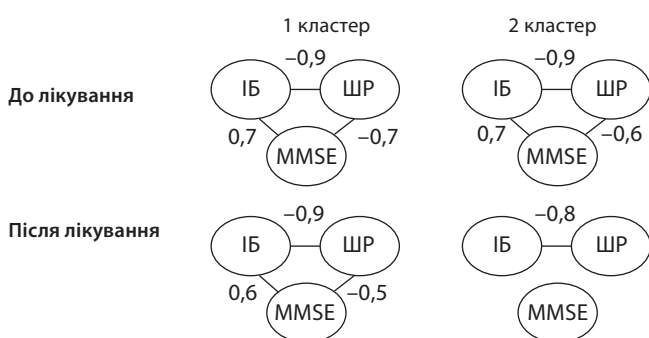


Рис. 2. Кореляційні плеяди показників соціально-побутової реабілітації хворих з KEI

Можна зазначити, що в обох кластерах у гострому періоді структура зв'язків між показниками соціально-побутової реабілітації та рівнем когнітивних порушень — однакова. Збільшення IB приводить до підвищення показника MMSE, зменшення показника SHP також приводить до поліпшення когнітивних функцій. У ранньому відновному періоді у першому кластері ці тенденції зберігаються, що вказує на успішність процесів відновлення. У другому кластері зміни IB та показника SHP не впливають на когнітивні функції, оскільки у структурі відсутні значущі зв'язки з показником MMSE.

Отже, одержані результати дають змогу зробити такі висновки:

1. Хворим з KEI у гострому періоді притаманні виражені когнітивні порушення, які несуттєво регресують у ранньому відновному.
2. Рівень когнітивних порушень не залежав від віку хворих, а залежав від рівня освіти.
3. Відновлення когнітивних функцій спостерігалось краще у хворих з ВББ локалізацією інсульту.
4. Вищий рівень соціально-побутової адаптації, визначений за IB та показником за SHP, сприяє кращому відновленню когнітивних функцій у хворих з KEI.

Список літератури

1. Мищенко Т. С. Епидемиология цереброваскулярных заболеваний и организация помощи больным с мозговым инсультом в Украине // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 22—24. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_1_5.

2. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге / Дамулин И. В., Парфенов В. А., Скоромец А. А. [и др.]. В кн.: Болезни нервной системы : руководство для врачей / под ред. Н. Н. Яхно. М., 2005; С. 231—302.

3. Мищенко Т. С. Когнитивные нарушения в практике семейного врача (актуальность проблемы, факторы риска, патогенез, возможности лечения и профилактики) // Семейная медицина. 2017. № 1 (69). URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2017_1_6.

4. Евзельман М. А., Александрова Н. А. Когнитивные нарушения у больных с ишемическим инсультом и их коррекция // Журнал неврологии и психиатрии. 2013. №10. С. 36—39.

5. Вишнева Е. М., Веснина Н. С. Предикторы развития когнитивной дисфункции у больных с артериальной гипертензией с цереброваскулярными ассоциированными клиническими состояниями // Евразийский Союз Ученых. 2019. № 6 (63). С. 13—16.

6. Makin S. D., Turpin S., Dennis M. S., Wardlaw J. M. Cognitive impairment: after lacunar stroke: Systematic review and meta-analysis of incidence, prevalence and comparison with other stroke subtypes // J Neurol Neurosurg Psychiatry. 2013, 84: 893—900. DOI: 10.1136/jnnp-2012-303645.

7. Cognitive impairment in transient ischemic attack patients: A systematic review / Van Rooij F. G., Kessels R. P., Richard E. [et al.] // Cerebrovasc Dis. 2016; 42: 9. DOI: <https://doi.org/10.1159/000444282>.

8. A systematic review of the definitions of vascular cognitive impairment, no dementia in Cohort studies / Harrison S. L., Tang E. Y., Keage H. A. [et al.] // Dement Geriatr Cogn Dis. 2016; 42: 69—79. DOI: 10.1159/000448213.

9. Meguro K., Dodge H. H. Vascular Mild Cognitive Impairment: Identifying Disease in Community-Dwelling Older Adults, Reducing Risk Factors, and Providing Support. The Osaki-Tajiri and Kurihara Projects // Journal of Alzheimer's Disease. 2019; 1: 1—10. DOI: 10.3233/JAD-180899.

10. Erkinjuntti T., Ostbye T., Steenhuis R., Hachinski V. The effect of different diagnostic criteria on the prevalence of dementia // N Engl J Med. 1997; 337: 1667—74. DOI: 10.1056/NEJM199712043372306.

11. Pohjasvaara T., Erkinjuntti T., Vataja R., Kaste M. Dementia three months after stroke. Baseline frequency and effect of different definitions of dementia in the Helsinki Stroke Aging Memory Study (SAM) cohort // Stroke. 1997; 28: 785—92. DOI: 10.1161/01.str.28.4.785.

12. Pendlebury S. T., Rothwell P. M. Prevalence, incidence, and factors associated with pre-stroke and post-stroke dementia: a systematic review and meta-analysis // Lancet Neurol. 2009; 8: 1006—18. DOI: 10.1016/S1474-4422(09)70236-4.

13. Cognitive impairment and dementia 20 months after stroke / Lindén T., Skoog I., Fagerberg B. [et al.] // Neuroepidemiology. 2004; 23: 45—52. DOI: 10.1159/000073974.

14. Dementia after ischemic stroke: a population-based study in Rochester, Minnesota (1960—1984) / Kokmen E., Whisnutt J. P., O'Fallon W. M. [et al.] // Neurology. 1996; 46: 154—9. DOI: 10.1212/wnl.46.1.154.

15. Dementia after stroke: the Framingham Study / Ivan C. S., Seshadri S., Beiser A. [et al.] // Stroke. 2004; 35: 1264—8. DOI: 10.1161/01.STR.0000127810.92616.78.

16. Vascular dementia: diagnostic criteria for research studies: report of the NINDS-AIREN International Workshop / Roman G. C., Tatemichi T. K., Erkinjuntti T. [et al.] // Neurology. 1993. Vol. 43, no. 2. P. 250—260. DOI: 10.1212/wnl.43.2.250.

17. EFNS guidelines for the diagnosis and management of Alzheimer's disease / Hort J., O'Brien J. T., Gainotti G. [et al.] // Eur. J. Neurol. 2010. Vol. 17, no. 10. P. 1236—1248. DOI: 10.1111/j.1468-1331.2010.03040.x.

18. Classification of subtype of acute ischemic stroke: definitions for use in a multicenter clinical trial / Adams H. P., Bendixen B. H., Kappelle L. J. [et al.] // Stroke. 1993; 24 (1): 35—41. DOI: <http://dx.doi.org/10.1161/01.STR.24.1.35>.

19. Apixaban compared with warfarin in patients with atrial fibrillation and previous stroke or transient ischaemic attack:

a subgroup analysis of the ARISTOTLE trial / Easton J., Lopes R., Bahit M. [et al.] // *Lancet Neurol.* 2012 Jun. Vol. 11 (6). P. 503—11. DOI: [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70092-3](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70092-3).

20. Folstein M. F., Folstein S. E., McHugh P. R. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // *Journal of psychiatric research.* 1975. Vol. 12, no. 3. P. 189—198.

21. 2018 Guidelines for the Early Management of Patients with Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals from the American Heart Association / American Stroke Association / Powers W. J., Rabinstein A. A., Ackerson T. [et al.] // *Stroke.* 2018. Vol. 49 (3). P. 46—110. DOI: 10.1161/STR.0000000000000158.

22. Population prevalence, incidence, and predictors of atrial fibrillation in the Renfrew/Paisley study / Stewart S., Hart C. L., Hole D. J. [et al.] // *Heart.* 2001. No. 86. P. 516—521. DOI: 10.1136/heart.86.5.516.

23. Гендерные и возрастные особенности факторов риска инсульта. Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения / Тибекина Л. М., Пушкарев М. С., Филатов А. А. [и др.]. 2018. Т. 2 (13). С. 26—31. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gendernye-i-vozzrastnye-osobennosti-faktorov-riska-insulta>.

24. Захаров В. В. Вахнина Н. В. Инсульт и когнитивные нарушения // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика.* 2011. Т. 3, № 2. С. 11. DOI: <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2011-141>.

25. Дамулин И. В., Андреев Д. А., Салпагарова З. К. Кардиоэмболический инсульт // Там же. 2015. Т. 7, № 1. С. 80—86. DOI: <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2015-1-80-86>.

Надійшла до редакції 14.05.2020

МІЩЕНКО Тамара Сергіївна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри клінічної неврології, психіатрії та наркології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна; e-mail: mishchenko11@ukr.net

БОКАТУЄВА Вікторія Василівна, кандидат медичних наук, науковий співробітник відділу судинної патології головного мозку та реабілітації Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна; e-mail: bokatueva@gmail.com

МІЩЕНКО Владислав Миколайович, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, науковий керівник відділу судинної патології головного мозку та реабілітації ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: 1976mv@ukr.net

MISHCHENKO Tamara, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Clinical Neurology, Psychiatry and Narcology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: mishchenko11@ukr.net

BOKATUEVA Viktoriia, MD, PhD, Researcher of the Department of Vessels Pathology of Brain and rehabilitation of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Science of Ukraine" ("INPN of NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: bokatueva@gmail.com

MISHCHENKO Vladyslav, Doctor of Medical Sciences, Research Associate Professor, Head of the Department of Vessels Pathology of Brain and rehabilitation of "INPN of NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: 1976mv@ukr.net

О. В. Веселовська, А. В. Шляхова, О. Г. Берченко, А. М. Тіткова

НЕЙРОАДАПТАЦІЯ В СИСТЕМІ ЕМОЦІЙНОГО ПІДКРІПЛЕННЯ ПРИ АЛКОГОЛЬНІЙ ЗАЛЕЖНОСТІ

Е. В. Веселовская, А. В. Шляхова, О. Г. Берченко, А. М. Титкова

Нейроадаптация в системе эмоционального подкрепления при алкогольной зависимости

O. V. Veselovska, A. V. Shliakhova, O. G. Berchenko, A. M. Titkova

Neuroadaptation in the system of emotional reinforcement under alcohol dependence

У статті розглянуті сучасні уявлення щодо нейроадаптації у мозковій системі емоційного підкріплення в умовах алкогольної залежності. У експерименті на тваринах досліджені рівень тривожності, функціональний стан системи позитивного емоційного підкріплення, електрогенез структур лімбіко-неокортикальної системи мозку, рівні дофаміну у *n. accumbens* та гіпоталамусі. Особливу увагу надавали транскутантній алотрансплантації ембріональної тканини гіпокампа як біологічному підходу до подолання потягу до алкоголю. Показано, що алотрансплантація пригнічує алкогольну мотивацію через перебудову нейрофізіологічних та нейрохімічних механізмів в системі емоційного підкріплення.

Ключові слова: модель алкогольної залежності, електрична активність мозку, емоційна система мозку, транскутантна алотрансплантація ембріональної тканини, дофамін

В статье рассмотрены современные представления о нейроадаптации в мозговой системе эмоционального подкрепления в условиях зависимости от алкоголя. В эксперименте на животных исследованы уровень тревожности, функциональное состояние системы положительного эмоционального подкрепления, электрогенез структур лимбико-неокортикальной системы мозга, уровни дофамина в *n. accumbens* и гипоталамусе. Особое внимание уделено транскутантной аллотрансплантации эмбриональной ткани гиппокампа в качестве биологического подхода к подавлению влечения к алкоголю. Показано, что аллотрансплантация ослабляет алкогольную мотивацию путем перестройки нейрофизиологических и нейрохимических механизмов в системе позитивного подкрепления.

Ключевые слова: модель алкогольной зависимости, электрическая активность мозга, эмоциональная система мозга, транскутантная аллотрансплантация эмбриональной ткани, дофамин

The article is addressed to the problem of neuroadaptation in the brain system of emotional reinforcement under alcohol dependence. The level of anxiety, the functional state of the positive emotional reinforcement system, the electrogenesis of the structures of the brain limbic-neocortical system, levels of dopamine in *n. accumbens* and hypothalamus were studied in an experiment on animals. Particular attention is paid to the transcutaneous allotransplantation of the embryonic hippocampal tissue as a biological approach to suppressing of craving for alcohol intake. It has been shown that allotransplantation reduces alcohol motivation by restructuring of neurophysiological and neurochemical mechanisms in the system of positive reinforcement.

Keywords: alcohol dependence model, electrical activity of the brain, emotional system of the brain, transcutaneous allotransplantation of embryonic tissue, dopamine

В фундаментальних дослідженнях з вивчення нейробіологічних основ вживання алкоголю показані зміни в емоціогенній лімбіко-неокортикальній системі мозку. Виявлена специфічність та етапність залучення в ці процеси нейронних мереж *n. accumbens*, мигдалеподібного комплексу, гіпокампа, гіпоталамуса, фронтальних відділів кори головного мозку та їх складне поліфункціональне нейромедіаторне, медіаторно-гормональне, нейротрофічне забезпечення [1—3].

Такі функціональні перебудови внутрішньосистемної взаємодії базуються на принципах активації, гальмування, переключення та дублювання механізмів мозку, а дефіцит в системі позитивного емоційного підкріплення та її насичення є тригерами цих процесів. У зв'язку з цим заслуговує на увагу концепція нейроадаптації, суть якої полягає в тому, що дисрегуляція в системі позитивного емоційного підкріплення активує механізми негативних емоційних станів та сприяє вживанню наркотичних речовин [4]. Тому для подолання потягу до вживання алкоголю потрібна підтримка балансу в системі емоційного підкріплення за допомогою внутрішньосистемної реконструкції її морфофункціонального субстрату.

Беручи до уваги позитивний вплив трансплантації ембріональних тканин мозку при функціональних та дегенеративних порушеннях ЦНС та дані про те, що гіпокамп містить нейротрофічні фактори мозку, які сприяють активації процесів нейрогенезу та відновленню функціональних механізмів мозку [5, 6], доцільно

було дослідити вплив транскутантної трансплантації ембріональної тканини гіпокампа на лімбіко-неокортикальні механізми внутрішньосистемної адаптації щурів зі сформованою алкогольною залежністю. Це стало метою нашого експериментального дослідження.

Усі процедури з експериментальними тваринами виконані відповідно до «Порядку проведення науковими установами дослідів, експериментів на тваринах» (№ 249 від 01.03.2012), Закону України «Про захист тварин від жорстокого поводження» (№ 3447-IV від 21.02.2006).

Щури протягом 12-и діб вживали хліб, змочений 12 % розчином етанолу (0,6 г/кг маси тіла), а потім протягом 23 діб — 25 % розчином етанолу (1,2 г/кг маси тіла). Залежність у щурів визначали за ознакою вподобання алкогольної їжі безалкогольній. Потім щури були поділені на групи: I групу становили щури з алкогольною залежністю, II групу — щури з алкогольною залежністю та транскутанною алотрансплантацією ембріональної тканини гіпокампа (ТТЕГ) 17—18-денної гестації, яку здійснювали після виявлення залежності (21 доба вживання етанолу) в ділянку проєкції краніального червікального ганглію ліворуч [7]. Стереотаксичним способом щурам I та II груп (через 14 діб після ТТЕГ) вводили довгострокові електроди в лобово-тім'яні відділи нової кори (*Cort*), гіпокамп (*Hip*), гіпоталамус (*Hpt*) та *n. accumbens* (*nAcc*) [8]. Електроенцефалограми щурів реєстрували на комп'ютерно-діагностичному комплексі «Нейрон-Спектр+» та аналізували візуально. За допомогою пакету комп'ютерних програм обчислювали абсолютну спектральну потужність ритмів біопотенціалів мозку, для чого використовували 3 епохи

запису по п'ять секунд кожна для 5 частотних діапазонів: δ (від 1 до 3,0 Гц), θ (від 4,0 до 7,0 Гц), α (від 8,0 до 12,0 Гц), $\beta_{\text{нч}}$ (від 13 до 20,0 Гц), $\beta_{\text{вч}}$ (від 21 до 35,0 Гц). Індивідуальний рівень тривожності у щурів визначали за допомогою багатопараметрового методу оцінювання тривожно-фобічних станів (ТФС) за сукупністю поведінкових реакцій у наборі етологічних тестів, що ґрунтуються на створенні емоціогенної ситуації [9]. Частоту реакції самостимуляції (ЧРСС) вентролатерального гіпоталамуса реєстрували за методом Olds [10]. Вміст дофаміну визначали у *Hpt* та *nAcc* із застосуванням на-

борів реагентів для імуноферментного аналізу («Tri Cat», Німеччина). Результати обробляли статистично за допомогою програм Excel та Statistica 10.0. з використанням критерію Стюдента, *T*-критерію Вілкоксона та критерію Манна — Уїтні.

У щурів зі сформованою алкогольною залежністю (І група) вживання чергової дози алкоголю спричиняв активацію гальмівних процесів з ініціацією генералізованої пароксизмальної активності в *Hip*, який мав найбільшу спектральну потужність (рис. 1). Алкоголізація призводила до вірогідних ($p \leq 0,05$) змін

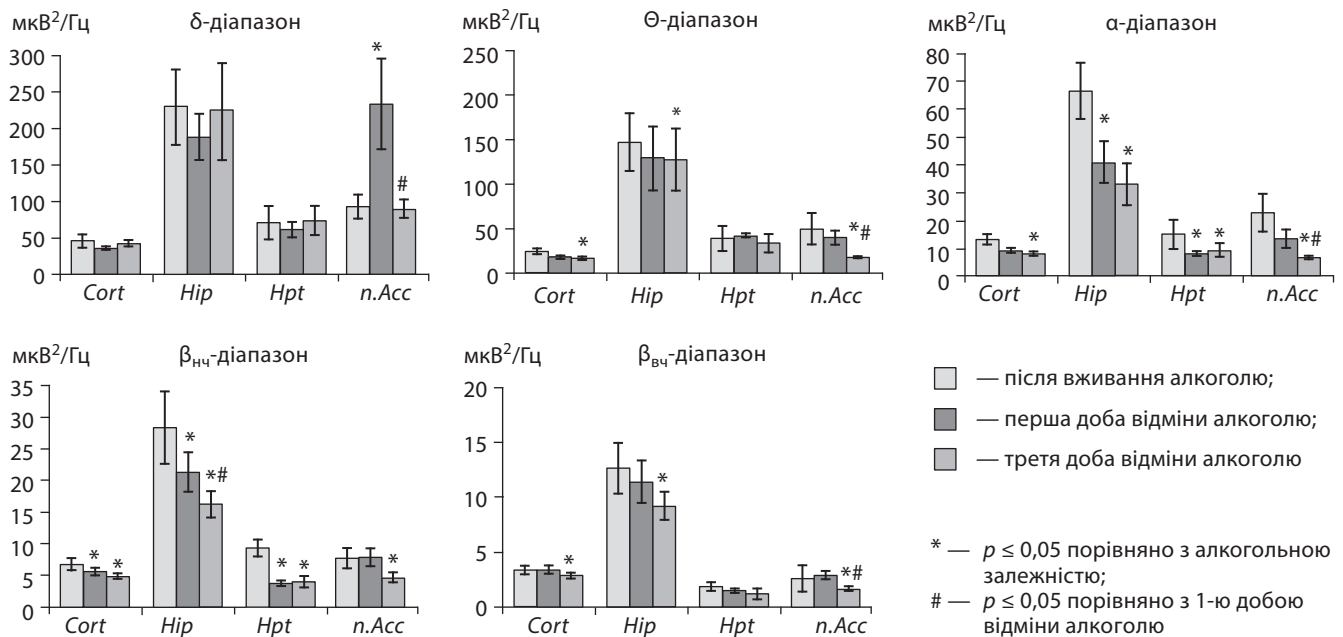


Рис. 1. Динаміка спектральної потужності ритмів ЕЕГ щурів з алкогольною залежністю після вживання алкоголю та у період його відміни (І група)

базового рівня тривожності: знижувала базово високий та підвищувала базово низький рівень ТФС у щурів (рис. 2). Тобто, вплив алкоголю на систему позитивного емоційного підкріплення залежить від базового рівня тривожності.

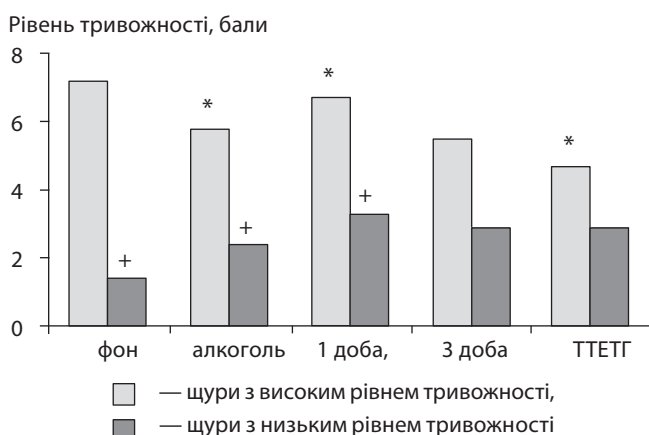


Рис. 2. Динаміка ТФС у щурів у процесі експерименту

* — $p \leq 0,05$ порівняно з фоном; + — $p \leq 0,05$ порівняно зі щурами з високим рівнем тривожності; 1 доба, 3 доба — відміна вживання алкоголю

Слід відзначити вплив алкоголю на функціональну властивість системи позитивного емоційного підкріплення. Вивчення розподілу і змін вмісту дофаміну показало, що різні ланки дофамінергічної системи головного мозку неоднаково задіяні в підтримці функціонування системи емоційного підкріплення за умов алкогольної залежності у щурів. Вживання чергової дози алкоголю активує мезолімбічну ланку дофамінергічної системи з вірогідним ($p \leq 0,05$) підвищенням рівня дофаміну в *nAcc* (до $35,5 \pm 6,0$ нмоль/г тканини порівняно з $26,4 \pm 2,5$ — у інтактних тварин), та пригнічує — гіпоталамічну (до $13,9 \pm 1,2$ нмоль/г тканини порівняно з $25,2 \pm 4,8$ — у інтактних тварин). Показник ЧРСС після вживання алкоголю мав нестабільний характер і становив $264,0 \pm 44,5$ натискань за 5 хвилин (нат/5 хв).

В динаміці розвитку синдрому відміни вживання алкоголю виявлені нейродинамічні зміни активності в системі емоційного підкріплення. На першу добу відміни вживання алкоголю процеси збудження переважували над процесами гальмування. На спектрограмах відзначалося загальне зниження спектральної потужності ритмів ЕЕГ з рівнем вірогідності ($p \leq 0,05$) для α -ритму у *Hip* та *Hpt* та $\beta_{\text{нч}}$ -ритму у *Hip*, *Hpt* та *Cort*. У електричній активності *Cort* та *Hip* реєструвалося

підсилення електрографічних проявів судомної активності. Привертає до себе увагу уповільнення електрогенезу в *nAcc*, де переважав високоамплітудний δ -ритм, модульований групами швидких хвиль, спектральна потужність δ -ритму підвищувалась (майже у 2,5 раза) проти значень, отриманих у алкогользалежних тварин (див. рис. 1). У цей період рівень тривожності у щурів обох груп мав тенденцію до підвищення (див. рис. 2). Виявлено компенсаторне підвищення активності позитивної емоційної системи мозку. ЧРСС, яку реєстрували протягом години, нерівномірно збільшувалась порівняно з показником після формування алкогольної залежності та вживання чергової дози алкоголю та становила $327,0 \pm 66,4$ нат/5 хв ($p \leq 0,05$). Найбільш висока ЧРСС відзначалася з 31 хв до 60 хв реєстрації. На третю добу відміни вживання алкоголю у *Cort*, *Hip* та *Hpt* переважали процеси гальмування, що виражалося в уповільненні електрогенезу з трансформацією пароксизмальної активності у веретеноподібну. Виявлено вірогідне ($p \leq 0,05$) зниження спектральної потужності ритмів ЕЕГ порівняно з вживанням алкоголю: θ -, α - та β -ритмів у *Cort*, *Hip*, α - та $\beta_{\text{нч}}$ -ритмів у *Hpt*, порівняно з першою добою відміни вживання алкоголю: δ -, θ -, α - та $\beta_{\text{вч}}$ -ритмів у *nAcc* (див. рис. 1). Десинхронізація на ЕЕГ *nAcc* поєднувалася з підвищенням активності нейронів емоційного центру *Hip*, що віддзеркалювалося в відновленні рівня дофаміну в *nAcc* та в *Hpt* (до $30,2 \pm 4,3$ та $18,1 \pm 1,5$ нмоль/г тканини відповідно, $p \leq 0,05$) та в підвищенні ЧРСС до $341,0 \pm 91,1$ нат/5 хв ($p \leq 0,05$). Рівень емоційної напруги, за даними нейроетологічного тесту, на третю добу відміни вживання алкоголю мав тенденцію до зниження (див. рис. 2).

Отже, в динаміці розвитку стану відміни вживання алкоголю відбуваються алоstaticні зміни в мозковій системі емоційного підкріплення, в яких ключову роль

виконують емоційно-мотиваційні центри *nAcc* та *Hpt*. Формування алоstaticу в мозковій системі емоційного підкріплення, тобто стабілізація через переміни [11], було зумовлено перенаправленням параметрів системи емоційного підкріплення, що й відзначалося на першу та третю доби розвитку синдрому відміни.

Застосування ТТЕГ для стимуляції репаративних процесів мозку виявило її пролонгований вплив на систему емоційного підкріплення у щурів з залежністю від алкоголю. На ЕЕГ *Cort*, *Hip*, *Hpt* після вживання алкоголю реєструвались електрофізіологічні показники напруги з домінуванням ритмів θ -діапазону. У *nAcc* на фоні θ -, α -активності спостерігалися поодинокі або групи δ -хвиль. В процесі реєстрації на ЕЕГ у 50 % щурів виникали поодинокі короткочасні повільнохвильові локальні та генералізовані пароксизмальні прояви, які ініціював *Hip*. Найбільшу спектральну потужність біопотенціалів ЕЕГ щурів мав *Hip*, а серед ритмів — δ -ритм (рис. 3). На першу добу відміни вживання алкоголю в електричній активності мозку щурів з ТТЕГ превалювали процеси десинхронізації: у *Cort* залишалися короткі відрізки регулярного α -ритму з компонентами груп β -хвиль; у *Hip* на фоні домінування θ -ритму, модульованого гострими хвилями, реєстрували високоамплітудні δ - та α -коливання; у *Hpt* — поліморфна δ -, θ -активність з компонентами α -, β -хвиль; у *nAcc* відбувалося збагачення швидкими ритмами у β -діапазоні, рівнем вірогідності ($p \leq 0,05$) ці зміни підтверджувалися лише для β -ритмів у *Hip* та *nAcc* та для θ -, α -ритмів у *Hpt* (рис. 3). Водночас показник ТФС мав тенденцію до зниження (див. рис. 2). На третю добу відміни вживання алкоголю електрогенез *Cort* та *nAcc* був представлений десинхронізованою активністю з компонентами поодиноких повільних хвиль з вірогідним ($p \leq 0,05$) підвищенням спектральної потужності біопотенціалів θ - та $\beta_{\text{вч}}$ -діапазонів в *nAcc* (див. рис. 3).

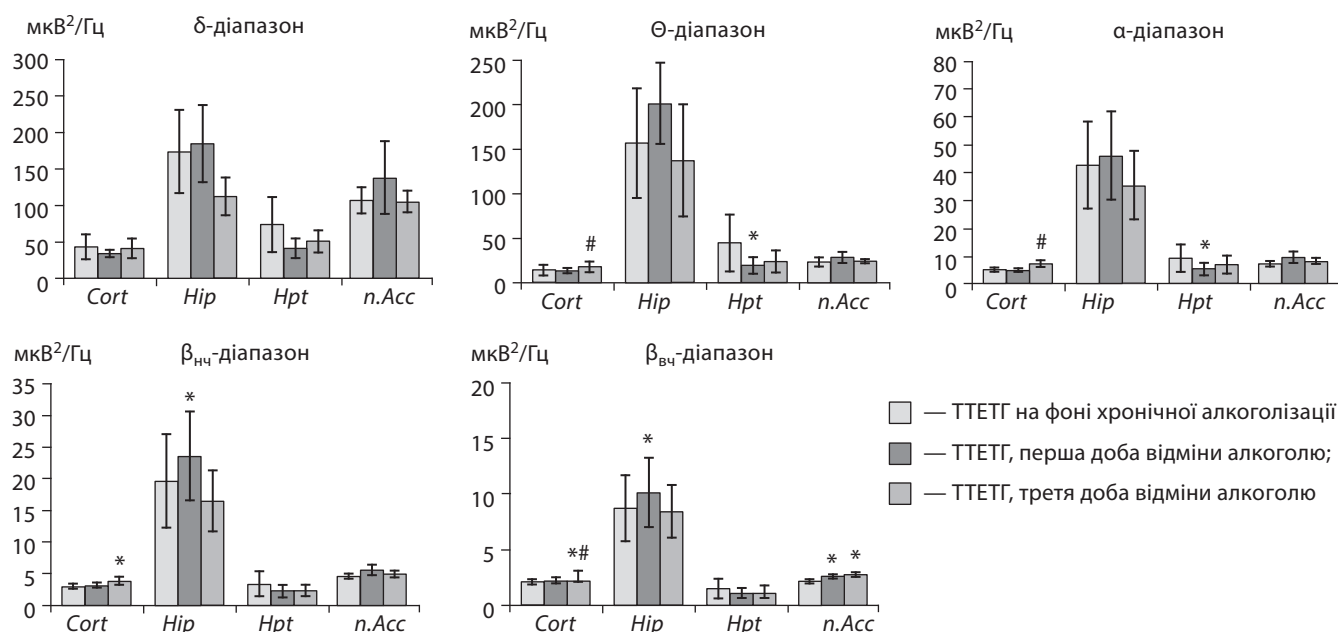


Рис. 3. Динаміка спектральної потужності ритмів ЕЕГ щурів з алкогольною залежністю після ТТЕГ на фоні вживання алкоголю та у період його відміни (II група)

* — $p \leq 0,05$ порівняно з алкогольною залежністю; # — $p \leq 0,05$ порівняно з 1-ю добою відміни алкоголю

На ЕЕГ *Hip* та *Hpt* спостерігали заміщення θ -ритму мономорфним α -ритмом. З 20 доби після алотрансплантації спостерігалось підвищення загальної активності щурів. Тварини стали рухливішими та позитивно емоційними, що виражалось у підвищенні горизонтальної, вертикальної та орієнтовно-дослідницької активності, гримінгу і зниженні вегетативних реакцій.

ТТЕТГ мала вплив, що активував синтез дофаміну, рівень якого підвищувався на фоні відміни вживання алкоголю в гіпоталамусі на 76 % та в *nAcc* — на 60 %. Все це вказує на суттєву активацію нейротрансплатом гіпоталамічних та мезокортикальних ланок дофамінергічних механізмів системи позитивного емоційного підкріплення.

Такі алоstaticні перебудови нейрофізіологічних лімбіко-неокортикальних та дофамінергічних гіпоталамічних та мезокортикальних механізмів системи позитивного емоційного підкріплення сприяли пригніченню мотивації до вживання алкоголю у 98 % щурів.

Отже, під час формування залежності від алкоголю та в динаміці розвитку синдрому відміни виявлені алоstaticні зміни регуляторних процесів у мозковій системі емоційного підкріплення. Провідну роль в перебудові алоstaticу мають базовий рівень негативних емоційних реакцій, а саме — тривожності; функціональна активність гіпоталамічних центрів позитивного емоційного підкріплення, дофамінергічне забезпечення *Hpt* та *nAcc* — структур мозку, асоційованих з емоційним та мотиваційним збудженням. Транскуптанна алотрансплантація ембріонального гіпокампа, наслідком якої є пригнічення вживання алкоголю, спричиняє внутрішньосистемну перебудову алоstaticу: активує електричну активність мозку та відновлює рівень дофаміну в *nAcc* та *Hpt*.

Список літератури

1. Electrical activity of the cerebral structures and regulatory effects of no, steroid hormones, and BDNF in rats with experimental alcohol addiction / Berchenko O. G., Titkova A. M., Veselovska O. V. [et al.]. In: Proceedings of the VII congress of the ukrainian neuroscience society (Kyiv, June 7—11, 2017) // *Neurophysiology*. 2017. Vol. 49. P. 234—236. DOI: 10.1007/s11062-017-9668-0.
2. Koob G. F. Theoretical frameworks and mechanistic aspects of alcohol. Addiction: alcohol addiction as a reward deficit disorder // *Cur. Top. Behavioral Neuroscience*. 2013. Vol. 13. P. 3—30. DOI: 10.1007/7854_2011_129.
3. Roberto M., Kirson D., Khom S. The role of the central amygdala in alcohol dependence // *Advanced Online Article*. 2020. DOI: 10.1101/cshperspect.a039339.
4. Koob G. F., Bloom F. E. Cellular and molecular mechanisms of drug dependence // *Science*. 1988. Nov. 4. 242 (4879): 715—23. DOI: 10.1126/science.2903550.
5. Sakharnova T. A., Vedunova M. V., Mukhina I. V. Brain-derived neurotrophic factor (BDNF) and its role in the function

of the central nervous system // *Neurochemical Journal*. 2012. Nov. 6 (4). P. 251—259, DOI: <https://doi.org/10.1134/science.1819712412030129>.

6. Sypekka J. The Neuroprotective effect exerted by oligodendroglial progenitors on ischemically impaired hippocampal cells // *Mol. Neurobiol*. 2014. Vol. 49, No. 2. P. 685—701. DOI: 10.1007/s12035-013-8549-9.

7. Воробьева Т. М., Берченко О. Г., Гейко В. В. Техника трансплантации специфической эмбриональной ткани и ее эффективность // *Український вісник психоневрології*. 1995. Т. 3, вип. 2 (6). С. 241—242.

8. Буреш Я., Бурешова О., Хьюстон Д. П. Методики и основные эксперименты по изучению мозга и поведению. М.: Высшая школа. 1991. 399 с.

9. Многопараметровый метод комплексной оценки тревожно-фобического состояния у крыс / В. И. Родина, Н. А. Крупина, Г. Н. Крыжановский [и др.] // *Журнал высшей нервной деятельности*. 1993. Вып. 5. С. 1006—1016.

10. Olds J., & Milner P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain // *Journal of Comparative and Physiological Psychology*. 1954. 47(6). P. 419—427. DOI: <https://doi.org/10.1037/h0058775>.

11. Sterling P., Eyer J. Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology // *Handbook of life stress, cognition and health* / S. Fisher & J. Reason (Eds.), 1988. P. 629—649. UK: John Wiley & Sons, 1988. URL: <https://psycnet.apa.org/record/1988-98352-034>.

Надійшла до редакції 31.04.2020

ВЕСЕЛОВСЬКА Олена Валеріївна, кандидат біологічних наук, старший науковий співробітник, старший науковий співробітник лабораторії*; e-mail: nbi.inpn@ukr.net

ШЛЯХОВА Анна Володимирівна, кандидат біологічних наук, старший науковий співробітник, старший науковий співробітник лабораторії*

БЕРЧЕНКО Ольга Григорівна, доктор біологічних наук, професор, завідувачка лабораторії*

ТИТКОВА Анна Маратівна, кандидат біологічних наук, провідний науковий співробітник лабораторії*

* — лабораторії нейрофізіології, імунології та біохімії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

VESELOVSKA Olena, PhD in Biological Sciences, Senior Researcher of the Laboratory*; e-mail: nbi.inpn@ukr.net

SHLIAKHOVA Anna, PhD in Biological Sciences, Senior Researcher of Laboratory*

BERCHENKO Olga, Doctor of Biological Sciences, Professor, Head of the Laboratory*

TITKOVA Anna, PhD in Biological Sciences, Leading Researcher of the Laboratory*

* — Laboratory of Neurophysiology, Immunology and Biochemistry of State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

О. В. Друзь, І. О. Черненко

ОСНОВНІ ПСИХОМЕТРИЧНІ МАРКЕРИ ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У КОМБАТАНТІВ

О. В. Друзь, І. О. Черненко

Основные психометрические маркеры посттравматического стрессового расстройства у комбатантов

O. V. Druz, I. O. Chernenko

Basic psychometric markers of post-traumatic stress disorder in combatants

У дослідженні автори визначають психометричні маркери посттравматичного стрессового розладу (ПТСР) у комбатантів.

Дослідження проводили протягом 2016—2018 років, обстежено 150 військовослужбовців.

Вибірку формували за критерієм наявності/відсутності ПТСР у комбатантів. Сформовано дві групи порівняння. Перша група — 93 особи, у яких за критеріями МКХ-10 був встановлений діагноз ПТСР (F43.1), друга — 57 умовно здорових осіб (без ознак ПТСР). Усі обстежені були чоловіками, середнім віком $33,71 \pm 1,34$ роки, переважно сержанти та рядові загальної складу Збройних Сил України (ЗСУ), які служили за контрактом, середня тривалість їх участі у бойових діях становила $214,7 \pm 41,55$ діб.

Методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний: Міссісіпська шкала посттравматичного стрессового розладу (військової версії) (Т. М. Кеане та співавт., 1987); Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R) (Л. Р. Дерогатіс та співавт., 1977, в адаптації В. Старцевіч та співавт., 2000); Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) (А. С. Зігмонд, Р. П. Снайт, 1983); Шкала клінічної оцінки виразності порушень сну Я. І. Левіна (1995).

Результати дослідження доповнили відомості щодо психічного статусу комбатантів ЗСУ, які брали участь у бойових діях на Сході України, за допомогою квантифікованого оцінення симптомів ПТСР.

Важливою складовою реабілітації комбатантів з ПТСР є створення відповідного терапевтичного середовища на тлі пацієнт-центрованого підходу задля потенціювання психологічної, психотерапевтичної роботи, спрямованої на відновлення взаємин комбатантів на рівні мікро- та макрооточення.

Ключові слова: комбатанти, посттравматичний стрессовий розлад, постстрессовий психічний розлад, бойова психічна травма

В исследовании авторы определяют психометрические маркеры посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) среди комбатантов.

Исследование проводили в течение 2016—2018 годов, обследовано 150 военнослужащих.

Выборку формировали по критерию наличия/отсутствия ПТСР у комбатантов. Было сформировано две группы сравнения. В первую группу вошли 93 человека, у которых по критериям МКБ-10 был установлен диагноз ПТСР (F 43.1), вторую группу составили 57 условно здоровых лиц (без признаков ПТСР). Все обследованные были мужчинами, средний возраст — $33,71 \pm 1,34$ года, преимущественно сержанты и рядовые общевойсковой состава Вооруженных Сил Украины (ВСУ), которые служили по контракту, средняя продолжительность их участия в боевых действиях составила $214,7 \pm 41,55$ суток.

Методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-анамнестический, психодиагностические: Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства (военный вариант) (Т. М. Кеане та співавт., 1987); Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) (Л. Р. Дерогатіс та співавт., 1977, в адаптации В. Старцевіч та співавт., 2000); Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) (А. С. Зігмонд, Р. П. Снайт, 1983); Шкала клинической оценки выраженности нарушений Я. И. Левина (1995).

Результаты исследования дополнили сведения о психическом статусе комбатантов ВСУ, принимавших участие в боевых действиях на Востоке Украины, с помощью квантифицированной оценки симптомов ПТСР.

Важной составляющей реабилитации комбатантов с ПТСР является создание соответствующей терапевтической среды на фоне пациент-центрированного подхода для потенцирования психологической, психотерапевтической работы, направленной на восстановление отношений комбатантов на уровне микро- и макроокружения.

Ключевые слова: комбатанты, посттравматическое стрессовое расстройство, постстрессовое психическое расстройство, боевая психическая травма

In the study, the authors determined psychometric markers of post-traumatic stress disorder (PTSD) in combatants.

The study was conducted during 2016—2018, 150 military personnel were examined.

The sample was formed by the criterion of the PTSD presence/absence in combatants. Two groups of comparison were formed: the group 1 consisted of 93 persons with diagnosis of PTSD (F43.1) according to the ICD-10 criteria; the group 2 consisted of 57 conditionally healthy persons (without signs of PTSD). All the examined persons were men, their average age was 33.71 ± 1.34 years old. They were mainly sergeants and privates of the Armed Forces of Ukraine (AFU), who served under the contract, the average duration of their participation in military actions was 214.7 ± 41.55 days.

Research methods: clinical-psychopathological, clinical-anamnestic, psychodiagnostics ones: Mississippi Scale of Post-traumatic Stress Disorder (military version) (T. M. Keane et al., 1987); Questionnaire for the Severity of Psychopathological Symptoms (SCL-90-R) (L. R. Derogatis et al., 1977, adapted by V. Starcevic et al., 2000); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) (A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983); The Scale of the Clinical Assessment of the Severity of Violations by Y. I. Levin (1995).

The results of the investigation expanded the information on the mental status of the AFU combatants who took part in the military actions in the East of Ukraine, by means of quantified assessment of PTSD symptoms.

An important component of the rehabilitation of combatants with PTSD is the establishment of an appropriate therapeutic environment the against patient-based approach in order to potentiate the psychological, psychotherapeutic work aimed at restoring the interrelations of combatants at the level of micro- and macroenvironment.

Key words: combatants, post-traumatic stress disorder, post-stress mental disorder, combat mental trauma

Специфічною особливістю воєн і збройних конфліктів сучасності став прояв у багатьох її учасників і у тих, хто опинився в зоні, де вони відбуваються, характерних специфічних симптомів, які пов'язують з комплексним

впливом на них фізичних, психологічних, інформаційних та інших факторів війни та супутніх ним когнітивних дій. За даними ВООЗ, 16,2 % і 12,5 % (з 10 % громадян 21 країни світу) мають наслідки війни або травматизм близьких, відповідно [1, 3, 7, 8]. Бойова психічна травма (БПТ) у комбатантів зумовлює стани психічної дезадап-

тації — у 80 % випадків, а серед поранених психічні розлади становлять майже 50 % [2, 4, 5, 9].

Пов'язані зі стресом психічні розлади, що виникають під час військових дій, є одним з важливих внутрішніх бар'єрів на шляху боєздатності й ефективного виконання професійних обов'язків комбатантами (аж до зниження здатності проведення активних бойових дій), а у подальшому — до адаптації в умовах звичайного життя через нашарування на цей субстрат нових стресів, пов'язаних з соціальною дезадаптацією.

Тому питання виявлення та аналіз психометричних маркерів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у комбатантів і розроблення ефективних стратегій їх ранньої діагностики та профілактики є актуальними питаннями сьогодення.

Мета дослідження: на основі компаративного аналізу показників психіатричного анамнезу та аналізу психодіагностичних показників визначити психометричні маркери ПТСР у комбатантів.

Протягом 2016—2018 років з дотриманням принципів етики та деонтології, на підставі інформованої згоди на участь у обстеженні, на базах клініки психіатрії Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» обстежено 150 військовослужбовців Збройних Сил України (ЗСУ) та військової частини А0139.

Вибірки формували методом простого вірогідного відбору (з використанням таблиці випадкових чисел), потрібний обсяг вибірки визначали методом поточної оцінки вірогідності відмінностей за Е. Е. Рафалес-Ламарком (1971) (за пороговий рівень вірогідності було прийнято $p < 0,05$) [2].

За критерієм наявності/відсутності ПТСР комбатанти були поділені на дві групи порівняння. До 1 групи увійшли 93 особи, у яких за критеріями МКХ-10 був встановлений діагноз ПТСР (F43.1), 2 групу становили 57 умовно здорових осіб (без ознак ПТСР). Усі обстежені були чоловіками, середнім віком $33,71 \pm 1,34$ роки, переважно сержанти та рядові загальновійськового складу ЗСУ, які служили за контрактом, середня тривалість їх участі у бойових діях склала $214,7 \pm 41,55$ діб.

Використані такі методи дослідження: клініко-психопатологічний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний: Міссісіпська шкала посттравматичного стресового розладу (військовий варіант) (Т. М. Keane та співавт., 1987); Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R, Symptom Check List-90-Revised) (L. R. Derogatis та співавт., 1977, в адаптації V. Starcevic та співавт., 2000); Госпітальна шкала тривоги і депресії (HADS) (A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983); Шкала клінічної оцінки виразності порушень сну Я. І. Левіна (Я. І. Левін, 1995) [2, 5, 6].

Психометричні маркери ПТСР у комбатантів виокремлювали за допомогою аналізу методик психодіагностичного дослідження, які за даними наукової літератури асоційовані з розвитком ПТСР. Водночас брали до уваги показники психологічних, особистісних та поведінкових особливостей комбатантів.

За результатами проведеного кореляційного аналізу встановлено, що важкість психопатологічної симптоматики дійсно визначається, насамперед, обставинами бойовій військовій діяльності, про що свідчать коефіцієнти кореляції оцінок за Міссісіпською шкалою

для бойового ПТСР з наявністю тривалої або серйозної психотравми ($r_{xy} = 0,64$), з загрозою загибелі під вогнем снайперів ($r_{xy} = 0,58$), з тим що, пацієнт був свідком загибелі товаришів ($r_{xy} = 0,54$) або мирних жителів ($r_{xy} = 0,48$), з участю у близькому бою ($r_{xy} = 0,50$) або у наступі ($r_{xy} = 0,41$), з необхідністю бачити тіла загиблих та торкатися до них ($r_{xy} = 0,46$), з вбивством людей (супротивників) або вірою в це ($r_{xy} = 0,45$).

Також встановлено міцний кореляційний зв'язок тривалої або серйозної БПТ з інтенсивністю тривоги ($r_{xy} = 0,78$), страху ($r_{xy} = 0,71$), підвищеним артеріальним тиском ($r_{xy} = 0,70$), розладами глибини й тривалості сну ($r_{xy} = 0,70$), середньої сили — з розладами засинання ($r_{xy} = 0,69$), внутрішнім дискомфортом ($r_{xy} = 0,66$). Міцні кореляції БПТ з алекситимією ($r_{xy} = 0,77$) та когнітивними порушеннями, насамперед, уваги ($r_{xy} = 0,68$) підтверджують їх зв'язок з участю у бойових діях. Виявлено також міцні зв'язки БПТ зі складовими Опитувальника виразності психопатологічної симптоматики Derogatis (далі — SCL-90-R), а саме з показниками за шкалами: депресії (DEP), тривоги (ANX), обсесивності-компульсивності (O-C) індексами загальної важкості психопатології (GSI, PST) та соматизації (SOM) (r_{xy} — від 0,69 до 0,76).

Проведено кількісний аналіз діагностичної цінності результатів застосування психометричних методик з обчисленням діагностичних коефіцієнтів (ДК) і мір інформативності Кульбака (MI) і визначено такі маркери наявності ПТСР у комбатантів:

— серед показників за шкалами SCL-90R: ворожість (HOS) понад 0,60 балів; паранояльність (PAR) понад 0,70 балів; депресія (DEP) понад 0,51 бали; тривожність (ANX) понад 0,55 балів; соматизація (SOM) понад 1,19 балів; фобічна тривожність (PHOB) понад 0,85 балів; обсесивність-компульсивність (O-C) понад 0,66 балів; міжособистісна сенситивність (INT) понад 0,80 балів та показник загальної важкості психопатології (GSI) понад 0,48 балів (при ДК від -7,42 до -17,01 од. і MI від 2,64 до 7,35 од.).

— клінічна оцінка виразності порушень сну (за шкалою Я. І. Левіна) 18 балів і нижче (ДК = -9,07, MI = 3,37);

— серед показників Міссісіпської шкали для бойового ПТСР: загальна оцінка понад 87 балів; гіперактивність понад 18 балів; почуття провини та відповідальності понад 9 балів; симптоми вторгнення понад 18 балів та запобігання понад 35 балів (при ДК від -5,89 до -10,43 од. і MI від 1,32 до 3,67 од.); а також

— показники тривоги за Госпітальною шкалою тривоги і депресії (HADS) понад 8 балів (ДК = -11,94, MI = 3,06).

Було також оцінено діагностичну цінність самих психометричних методик, серед яких найбільш інформативними в плані діагностики ПТСР виявились: SCL-90R ($\Sigma_{cp} MI = 4,51$), а також оцінка виразності порушень сну Я. І. Левіна ($\Sigma_{cp} MI = 3,37$).

Діагностична таблиця патопсихологічних ознак ПТСР у комбатантів

Методика / Психодіагностичний показник, бали	Діапазон показника	ДК	MI
Міссісіпська шкала для бойового ПТСР			
<i>Маркери наявності ПТСР</i>			
Гіперактивність	> 18	10,43	3,67
Загальний бал	> 87	8,35	2,57

Продовження табл.

Методика / Психодіагностичний показник, бали	Діапазон показника	ДК	МІ
Вторгнення	> 18	5,89	1,79
Почуття провини та відповідальності	> 9	6,67	1,49
Запобігання	> 35	5,28	1,32

Маркери відсутності ПТСР

Гіперактивність	≤ 18	6,15	2,16
Вторгнення	≤ 18	6,35	1,93
Загальний бал	≤ 87	5,05	1,55
Запобігання	≤ 35	4,34	1,08
Почуття провини та відповідальності	≤ 9	3,10	0,69

Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики (SCL-90-R)

Маркери наявності ПТСР

HOS	> 0,60	17,01	7,35
PAR	> 0,70	17,01	7,35
DEP	> 0,51	16,68	6,67
ANX	> 0,55	16,51	6,33
O-C	> 0,66	13,56	5,16
SOM	> 1,19	15,80	5,13
PHOB	> 0,85	14,86	3,87
INT	> 0,80	10,30	3,52
ADD	> 0,71	8,90	3,17
PST	> 45	8,73	2,97
PSY	> 0,44	8,67	2,90
GSI	> 0,48	7,42	2,64
PSDI	> 1,37	5,49	1,59

Маркери відсутності ПТСР

HOS	≤ 0,60	9,27	4,09
PAR	≤ 0,70	9,27	4,09
DEP	≤ 0,51	7,38	3,02
GSI	≤ 0,48	8,15	2,90
ANX	≤ 0,55	6,67	2,62
O-C	≤ 0,66	6,74	2,56
ADD	≤ 0,71	6,90	2,46
PST	≤ 45	6,19	2,10
PSY	≤ 0,44	5,98	2,00
INT	≤ 0,80	5,75	1,96
PSDI	≤ 1,37	6,01	1,74
SOM	≤ 1,19	4,77	1,59
PHOB	≤ 0,85	3,35	0,90

Госпітальна шкала тривоги и депресії (HADS)

Маркери наявності ПТСР

підшкала А	> 8	11,94	3,06
------------	-----	-------	------

Маркери відсутності ПТСР

підшкала А	≤ 8	3,30	0,85
підшкала D	≤ 4	3,81	0,55

Закінчення табл.

Клінічна оцінка виразності порушень сну (шкала Я. І. Левіна)

Методика / Психодіагностичний показник, бали	Діапазон показника	ДК	МІ
Маркери наявності ПТСР			
Загальний бал	≤ 18	9,07	3,37
Маркери відсутності ПТСР			
Загальний бал	> 18	7,74	2,88

За результатами дослідження встановлено, що важкість посттравматичної симптоматики дійсно визначається, насамперед, обставинами військової діяльності, про що свідчать коефіцієнти кореляції (r_{xy}) оцінок за Міссісіпською шкалою для бойового ПТСР: з наявністю тривалої або серйозної психотравми; з загрозою загибелі під вогнем снайперів; з тим, що комбатант був свідком загибелі товаришів або мирних жителів; з участю у близькому бою або у наступі; з необхідністю бачити тіла загиблих та торкатися до них; з вбивством людей (супротивників) або вірою в те, що це відбулось (r_{xy} — від 0,41 до 0,64).

Встановлено, що власне БПТ міцно пов'язана з інтенсивністю тривоги, страху, підвищеним артеріальним тиском, розладами глибини й тривалості сну та розладами засинання, а також внутрішнім дискомфортом (r_{xy} від 0,66 до 0,78), а її наслідками є алекситимія та когнітивні порушення у вигляді зниження уваги (r_{xy} дорівнює 0,77 та 0,68 відповідно).

Визначені найбільш вірогідні ($p < 0,001$) та значущі психометричні маркери ПТСР серед комбатантів, а саме: ворожість понад 0,60 балів; паранояльність понад 0,70 балів; депресія понад 0,51 балів; тривожність понад 0,55 балів; соматизація понад 1,19 балів; фобічна тривожність понад 0,85 балів; обсесивність-компульсивність понад 0,66 балів; міжособистісна сенситивність понад 0,80 балів та загальна важкість психопатології понад 0,48 балів (за шкалами SCL-90R); клінічна оцінка виразності порушень сну 18 балів і нижче (за шкалою Я. І. Левіна); симптоми гіперактивності понад 18 балів; симптоми вторгнення понад 18 балів та запобігання понад 35 балів, а також почуття провини та відповідальності понад 9 балів і загальна оцінка понад 87 балів (за Міссісіпською шкалою для бойового ПТСР); а також тривога понад 8 балів (за шкалою HADS) (при ДК згаданих маркерів від -5,42 до -17,01 од. і МІ від 1,32 до 7,35 од.); при цьому найбільш інформативними в плані діагностики ПТСР (за показником Σ_{cp} МІ) виявились психометричні методики SCL-90R (4,51) та оцінка виразності порушень сну Я. І. Левіна (3,37).

Список літератури

1. Аймедов К. В., Асеева Ю. О., Толмачов О. А. Сучасна діагностична концепція посттравматичного стресового розладу // Архів психіатрії. 2016. Т. 22. № 2. С. 128—129. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_2_43.
2. Вассерман Л. И., Трифонова Е. А., Щелкова О. Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. СПб.: Речь, 2011. 270 с.
3. Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопадова Л. Ф. Діагностика, терапія та профілактика медико-психологічних наслідків

бойових дій в сучасних умовах : метод. рекомендації. Х., 2014. 79 с.

4. Кожина А. М., Гайчук Л. М. Психосоцiальнi заходи в умовах гiбридної вiйни // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 124. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_1_115.

5. Методика розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини. Додаток 6 // Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 28 вересня 2012 року № 751, зареєстровано в Міністерстві юстиції України 29 листопада за №2001/22313.

6. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты // Самара : «Бахрах-М», 2002. 672 с.

7. Badiuk M. I., Shevchuk O. S. The combat stress reaction as a scientific problem of the world, and its social and medical consequences // Clinical and Experimental Pathology. 2016. No. 4. P. 10—14. URL: <http://dspace.bsmu.edu.ua:8080/xmlui/handle/123456789/14216>.

8. Dalenberg C., Carlson E. B. Dissociation in posttraumatic stress disorder part II: How theoretical models fit the empirical evidence and recommendations for modifying the diagnostic criteria for PTSD // Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy. 2016. 4 (6). P. 551—559. DOI: <https://doi.org/10.1037/a0027900>.

9. Australian guidelines for the treatment of adults with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder / D. Forbes, M. Creamer, A. Phelps [et al.] // Australian & New Zealand

Journal of Psychiatry. 2007. Vol. 41, issue 8, P. 637—648. DOI: <https://doi.org/10.1080/00048670701449161>.

Надійшла до редакції 06.05.2020

ДРУЗЬ Олег Васильович, доктор медичних наук, головний психіатр Міністерства оборони України, начальник клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих) Національного військово-медичного клінічного центру «Головний військовий клінічний госпіталь» (НВМКЦ «ГВКГ») Міністерства оборони (МО) України, м. Київ, Україна; e-mail: docod@bigmir.net

ЧЕРНЕНКО Інна Олександрівна, кандидат медичних наук, ординатор клініки психіатричної (з палатами для наркологічних хворих) НВМКЦ «ГВКГ» МО України, м. Київ, Україна; e-mail: Super-passa@ukr.net

DRUZЬ Oleh, Doctor of Medical Sciences, Head psychiatrist of Ministry of Defense of Ukraine, Head of the Psychiatric Clinic (with rooms for drug-addicted) of National Military Medical Clinical Centre "Main Military Clinical Hospital" (NMMCC "MMCH") of the Ministry of Defense of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: docod@bigmir.net

CHERNENKO Inna, MD, PhD, Clinical resident of the Psychiatric Clinic (with rooms for drug-addicted) of NMMCC "MMCH" of the Ministry of Defense of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: Super-passa@ukr.net

Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, Т. В. Панько
**КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ
 У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ**

Н. А. Марута, Г. Ю. Каленская, Т. В. Панько
Комплексная программа психокоррекции психических нарушений у внутренне перемещенных лиц

N. O. Maruta, G. Yu. Kalenska, T. V. Panko
Integrative program of psychocorrection of mental disorders in internally displaced persons

В статті подано результати скринінгу факторів психічної травматизації, рівня тривоги і депресії, психологічних особливостей внутрішньо переміщених осіб (ВПО), що звернулися за медичною допомогою. Визначено, що більша частина ВПО відрізнялись зниженням життєстійкості, низьким рівнем опірності стресам, актуалізацією неадаптивних копінг-стратегій, помірною вираженістю депресії та високими показниками тривоги, що можна розглядати як цілі психокорекційного втручання при порушеннях процесу адаптації у ВПО. Була розроблена програма психокорекції психічних порушень ВПО, яка становила поєднання тренінгів життєстійкості та ефективних копінг-стратегій. Наведено результати її апробації та доведено, що її застосування дає змогу суттєво знизити показники депресії і тривоги, підвищити показники життєстійкості, опірності стресам та сприяє актуалізації більш адаптивних копінг-стратегій.

Ключові слова: внутрішньо переміщені особи, адаптація, медична допомога, психокорекція, психічні порушення

В статье представлены результаты скрининга факторов психической травматизации, уровня тревоги и депрессии, психологических особенностей внутренне перемещенных лиц (ВПЛ), обратившихся за медицинской помощью. Определено, что большинство ВПЛ отличались снижением жизнестойкости, низким уровнем сопротивляемости стрессам, актуализацией неадаптивных копинг-стратегий, умеренной выраженностью депрессии и высокими показателями тревоги, что можно рассматривать в качестве целей психокоррекционного вмешательства при нарушениях процесса адаптации у ВПЛ. Была разработана программа психокоррекции психических нарушений ВПЛ, которая состояла из сочетания тренингов жизнестойкости и эффективных копинг-стратегий. Приведены результаты ее апробации и доказано, что ее применение позволяет значительно снизить показатели депрессии и тревоги, повысить показатели жизнестойкости, сопротивляемости стрессам и способствует актуализации более адаптивных копинг-стратегий.

Ключевые слова: внутренне перемещенные лица, адаптация, медицинская помощь, психокоррекция, психические нарушения

The article presents the results of screening for factors of mental trauma, anxiety and depression, psychological characteristics of internally displaced persons (IDPs) who needed medical help. It was determined that most IDPs were distinguished by a decrease in resilience, low level of resistance to stress, the actualization of non-adaptive coping strategies, moderate severity of depression and high level of anxiety, which can be considered as goals of psychocorrection intervention in violation of the adaptation process in IDPs. A program for the psychocorrection of mental disorders of IDPs was developed and consisted of a combination of trainings of resilience and effective coping strategies. The results of its testing are presented and it is proved that its use can significantly reduce level of depression and anxiety, increase vitality, resistance to stress and contribute to the updating of more adaptive coping strategies.

Key words: internally displaced persons, adaptation, medical care, psychocorrection, mental disorders

Проблема внутрішньо переміщених осіб (ВПО) є однією з найгостріших для України. Внаслідок довготривалого воєнного конфлікту на Донбасі, окупації частин Донецької та Луганської областей та анексії Криму близько 1,5 млн українців були змушені покинути власні домівки та переїхати до інших місць [1]. Ситуація воєнного конфлікту та вимушеного переселення є надзвичайним стресом, який в умовах невизначеності термінів розв'язання конфлікту стає хронічним. Зміна стереотипного способу життя, розрив звичних стосунків, втрата роботи, побутові та матеріальні проблеми призводять до навантаження адаптаційних систем особистості, емоційно-психологічних проблем та формування психічних порушень [2—4]. Адаптаційний процес в ситуації міграції, так само як і переживання міграції як життєво важливої події, залежать від обставин міграційного процесу, мотивації і бажаності цієї зміни в житті людини [3, 5]. Під час міграції порушується звична життєдіяльність, що може стати поштовхом для виникнення психічних розладів [2, 5, 6]. Психічні розлади охоплюють всі основні сфери особистості: емоційну, когнітивну, поведінкову, мотиваційно-потребову, комунікативну [5—7]. Загалом, для всіх ВПО найбільш гострими суперечностями в сфері співвіднесення цінності та доступності значущих сфер є такі:

невідповідність рівня домагань і рівня досягнень; потреба в незалежності та необхідність бути залежним, необхідність в отриманні допомоги й опіки; невідповідність норм і внутрішніх агресивних тенденцій (неможливість висловити свої почуття) [8, 9].

Внаслідок травматичного досвіду емоційно-психологічний стан людини змінюється, людина відчуває нестабільність, втрату контролю над ситуацією, власним життям, порушення ідентичності, розгубленість, відчуття незахищеності, злість та пошук винуватих, або навпаки сором та провини, що можуть проявлятися у вигляді функціональних симптомів, психосоматичних та психічних розладів, аддиктивних порушень [5, 7, 8, 10].

За даними досліджень, рівень нервово-психічних розладів серед ВПО є дуже високим та сягає 65—80 %. Принаймні у 30 % людей виявляють емоційні симптоми, а 15—20 % хворіють на психічні розлади, найпоширенішими з яких є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР — 10 %), велика депресія (5 %) та генералізований тривожний розлад (ГТР — 4 %). У деяких групах поширеність розладів є набагато вищою (62 % ПТСР та 51 % ГТР) [11]. За даними дослідження «Приховані наслідки конфлікту: проблеми психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб», проведеного 2017 року, 32 % вимушених переселенців в Україні хворіють на посттравматичний стресовий

розлад [12]. Причиною ПТСР є порушення сімейних зв'язків, соціальних відносин, втрата працездатності та інших функцій [5, 10—12].

В зв'язку з цим особливо актуальним постає питання психокорекції психічних розладів, що виникають у ВПО при вимушеній міграції, а також попередження їх формування, одним з напрямів вирішення якого є розроблення комплексної програми профілактики психічних порушень.

Мета дослідження — розробити та оцінити ефективність комплексної програми психокорекції психічних порушень серед ВПО.

Загальна кількість обстежених становила 51 ВПО, що звернулися за медичною допомогою: 37 (72,55 ± 6,25) % жінок та 14 (27,45 ± 6,25) % чоловіків. Більшу частину із обстежених становили особи середнього та старшого віку: від 50 до 59 років — (29,41 ± 6,38) %, від 60 до 69 років — (23,53 ± 5,94) % та від 40 до 49 років — (19,61 ± 5,56) %. У обстежених були встановлені такі діагнози: у 27,45 % ВПО — пролонгована депресивна реакція (F43.2); у 17,65 % осіб — посттравматичний стресовий розлад (F43.2); у 15,69 % ВПО — помірний депресивний епізод (F32.1); у 11,76 % пацієнтів — органічний тривожний розлад (F06.4); у 11,76 % осіб — розлади адаптації (F43); у 7,84 % — органічний афективний (депресивний) розлад (F06.3); у 3,92 % осіб — рекурентний депресивний розлад (F33.1) та у 3,92 % — змішаний тривожно-депресивний розлад (F41.2). Клінічна картина означених психічних розладів, незалежно від нозологічної належності, характеризувалась поліморфізмом симптоматики та охоплювала порушення емоційного спектра, вегетативно-соматичні та когнітивні порушення. В структурі психопатологічних проявів у ВПО спостерігались окремі симптоми ПТСР у вигляді флешбеків (нав'язливих тривожних спогадів минулих подій), тривоги та страху, роздратування, безпричинної агресії, порушень сну та соматичних розладів.

Для аналізу стану пацієнтів та для оцінювання ефективності комплексної програми психокорекції психічних порушень серед ВПО використовували комплекс клініко-психопатологічних, психометричних (шкала Гамільтона для оцінки депресії та тривоги, методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге), психодіагностичних (опитувальник Хейма, тест життєстійкості Маді) та статистичних методів (точний метод Фішера, *t*-критерій Стюдента) дослідження [13—17].

Оцінення факторів психічної травматизації (ФПТ) показало представленість фізіологічних, психоемоційних, соціально-психологічних та інформаційних факторів, які оцінювали в динаміці, як ретроспективно під час перебування у зоні АТО, через 12 та 24 місяці після переїзду та під час обстеження (табл. 1).

До фізіологічних факторів, які відзначалися переважно під час перебування в зоні військових дій, пацієнти відносили звуки стрілянини, вибухів, свист куль і осколків снарядів, звуки руйнування будинків, постійне напруження з готовністю бігти в укриття, недостатній сон, відсутність повноцінного режиму їжі і пиття, відсутність звичних умов життя (перебої зі світлом, подачею газу, води). Психоемоційні фактори характеризувалися відчуттям реальної загрози для свого життя і життя близьких, страхом отримати поранення або травму, страхом і тривогою перед кожною годиною життя в зоні військових дій, спостереженням загибелі оточуючих (військових і цивільних осіб), страхом, що все це може повторитися. Структура соціально-психологічних чинників характеризувалася нерозумінням того, що відбувається, нерозумінням причин бойових дій, відсутністю контактів з родичами, які проживали в інших районах бойових дій, втратою соціального статусу — роботи, житла, розгубленість і неможливість змінити те, що відбувається. Як інформаційні фактори пацієнти відзначали відсутність інформації, її суперечливість.

Таблиця 1. Характеристика та представленість факторів психічної травматизації у внутрішньо переміщених осіб

Найменування показників		Фактори психічної травматизації							
		фізіологічні		психоемоційні		соціально-психологічні		інформаційні	
момент обстеження	гендерна ознака	<i>n</i>	% ± <i>m</i> %	<i>n</i>	% ± <i>m</i> %	<i>n</i>	% ± <i>m</i> %	<i>n</i>	% ± <i>m</i> %
Під час перебування у зоні АТО	чоловіки	12	85,71 ± 9,35	13	92,86 ± 6,88	9	64,29 ± 12,81	12	85,71 ± 9,35
	жінки	35	94,59 ± 3,72	37	100,00	17	45,95 ± 8,19	18	48,65 ± 8,22
Через 12 місяців	чоловіки	5	35,71 ± 12,81	9	64,29 ± 12,81	11	78,57 ± 10,97	12	85,71 ± 9,35
	жінки	10	27,03 ± 7,30	34	91,89 ± 4,49	31	83,78 ± 6,06	11	29,73 ± 7,51
Через 24 місяці	чоловіки	5	35,71 ± 12,81	12	85,71 ± 9,35	9	64,29 ± 12,81	6	42,86 ± 13,23
	жінки	9	24,32 ± 7,05	27	72,97 ± 7,30	29	78,38 ± 6,77	11	29,73 ± 7,51
Під час обстеження	чоловіки	3	21,43 ± 10,97	12	85,71 ± 9,35	10	71,43 ± 12,07	4	28,57 ± 12,07
	жінки	9	24,32 ± 7,05	24	64,86 ± 7,85	31	83,78 ± 6,06	8	21,62 ± 6,7

Примітка. Тут і далі: *n* — кількість обстежених; % ± *m* % — відсоток і помилка відсотка

Оцінка ФПТ відображає певну їх динаміку. Зокрема, всі обстежені констатували у себе сукупність фізіологічних, психоемоційних, соціально-психологічних, інформаційних ФПТ з перенесеною сильною стресовою ситуацією, до якої ніхто з них не був готовий. Ретроспективна оцінка ФПТ під час перебування обстежених у зоні АТО свідчить, що у (85,71 ± 9,35) % чоловіків та (94,59 ± 3,72) % жінок переважали фізіологічні фактори. Також у великій

цієї, до якої ніхто з них не був готовий. Ретроспективна оцінка ФПТ під час перебування обстежених у зоні АТО свідчить, що у (85,71 ± 9,35) % чоловіків та (94,59 ± 3,72) % жінок переважали фізіологічні фактори. Також у великій

кількості жінок та чоловіків часто виявлялись психоемоційні фактори — відповідно ($100,00 \pm 0,00$) % та ($92,86 \pm 6,88$) % випадків. Інформаційні фактори також переважали у чоловіків — ($85,71 \pm 9,35$) %, у жінок вони виявлялись у ($48,65 \pm 8,22$) % випадків. Соціально-психологічні фактори спостерігалися у ($64,29 \pm 12,81$) % чоловіків та у ($45,95 \pm 8,19$) % жінок. Через 12 місяців у жінок вірогідно частіше реєструвалися психоемоційні ($91,89 \pm 4,49$) % та соціально-психологічні ($83,78 \pm 6,06$) % ФПТ; у чоловіків переважали інформаційні ФПТ ($85,71 \pm 9,35$) % та соціально-психологічні ($78,57 \pm 10,97$) %. Через 24 місяці у жінок вірогідно частіше відзначалися соціально-психологічні ($78,38 \pm 6,77$) %

та психоемоційні ($72,97 \pm 7,30$) % ФПТ, у чоловіків також переважали психоемоційні ($85,71 \pm 9,35$) % та соціально-психологічні ($64,29 \pm 12,81$) %. На момент обстеження, через 5 років від початку військового конфлікту, у жінок та чоловіків вірогідно частіше відзначалися соціально-психологічні ФПТ ($83,78 \pm 6,06$) % та ($71,43 \pm 12,07$) %, психоемоційні ФПТ ($64,86 \pm 7,85$) % та ($85,71 \pm 9,35$) % відповідно.

Також усім хворим оцінювали рівень депресії та тривоги за шкалою Гамільтона. Здебільшого у обстежених ВПО переважав помірний рівень депресії ($66,67 \pm 7,70$) % та високий рівень тривоги ($56,86 \pm 7,47$) % (табл. 2).

Таблиця 2. Показники тривоги та депресії у внутрішньо переміщених осіб

Найменування показників	Низький рівень		Помірний рівень		Високий рівень	
	n	% $\pm$ m %	n	% $\pm$ m %	n	% $\pm$ m %
Депресія	0	0	34	$66,67 \pm 7,70$	17	$33,33 \pm 5,44$
Тривога	4	$7,84 \pm 1,51$	18	$35,68 \pm 5,68$	29	$56,86 \pm 7,47$

У обстежених ВПО переважали неадаптивні копінг-стратегії: 45,10 % хворих актуалізували неадаптивні копінг, 31,37 % — відносно адаптивні та 23,53 % — адаптивні. Серед когнітивних копінгів у обстежених переважали «розгубленість» ($27,45 \pm 4,68$) %, «смирненя» ($17,65 \pm 3,20$) % та «релігійність» ($15,69 \pm 2,88$) %. Серед емоційних копінгів були більш актуалізовані «придушення емоцій» ($21,57 \pm 3,82$) %, «покірність» ($17,65 \pm 3,20$) %, «самозвинувачення» ($15,69 \pm 2,88$) % та «пасивна кооперація» ($13,73 \pm 2,55$) %. Серед поведінкових копінг-стратегій переважали «активне

уникнення» ($29,41 \pm 4,94$) %, «відступ» ($17,65 \pm 3,20$) %, «звернення» ($15,69 \pm 2,88$) % та «компенсація» ($13,73 \pm 2,55$) %.

У 76,47 % ВПО, що звернулись за медичною допомогою, був встановлений низький рівень опірності стресам, у 21,57 % — середній та у 1,96 % — високий.

У більшості частини обстежених ВПО був встановлений низький рівень життєстійкості ($66,67 \pm 7,70$) %, середній рівень залученості ($54,90 \pm 7,37$) %, низький рівень прийняття ризику ($56,86 \pm 7,47$) % та контролю ($45,10 \pm 6,68$) % (табл. 3).

Таблиця 3. Показники життєстійкості у внутрішньо переміщених осіб

Найменування показників	Низький рівень		Середній рівень		Високий рівень	
	n	% $\pm$ m %	n	% $\pm$ m %	n	% $\pm$ m %
Життєстійкість	34	$66,67 \pm 7,70$	13	$25,49 \pm 4,40$	4	$7,84 \pm 1,51$
Залученість	6	$11,76 \pm 2,21$	28	$54,90 \pm 7,37$	17	$33,33 \pm 5,44$
Контроль	23	$45,10 \pm 6,68$	20	$39,22 \pm 6,11$	8	$15,69 \pm 2,88$
Прийняття ризику	29	$56,86 \pm 7,47$	18	$35,68 \pm 5,68$	4	$7,84 \pm 1,51$

Отже, в результаті скринінгового аналізу було визначено, що ВПО, які звернулись за медичною допомогою, відрізняються зниженням життєстійкості, низьким рівнем опірності стресам, актуалізацією неадаптивних копінг-стратегій, помірною вираженістю депресії та високими показниками тривоги. Ці показники були обрані як мішені психокорекційного втручання при порушеннях процесу адаптації у ВПО.

Була розроблена психокорекційна програма психічних порушень (ПППП) ВПО для запобігання хроніфікації у них психічних порушень, яка передбачала такі завдання: підвищення життєстійкості та опірності стресовим факторам; розширення спектра копінг-стратегій; формування навичок використання адаптивних копінгів; зниження тривоги та депресії; аналіз та опанування адаптивних навичок поведінки в стресових ситуаціях, а також ситуаціях міжособистісного спілкування та виявлення внутрішніх ресурсів

для подолання пережитих подій та труднощів. ПППП становила поєднання тренінгів життєстійкості та ефективних копінг-стратегій.

Тренінг ефективних копінг-стратегій проводили з метою підвищення ефективності актуалізації адаптивних копінг-стратегій у ВПО, він був спрямований на підвищення стійкості пацієнтів до стресових впливів, можливості створення альтернативних форм поведінки і їх оцінення до безпосередньої реакції на подію, а також сприяв формуванню навичок соціальної компетентності. Тренінгова програма охоплювала такі етапи: 1 етап — *введення в тренінг* — метою цього етапу стало розширення знань щодо копінг-поведінки, ознак її ефективності, когнітивно-сміслових бар'єрів використання конструктивних (ефективних) стратегій; розширення розуміння зв'язку між суб'єктивними установками; репрезентації важких ситуацій і особливостями поведінки в них; формування обізнаності щодо

засобів подолання проблемних ситуацій. Здійснюється засобами міні-лекцій, дискусій.

Метою 2-го етапу — *оцінювання важких ситуацій* — стало підвищення мотивації щодо вдосконалення стрес-долаючої поведінки та на усвідомлення індивідуальних відмінностей в суб'єктивних образах і інтерпретаціях, усвідомлення репертуару копінг-поведінки, а також прояснення рівня домагань, уявлень про «Я-концепції», актуальних смислів особистості. Здійснюється за допомогою обговорення в колі, персональних письмових завдань, проєктивних тестів (малюнків), вправ на розвиток мотивації до вдосконалення копінг-поведінки, а також за допомогою групового підбиття підсумків щодо «психологічної вигоди» від оволодіння новими конструктивними копінг-стратегіями для особистого, сімейного життя, здоров'я і професійної діяльності.

3 етап — *роль особистості* — був спрямований на усвідомлення важливості суб'єктивних характеристик для подолання важких ситуацій, оцінювання ролі особистості і стресогенних ситуацій у виборі стратегій копінг-поведінки з метою розширення уявлень про особистісно-ситуаційний контекст копінг-поведінки. Досягається аналізом копінг-поведінки в іграх.

В процесі 4-го етапу — *робота зі смислами* — досягали мети — усвідомлення цілей та факторів привабливості життя. Використовували вправи, спрямовані на усвідомлення справжніх і несправжніх смислів життя. Обговорення важливості визначення мети для побудови усвідомлених стратегій життєвого розвитку. Досягається за допомогою широкого спектра методів активного зворотного зв'язку щодо поведінки в ситуаціях, що моделюють типові дії, активізації відповідальності і гнучкості копінг-поведінки, адекватних об'єктивним характеристикам ситуації. За допомогою дискусій і рольових ігор підвищується усвідомленість переваг нових способів подолання для підвищення задоволеності якістю життя.

5 етап — *ресурси копінг-поведінки* — метою цього етапу був пошук та усвідомлення ресурсної бази учасників: аналіз наявних ресурсів стресостійкості, що допомагають в індивідуальному плануванні і проєктуванні стратегій поведінки в широкому діапазоні життєвих ситуацій. Здійснюється за допомогою розширення простору цілей, навчання принципам і критеріям ефективного цілеутворення, обговорення стратегій долаючої поведінки, що сприяють їх досягненню.

6 етап — *бар'єри самозміни* — був спрямований на активізацію раціонального мислення і конструктивної копінг-поведінки. Обговорення особистих бар'єрів і труднощів реалізації конструктивних копінг-стратегій в житті. Використання технік когнітивного переструктурування для виправлення ірраціональних переконань, поглиблення розуміння глибинних причинно-наслідкових зв'язків між суб'єктив-нормативним баченням ситуації і мобілізацією ресурсів копінг-поведінки.

Тривалість тренінгу ефективних копінг-стратегій становила 24 години — 6 занять по 4 години. Заняття проводили 2 рази на тиждень.

Тренінг «Життєстійкість» був спрямований на підвищення рівня життєстійкості завдяки реалізації таких завдань: а) формування у учасників ставлення до життя як цінності; б) розвиток та підтримка позитивної само-

свідомості і самооцінки; в) формування адекватної оціночної діяльності; г) навчання навичкам конструктивної взаємодії; д) усвідомлення і структурування власних ресурсів стресостійкості; ж) оволодіння засобами емоційної саморегуляції.

Тренінг життєстійкості ґрунтується на припущенні, що життєстійкість не є вродженою властивістю, а формується протягом життя (Khoshaba, Maddi, 1999). Це — система переконань, яка може бути розвинена. У тренінгу використовували такі техніки:

1. Реконструкція ситуацій. При використанні цієї техніки акцент ставлять на уяву і розв'язання проблеми. Визначають ситуації, що сприймаються як стресові; стресові обставини розглядають в розширеній перспективі. У межах реконструкції ситуацій використовували уяву кращих і гірших альтернатив ситуації.

2. Фокусування. Застосовували в разі неможливості прямої трансформації стресових обставин. Техніка становить пошук погано усвідомлюваних емоційних реакцій (які перешкоджають прийняттю рішення) за допомогою звернення до «внутрішнього змісту». Метою є емоціональний інсайт, що сприяє перетворенню стресових ситуацій в можливості.

3. Компенсаторне самовдосконалення. Якщо ситуацію не можна трансформувати, роблять акцент на іншій проблемі, яка якимось пов'язана з цією. Її розв'язання спонукає людину надавати увагу тому, що можна змінити (бо неможливо контролювати все).

4. Усвідомлення ресурсів стресостійкості. Спрямоване на інформування учасників про вплив стресу на тіло і психіку людини, ознайомлення учасників з найважливішими поняттями теорії стресу, як-от стресор, адаптивний синдром, фрустрація, психосоматичні захворювання. Після надання тренером цієї інформації зміст кожного з цих понять обговорюють в процесі вправ або у формі групових тематичних дискусій. В результаті роботи учасники навчаються відстежувати ознаки стресу і його наслідки у себе та інших людей та починають усвідомлювати вплив цих стресорів, аби в подальшому контролювати власну поведінку в ситуації стресу.

5. Навчання навичкам саморегуляції свого стану, до яких належать: вміння застосовувати техніки релаксації, моніторинг власного фізичного стану, вміння регулювати дихання, володіння окремими техніками медитації і візуалізації.

Тривалість тренінгу становила 28 годин — 7 занять по 4 години. Заняття проводили 2 рази на тиждень.

Отже, запропонована ПППП забезпечує комплексний вплив на когнітивний, емоційний, психофізіологічний, поведінковий та соціальний аспекти функціонування особистості. Реалізація програми забезпечує формування навичок самоаналізу та самоконтролю власного психоемоційного стану; дає змогу розширити діапазон використання адаптивних копінг-стратегій; надає ресурси щодо зміни особистісного та сімейного функціонування задля профілактики психопатологічних порушень.

В апробації ПППП взяли участь 51 особа, які були залучені до групової роботи та пройшли запропонований курс. Як критерії для оцінювання ефективності запропонованої програми були обрані показники тривог та депресії, рівень життєстійкості й опірності стресам та провідні копінг-стратегії.

За результатами проведеного оцінювання за шкалою депресії Гамільтона визначено, що після проходження ПППП серед ВПО на 43,14 % збільшилась кількість осіб з низьким рівнем депресії ($p = 0,0001$), на 25,49 % зменшилась кількість осіб з помірним рівнем депресії (ДК = 2,09, MI = 0,29, $p = 0,0057$) та на 17,64 % зменшилась кількість осіб з високим рівнем депресії (ДК = 3,27, MI = 0,29, $p = 0,0220$). Динаміка тривоги за шкалою Гамільтона мала схожу тенденцію: у більшій частини ВПО ($78,43 \pm 7,28$) % визначався низький рівень тривоги після проходження ПППП (ДК = 10,00, MI = 3,53, $p < 0,0001$).

За даними методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса и Раге було визначено, що після проходження ПППП у більшій частини обстежених ВПО ($54,90 \pm 7,37$) %, що звернулись за медичною допомогою, був зафіксований високий рівень опірності стресам (ДК = 14,47, MI = 3,83, $p < 0,0001$), у 29,41 % — середній та у 15,68 % — низький (ДК = 6,88, MI = 2,09, $p < 0,0001$).

За результатами оцінки результатів тесту життєстійкості Маді у більшій частини обстежених ВПО після проходження ПППП визначався високий рівень життєстійкості ($45,10 \pm 6,68$) % (ДК = 7,60, MI = 1,42, $p < 0,0001$), високий рівень залученості ($50,98 \pm 7,14$) % (ДК = 1,85, MI = 0,16, $p = 0,0319$), помірний рівень прийняття ризику ($43,14 \pm 6,51$) % та контролю ($52,94 \pm 7,26$) % (ДК = 1,76, MI = 0,16, $p < 0,0323$).

Динаміка використання копінг-стратегій, що оцінювали за опитувальником Хейма, продемонструвала, що після проходження ПППП 21,57 % пацієнтів схильні були актуалізувати неадаптивні копінги (ДК = 3,52, MI = 1,06, $p < 0,0002$), 33,33 % — відносно адаптивні та 45,10 % — адаптивні копінг-стратегії (ДК = 2,61, MI = 1,45, $p < 0,0001$): тобто було доведено, що знизилась актуалізація неадаптивних копінг-стратегій завдяки підвищенню актуалізації адаптивних копінг-стратегій. Серед когнітивних копінгів у обстежених переважали «збереження самовладання» ($23,53 \pm 4,12$) % та «проблемний аналіз» ($37,25 \pm 5,90$) %. Серед емоційних копінгів були більш актуалізовані «оптимізм» ($25,49 \pm 4,40$) %, та «пасивна кооперація» ($19,61 \pm 3,52$) %. Серед поведінкових копінг-стратегій переважали «Співпраця» ($29,41 \pm 4,94$) %, «конструктивна активність» ($39,22 \pm 6,11$) %.

Проведене дослідження дало змогу дійти таких висновків.

1. Доведено, що ВПО, які звернулись за медичною допомогою, відрізняються зниженням життєстійкості, низьким рівнем опірності стресам, актуалізацією неадаптивних копінг-стратегій, помірно вираженістю депресії та високими показниками тривоги, що можна розглядати як цілі психокорекційного втручання при порушеннях процесу адаптації у ВПО.

2. Була розроблена психокорекційна програма психічних порушень ВПО для запобігання хроніфікації психічних порушень, яка передбачала такі завдання: підвищення життєстійкості та опірності стресовим факторам; розширення спектра копінг-стратегій; формування навичок використання адаптивних копінгів; зниження тривоги та депресії; аналіз та опанування адаптивних навичок поведінки в стресових ситуаціях, а також ситуаціях міжособистісного спілкування

та виявлення внутрішніх ресурсів для подолання перешкоджених подій та труднощів. ПППП становила поєднання тренінгів життєстійкості та ефективних копінг-стратегій.

3. Доведена ефективність запропонованої програми, яка полягає в зниженні показників депресії (ДК = 3,27, MI = 0,29) і рівня тривожності (ДК = 10,00, MI = 3,53), підвищенні показників життєстійкості (високий рівень життєстійкості (ДК = 7,60, MI = 1,42), високий рівень залученості (ДК = 1,85, MI = 0,16) та помірний рівень контролю (ДК = 1,76, MI = 0,16)) і опірності стресам (ДК = 14,47, MI = 3,83) та актуалізації більш адаптивних копінг-стратегій (ДК = 2,61, MI = 1,45) у ВПО після проходження психокорекційної програми.

Отже, отримані дані слід брати до уваги під час використання психокорекційних заходів для ВПО, що звернулись за медичною допомогою.

Список літератури

1. Интерфакс Украина. Информационное агентство. 15.08.2018. Менее половины внутренне перемещенных лиц в Украине трудоустроены. URL: <https://interfax.com.ua/news/general/524809.html>.
2. Константинов В. В. Стратегии социально-психологической адаптации мигрантов // Ученые записки: электронный научный журнал Курского государственного университета. 2018. № 2 (46). С. 294—304. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/strategii-sotsialno-psiologicheskoy-adaptatsii-migrantov>.
3. Сулова Т. Ф. Адаптация мигрантов: понимание проблемы в контексте конструктивистского подхода // Международный научно-исследовательский журнал. 2016. № 9 (51). Часть 3. С. 100—103. DOI: 10.18454/IRJ.2016.51.037.
4. Моросанова В. И, Нестерова А. А., Сулова Т. Ф. Факторы позитивной адаптации мигрантов: анализ теоретических подходов // Психологический журнал. 2015. Т. 36, № 5. С. 98—109. URL: <http://naukarus.com/factory-pozitivnoy-adaptatsii-migrantov-analiz-teoreticheskikh-podhodov>.
5. Психологічні фактори ризику виникнення психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб / Н. О. Марута, Г. Ю. Каленська, В. Ю. Федченко [та ін.] // Львівський клінічний вісник / Lviv clinical bulletin. 2020, 1 (29): 21—28. DOI: <https://doi.org/10.25040/lkv2020.01.021>.
6. Константинов В. В., Лапшина Т. В. Специфика проживания мигрантов и социально-психологические факторы субъективного благополучия представителей принимающего сообщества // Общество: социология, психология, педагогика. 2015. № 6. С. 67—70. <https://cyberleninka.ru/article/n/spetsifika-prozhivaniya-migrantov-i-sotsialno-psiologicheskie-factory-subektivnogo-blagopoluchiya-predstaviteley-prinimayushchego>.
7. Особливості психічного стану внутрішньо переміщених осіб (структура та вираженість психопатологічних порушень) / Марута Н. О., Явдак І. О., Колядко С. П. [та ін.] // Медична психологія. 2019. № 3. С. 40—44.
8. Набиуллина Р. Р., Тухтарова И. В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция): учебное пособие. Казань, 2003, С. 23—29.
9. Психология кризисных и экстремальных ситуаций: психическая травматизация и ее последствия / под ред. Н. С. Хрусталева. СПб.: Изд-во С.Петербург. ун-та, 2014. 372 с. URL: <https://rucont.ru/efd/693318>.
10. Рыбаковский Л. Л., Кожевникова Н. И., Савинков В. И. Межрайонные миграционные связи, их особенности и измерение // Уровень жизни населения регионов России. 2020. Т. 15, № 3. С. 25—35. DOI: <https://doi.org/10.24411/1999-9836-2019-10070>.
11. Кутько И. И., Панченко О. А., Линева А. Н. Посттравматическое стрессовое расстройство у перенесших вооруженный конфликт. Клиническая динамика, диагностика, лечение

и реабилитация // Український медичний часопис. 2016 — I/II. № 1 (111).

12. Робертс Б., Махашвілі Н., Джавахішвілі Д. Приховані наслідки конфлікту: Проблеми психічного здоров'я та доступ до послуг серед внутрішньо переміщених осіб в Україні / International Alert; ГП-Тбілісі; Лондонська школа гігієни і тропічної медицини. 2017. 25 с.

13. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : учебное пособие / Райгородский Д. Я. (редактор-составитель). Самара : Издательский Дом «Бахрах-М», 2001. 672 с.

14. Рассказова Е. И., Леонтьев Д. А. Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала // Личностный потенциал: структура и диагностика / под ред. Д. А. Леонтьева. М. : Смысл, 2011. С. 178—209.

15. Hamilton M. A rating scale for depression // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 1960. Vol. 23. P. 563—62. PMID 14399272.

16. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. Br J Med Psychol. 1959. Vol. 32. P. 50—55.

17. Лупандин В. И. Математические методы в психологии : учеб. пособие. 4-е изд., перераб. Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2009. 196 с.

Надійшла до редакції 20.05.2020

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-дослідної роботи Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна; e-mail: mscience@ukr.net

КАЛЕНСЬКА Галина Юріївна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

ПАНЬКО Тамара Василівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: tamarapanko@ukr.net

MARUTA Nataliya, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director on Scientific Work of State Institution "Institute of Neurology Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: mscience@ukr.net

KALENSKA Galyna, PhD in Psychological Sciences, Senior Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

PANKO Tamara, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: tamarapanko@ukr.net

Г. Я. Пилягіна, О. О. Башинський

САМОРУЙНІВНА ПОВЕДІНКА У ПАЦІЄНТІВ З ПСИХОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ ШИЗОФРЕНІЧНОГО СПЕКТРА

Г. Я. Пилягина, А. А. Башинский

Саморазрушающее поведение у пациентов с психотическими расстройствами шизофренического спектра

G. Pyliagina, O. Bashynskiy

Self-destructive behavior in patients with psychotic disorders of the schizophrenia spectrum

В цьому дослідженні було вивчено особливості патогенезу саморуйнівної поведінки (СрПв) і реалізації самоушкоджень (Суд) у пацієнтів з психотичними розладами шизофреничного спектра (ПсР ШФС). Було обстежено 77 пацієнтів з діагнозами шизофренія, шизоафективний розлад та гострий поліморфний психотичний розлад. За диференціальними ознаками патогенезу СрПв пацієнти були поділені на дві групи: перша група — хворі з ПсР ШФС, у яких прояви СрПв були протягом всього процесу захворювання та розвивалися як коморбідний психопатологічно-поведінковий розлад (Гр1 ПостСрПв), друга група — хворі, в яких прояви СрПв формувалися за механізмом вторинного поведінкового розладу та виникали лише на висоті загострення психопатологічної симптоматики з наявністю імперативних псевдогалюцинацій (Гр2 ІмпСуд).

За результатами дослідження було виявлено суттєве переважання пацієнтів з шизофренією та з галюцинаторно-параноїдним синдромом в обох групах досліджених. Вірогідно частіше хворі на шизофренію здійснювали імпульсивні Суд під впливом імперативних псевдогалюцинацій. Було виявлено вірогідні відмінності в мотиваційних установках серед обстежених пацієнтів. В Гр1 ПостСрПв основними мотиваційними установками були психологічні проблеми, пов'язані з наявністю хвороби, соціальними негараздами та міжособистісними проблемами, тоді як в Гр2 ІмпСуд основною причиною реалізації Суд був вплив імперативних псевдогалюцинацій з «наказом» на здійснення такого аутодеструктивного вчинку. За результатами тестування (шкала імпульсивності Р. Плучика) був виявлений набагато вищий рівень імпульсивності в Гр1 ПостСрПв.

Проведене дослідження підтвердило наявність принципово різних шляхів формування і динаміки СрПв і скоєння Суд пацієнтами з ПсР ШФС, що треба брати до уваги в процесі їх лікування та реабілітації.

Ключові слова: саморуйнівна поведінка, самоушкоджувальні дії, психотичні розлади шизофреничного спектра

В данном исследовании были изучены особенности патогенеза саморазрушающего поведения (СрПв) и реализации самоповреждающих действий (СпД) у пациентов с психотическими расстройствами шизофренического спектра (ПсР ШФС). Были обследованы 77 пациентов с диагнозами шизофрения, шизоаффективное расстройство и острое полиморфное психотическое расстройство. Согласно дифференциальным признакам патогенеза СрПв, пациенты были разделены на две группы: первая группа — больные с ПсР ШФС, у которых проявления СрПв имели место на протяжении всего процесса заболевания и развивались как коморбидное психопатологически-поведенческое расстройство (Гр1 ПостСрПв), вторая группа — больные, у которых проявления СрПв формировались по механизму вторичного поведенческого расстройства и появлялись только на высоте обострения психопатологической симптоматики с наличием императивных псевдогаллюцинаций (Гр2 ИмПСД).

По результатам исследования было выявлено значительное преобладание пациентов с шизофренией и с галлюцинаторно-параноидным синдромом в обеих группах исследованных. Достоверно чаще больные шизофренией осуществляли импульсивные СпД под влиянием императивных псевдогаллюцинаций. Обнаружены достоверные различия в мотивационных установках среди обследованных пациентов. В Гр1 ПостСрПв основными мотивационными установками были психологические проблемы, связанные с наличием болезни, социальными проблемами и межличностными проблемами, в то время как в Гр2 ИмПСД основной причиной реализации СпД было влияние императивных псевдогаллюцинаций с «приказом» осуществить такой аутодеструктивный поступок. По результатам психометрического тестирования (шкала импульсивности Р. Плучика) обнаружен достоверно более высокий уровень импульсивности в Гр1 ПостСрПв.

Проведенное исследование подтвердило наличие принципиально разных путей формирования СрПв и совершения СпД пациентами с ПсР ШФС, что должно быть учтено в тактике их лечения и реабилитации.

Ключевые слова: саморазрушающее поведение, самоповреждающие действия, психотические расстройства шизофренического спектра

The present study assesses the peculiarities and the pathways of self-destructive behavior (SDB) and self-injury acts (SI) in a group of inpatients who have schizophrenia spectrum psychotic disorders (SSPD). They were 77 patients with schizophrenia, schizoaffective disorder and acute polymorphic psychotic disorder examined in this issue and divided into 2 groups according to the pathways types of SDB: the first group — patients with permanent peculiarities of SDB as comorbid disturbance (Gr1 PermSDB), the second group — patients with impulsive SDB manifestations as secondary behavior disturbance on background acute psychotic episode with imperative pseudo-hallucinations (Gr2 ImpSI).

There was a weighty predominance of patients with schizophrenia and hallucinatory-paranoid syndrome in both groups. Patients with schizophrenia more frequently realized impulsive SI exactly with imperative pseudo-hallucinations as the cause of them. Significant difference in motivation of SDB and SI was found in different groups. In Gr1 PermSDB the main motivation was psychological problems associated with mental illness, social and interpersonal problems, while in Gr2 ImpSI the exclusive reason of SI was «command» to do it under influence of imperative pseudo-hallucinations. The psychometric results (the Plutchik's impulsivity scale) revealed a much higher level of impulsivity in Gr1 PermSDB.

Results confirmed that fundamentally diverse pathways for SDB manifestation and dynamic of it, also SI motivation exist in patients with SSPD. It should be taken in the treatment tactic and rehabilitation course for such different patients.

Key words: self-destructive behaviour, self-injury, psychotic disorders of the schizophrenia spectrum

За даними ВООЗ — люди, які страждають на психічні розлади, в середньому вмирають на 20 років раніше, ніж населення загалом. Досить часто причиною смерті

таких пацієнтів є самогубство або летальні наслідки самоушкоджень, особливо в молодому віці [1]. Саме тому дослідження, що пов'язані з розв'язанням проблем взаємовпливу психотичних розладів (ПсР) та саморуйнівної поведінки (СрПв), є актуальними та своєчасними.

СрПв є широким поняттям, яке стосується будь-яких поведінкових проявів чи когнітивно-афективних феноменів, що мають аутодеструктивний чи аутоагресивний зміст і таким способом дезадаптивно впливають на психічну діяльність людини та її поведінку. Незалежно від того, при якому психічному розладі виникає СрПв, його прояви можуть бути у вигляді ідей чи намірів суїцидальної спрямованості та/або суїцидальних чи самошкодливих дій (Суд), усвідомлених та навмисних чи реалізованих під впливом хворобливих переживань [2].

Згідно з численними дослідженнями, прояви СрПв у хворих на ПсР є досить поширеною проблемою [3—5]. Зокрема, майже 50 % хворих з розладами шизофренічного спектра здійснюють Суд [6]. Вивчення СрПв у пацієнтів з ПсР доводить залежність їх проявів від тривалості захворювання [3, 5], від фабули психопатологічних переживань [7], від особливостей рівня соціального та емоційного інтелекту [8]. Але, за даними сучасної медичної літератури, недостатньо висвітлено питання особливостей патогенезу СрПв у пацієнтів з ПсР. Однак, саме характер патогенетичного розвитку СрПв у таких хворих має суттєву значущість на те, чи будуть ними здійснені Суд, та який характер ці вчинки будуть мати (вибір засобів здійснення, ступінь летальності тощо). Тому що не тільки факт виникнення будь-яких проявів СрПв у пацієнтів з ПсР, а й, насамперед, характер його патогенетичного розвитку, особливо щодо особливостей здійснення хворими Суд, має суттєві відмінності [9]. Мається на увазі, що прояви СрПв при ПсР можуть розвиватися як тривалий і коморбідний, психологічно зумовлений процес суїцидогенезу з реактивним здійсненням Суд на тлі гострих психотравматичних обставин чи на тлі загострення психотичної симптоматики з вираженими афективними порушеннями. Зовсім інший шлях патогенезу СрПв при ПсР — це гостра транзиторна маніфестація його проявів як вторинного психічно-поведінкового порушення з імпульсивною реалізацією Суд на тлі гострої психотичної симптоматики при розладах шизофренічного спектра (ШФС) чи деліріозних станах тощо.

Саме це визначило мету дослідження: вивчити особливості патогенезу СрПв і реалізації Суд у пацієнтів з ПсР ШФС.

Обстежено 77 пацієнтів з ПсР ШФС, які проходили стаціонарне лікування на базі КНП «Клінічна лікарня «Психіатрія» в м. Києві.

Критерії включення пацієнтів до дослідження були такими: інформована згода пацієнта на участь в дослідженні; вік — від 18 до 50 років; наявність ПсР ШФС (без вираженої дефіцитарної симптоматики, інтелектуально-мнестичного зниження та органічного ураження ЦНС); наявність проявів СрПв зі здійсненням Суд в період хвороби.

В усіх хворих під час проведення обстеження були виявлені ПсР ШФС за критеріями міжнародної класифікації хвороб X перегляду (МКХ-10), а також визначений факт здійснення Суд під час перебігу розладу. З загальної кількості обстежених пацієнтів до дослідження було залучено 35 осіб (45 %) з діагнозом шизофренія (Шф, F20.0), 22 особи (29 %) — з діагнозом шизоафективний розлад (ШаР, F25), а також 20 осіб (26 %) — з діагнозом гострий поліморфний ПсР

з симптомами Шф (ГППсР, F23.1). Розподіл обстежених пацієнтів за статтю був таким: чоловіки — 34 особи (44 %), жінки — 43 особи (56 %), середній вік хворих становив $32,9 \pm 8$ роки.

Згідно з метою дослідження, усі обстежені пацієнти були поділені на дві групи. До першої групи (Гр1 ПостСрПв) ввійшли 29 пацієнтів (37 % від загальної кількості обстежених) з ПсР, які висловлювались про постійну наявність проявів СрПв протягом усього періоду захворювання або більш ніж половини цього строку (за підтвердженням медичної документації), а Суд ці хворі здійснювали під впливом загострення суїцидальних ідей або саморуйнівних хворобливих переживань, що не залежало повною мірою від гостроти психопатологічної симптоматики. Другу групу (Гр2 ІмпСуд) становили 48 пацієнтів (63 % від загальної кількості обстежених), в яких прояви СрПв виникали лише на висоті загострення психопатологічної симптоматики, і саме це спричиняло реалізацію ними імпульсивних Суд, тоді як після редукції гострої психотичної симптоматики прояви СрПв у цих хворих зникали.

До всіх обстежених було застосовано клініко-психопатологічний метод дослідження за допомогою напівструктурованого клініко-діагностичного інтерв'ю та відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10, що дало змогу виявити відповідну синдромологічну структуру клінічної картини захворювання і характер ознак СрПв на момент огляду та в анамнезі хвороби, особливості реалізації Суд пацієнтами. Все це дало змогу проаналізувати характер патогенетичного розвитку СрПв та його відмінності в групах обстежених хворих. Також ми провели психометричне тестування із застосуванням шкали продуктивних та негативних симптомів (PANSS) для визначення гостроти та важкості психопатологічної симптоматики [10], а також шкали імпульсивності Р. Плучика (IS) для визначення рівня імпульсивності [11].

За результатами проведеного дослідження (табл. 1), серед всієї когорти обстежених пацієнтів за нозологічною належністю було виявлено суттєве вірогідне переважання кількості хворих на Шф порівняно з хворими на ШаР ($p = 0,03$) та з ГППсР ($p = 0,011$).

Таблиця 1. Розподіл обстежених хворих в групах за нозологічною належністю

Нозологічні одиниці	Гр1 ПостСрПв, абс. (% за групою / за нозологією)	Гр2 ІмпСуд, абс. (% за групою / за нозологією)	Всього, абс. (%)
Шф (F20.0)	12 (41,4 / 34,3)	23 (47,9* / 65,7**)	35 (45,5*)
ШаР (F25)	9 (31,0 / 40,9)	13 (27,1 / 59,1)	22 (28,6)
ГППсР (F23.1)	8 (27,6 / 40,0)	12 (25,0 / 60,0)	20 (26,0)
Усього, абс. (%)	29 (100)	48 (100)	77 (100)

Примітка. Тут і далі — різниці вірогідні: * — при $p < 0,05$, ** — при $p < 0,01$

Беззаперечно й вірогідно домінування кількості випадків Шф серед усіх обстежених пацієнтів свідчить, що серед ПсР саме наявність шизофренічного процесу здебільшого впливає на виникнення СрПв, хоча і за різними патогенетичним механізмами й проявами за суттю: як тих, що є психологічно зумовленими

і тривають протягом усього захворювання, коливаючись за гостротою та формами (суїцидальні думки, Суд різного ступеня спланованості й летальності), так і тих, які проявлялися імпульсивною реалізацією Суд, котрі були здійснені пацієнтами майже винятково під впливом імперативних псевдогалюцинацій. І власне, як це було зафіксовано результатами дослідження, саме імпульсивні Суд найбільш притаманні хворим на Шф. Тому кількість хворих на Шф в Гр2 ІмпСуд була суттєво більшою порівняно з Гр1 ПостСрПв — в 1,92 раза більше ($p = 0,008$). І до того ж дослідження засвідчило, що в Гр2 ІмпСуд кількість випадків Шф вірогідно перевищувала кількість пацієнтів з іншими ПсР ШфС: порівняно з хворими на ШаР в 1,8 раза ($p = 0,035$), а з хворими з ГППСР — в 1,91 раза ($p = 0,019$).

Але реалізація саме імпульсивних Суд, які хворі здійснювали під впливом імперативних псевдогалюцинацій, також переважала при інших видах ПсР ШфС. Зокрема, переважання випадків імпульсивно реалізованих Суд пацієнтами Гр2 ІмпСуд над випадками, які були здійснені пацієнтами Гр1 ПостСрПв, було несуттєво, але вищим у пацієнтів як з ШаР (на 19,1 %, $p = 0,7$), так і з ГППСР (на 20,0 %, $p = 0,8$).

Щодо кількості випадків Шф серед хворих у Гр1 ПостСрПв, то їх кількість також, як і в Гр2 ІмпСуд, була більшою ніж кількість пацієнтів з ШаР та з ГППСР, хоча

статистично вірогідного переважання цієї нозології в цієї групі виявлено не було ($p > 0,05$). Кількість пацієнтів в Гр1 ПостСрПв з ШаР та з ГППСР була майже рівнозначною за абсолютними та відносними значеннями до кількості випадків, котрі були віднесені до Гр2 ІмпСуд.

Отримані результати свідчать, що при всіх ПсР ШфС шляхи розвитку СрПв мають вірогідно суттєві відмінності. Зокрема, важливо розуміти, що більшу частину аутодеструктивних дій хворі з ПсР ШфС здійснюють імпульсивно під впливом гострої галюцинаторно-параноїдної симптоматики, однак у 34—40 % випадків (у 34,3 % пацієнтів при Шф, у 40,0 % — при ГППСР і у 40,9 % — при ШаР) прояви СрПв психологічно «вбудовуються» в хворобливі переживання і стають коморбідним процесом, який суттєво патопластично впливає на актуальний психічний стан хворих, їх поведінку та його треба брати до уваги в процесі лікування і психологічної реабілітації.

Окрім особливостей проявів СрПв з погляду нозологічної належності обстежених хворих ми вивчали відмінності провідних клінічних синдромів в цієї вибірці пацієнтів. Під час проведення дослідження в усіх хворих в клінічній картині було зафіксовано лише галюцинаторно-параноїдний та афективно-параноїдний синдроми (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл обстежених хворих за провідним клінічним синдромом в Гр1 ПостСрПв та в Гр2 ІмпСуд при окремих нозологіях

Синдроми	Гр1 ПостСрПв, $n = 29$ абс. (%)	Гр2 ІмпСуд, $n = 48$ абс. (%)	Шф, $n = 35$ абс. (%)	ШаР, $n = 22$ абс. (%)	ГППСР, $n = 20$ абс. (%)
Галюцинаторно-параноїдний	7 (24,1)	38 (79,2)***	29 (82,9)***	7 (31,8)	9 (45,0)
Афективно-параноїдний	22 (75,9)***	10 (20,8)	6 (17,1)	15 (68,2)*	11 (55,0)

Примітка: *** — $p < 0,001$

Галюцинаторно-параноїдний симптомокомплекс в 3,8 раза частіше спостерігався в Гр2 ІмпСуд ($p = 0,000$), тимчасом як афективно-параноїдний синдром в 3,1 раза частіше спостерігався серед пацієнтів в Гр1 ПостСрПв ($p = 0,000$). Отже, було доведено, що є якісні відмінності щодо клініко-патогенетичного базису розвитку СрПв та здійснення Суд в різних групах обстежених пацієнтів. Пацієнти з Гр1 ПостСрПв здійснювали Суд, здебільшого, під впливом порушень афективної сфери, тоді як Суд у пацієнтів з Гр2 ІмпСуд були спровоковані впливом галюцинаторної симптоматики.

Щодо розподілу пацієнтів за клінічними синдромами при окремих нозологіях, було виявлено, що галюцинаторно-параноїдний синдром домінував у хворих з діагнозом Шф ($p = 0,000$), тоді як при ШаР частіше, більше ніж вдвічі (майже в 70 % випадків), спостерігався афективно-параноїдний симптомокомплекс (депресивно-маячний синдром, $p = 0,015$). Тоді як серед хворих з ГППСР переважала афективно-параноїдна симптоматика (на 10,0 %), але без статистично значущої різниці ($p = 0,5$).

Зіставлення наявності окремих симптомокомплексів між нозологіями за відносними показниками виявило, що галюцинаторно-параноїдний синдром в 2,6 раза частіше спостерігався при Шф, ніж при ШаР ($p = 0,000$)

та в 1,8 раза частіше — при ГППСР ($p = 0,007$). А депресивно-маячний симптомокомплекс при ШаР був зафіксований в 3,99 раза частіше, ніж при Шф ($p = 0,000$) і тільки в 1,24 раза частіше, ніж при ГППСР ($p = 0,27$), але його частота при ГППСР була вірогідно більшою порівняно з кількістю випадків афективно-параноїдної симптоматики при Шф ($p = 0,007$).

Проведене клініко-діагностичного інтерв'ю також підтвердило якісні відмінності у клініко-патогенетичному розвитку СрПв в обстежених групах хворих. Аналізуючи дані щодо характеру патогенетичної динаміки СрПв та умов скоєння Суд у всіх пацієнтів в Гр2 ІмпСуд, було підтверджено, що після редукції психотичної симптоматики у цих хворих повністю редукувалися і прояви СрПв. Тимчасом як в усіх пацієнтів в Гр1 ПостСрПв, як і в наведеному далі першому клінічному прикладі, навіть після зниження гостроти психопатологічної симптоматики, ознаки СрПв зберігалися і потребували ретельної уваги лікаря і медперсоналу, тому що на тлі вираженості депресивно-маячної симптоматики чи нерозв'язаних психотравматичних обставин також зберігалася загроза повторного скоєння Суд без суттєвої залежності від загострення чи редукування симптоматики.

Задля розуміння цих патогенетичних розбіжностей наводимо такі клінічні приклади.

Клінічний випадок хворої з Гр1 ПостСрПв. Пацієнтка А., 40 років, діагноз: ШпР, змішаний тип; галюцинаторно-параноїдний синдром.

Спадковість психопатологічними розладами не обтяжена. Хворіє 5 років, тричі лікувалась стаціонарно. Під час аналізу анамнестичних даних (дані клінічного інтерв'ю та інформація з медичної документації) було виявлено, що в періоди між психотичними епізодами (стаціонарним лікуванням) в клінічній картині галюцинаторно-маячна симптоматика була відсутньою, але хвора протягом всього строку хвороби мала прояви СрПв у вигляді практично постійних суїцидальних думок, котрі, на тлі поліпшення психічного стану, втрачали свою інтенсивність, однак все одно зберігалися. Причиною їх наявності хвора назвала практично постійні конфлікти з сином та співмешканцем, котрі зловживають алкоголем, а також прояви психічного захворювання («я вже не можу так жити, жити з ними... вони всі весь час вганяють мене в гроб... мені краще подохнути, бо я вже не можу це виносити...»).

Психічний стан хворої погіршився близько 3-х місяців тому, коли вона стала дратівливою, менше поралася по домашньому господарству, почала частіше конфліктувати з сином та співмешканцем. Хвора почала носити з собою всі документи за причини того, що за нею слідкують «спецслужби», і вона «має все зберігати цілим, щоб вони мене не вбили». Останні три дні А. перестала спати, їсти, була збуджена, не могла логічно висловити власні думки. На момент госпіталізації у психічному статусі хворої: мислення в прискореному темпі, паралогічне, з асоціативними розривами, висловлювала маячні ідеї переслідування, негативного ставлення, отруєння. Поведінка під час огляду свідчила про наявність галюцинаторної симптоматики (слухових коментуючих галюцинацій) — пацієнтка озиралася, до чогось прислуховувалася. А. висловлювала стійкі суїцидальні думки («...я повинна померти, бо вони все рівно вб'ють мене... вони отруюють мене і все моє життя...»), які суттєво посилюлися на тлі психотравмівної ситуації (активні конфлікти з співмешканцем та сином) і впливу хворобливих переживань.

На тлі застосування психофармакотерапії в умовах стаціонарного лікування (рисперидон 2—4 мг, кветіапін 100—200 мг, дулоксетин 60 мг на добу) галюцинатор-

но-маячна симптоматика редукувалась, депресивна симптоматика дезактуалізувалась. Під час повторного огляду, який було проведено через місяць, в клінічній картині у А. залишалися резидуальні маячні ідеї переслідування, галюцинаторна симптоматика була відсутньою, але виявлялися суїцидальні думки, котрі дещо втратили свою інтенсивність, однак все одно зберігалися («...навіщо мені жити, краще померти, бо вже нічого не виправити...»).

Клінічний випадок хворої з Гр2 ІмпСуд. Пацієнтка С., 30 р. діагноз: шизофренія, параноїдна форма, безперервний тип перебігу, галюцинаторно-параноїдний синдром.

Спадковість психопатологічно не обтяжена. Вперше психічні порушення виникли 5 років тому. Психічне захворювання дебютувало у вигляді гострої галюцинаторно-маячної симптоматики, тоді ж С. вперше лікувалась в психіатричному стаціонарі. З даних анамнезу: 4 рази лікувалась стаціонарно. Під час погіршення психічного стану в клінічній картині пацієнтки на перший план виходила галюцинаторно-маячна симптоматика з вербальними псевдогалюцинаціями імперативного характеру та маячними ідеями впливу релігійно-містичного змісту. Під час загострення психічного стану рік тому С. здійснила Суд — вистрибнула з вікна 3 поверху. Хвора так пояснила, як це відбулося: «Мені голос наказав зробити це, я так і зробила, тому що так казав голос».

В процесі цього обстеження (при поліпшенні психічного стану на тлі початку лікування — дезактуалізації гострого синдрому Кандинського — Клерамбо) — пацієнтка досить чітко описувала наявні галюцинаторно-маячні симптоми у своєму стані, але категорично заперечувала наявність суїцидальних думок чи будь-яких інших проявів СрПв.

Аналіз мотиваційних установок у висловлюваннях хворих з ПсР ШФС щодо здійснення ними Суд (відповіді пацієнтів на запитання «Чому Ви скоїли ці дії (Суд)?») за даними клініко-діагностичного інтерв'ю також підтвердив суттєві відмінності в кожній з груп обстежених пацієнтів (табл. 3).

Таблиця 3. Розподіл обстежених хворих на групи (Гр1 ПостСрПв та Гр2 ІмпСуд), відповідно до мотиваційних установок, що передували скоєнню Суд

Мотиваційні установки пацієнтів	Гр1 ПостСрПв, абс. (%)	Гр2 ІмпСуд, абс. (%)
Намагання знизити високий рівень суб'єктивної тривоги («...хотілось знизити тривогу... напруження...», «...після цього стало легше...»)	14 (48,3)***	—
Намагання та спосіб звернути на себе увагу («...так вона ж мене не помічала, аж тільки потім зрозуміла...», «...коли я так робив, вони звертали на мене увагу...»)	9 (31,0)***	—
Неможливість прийняти наявність психічного захворювання чи психіатричного діагнозу («...я таким жити не хочу...», «...кому я такий потрібний...», «...який сенс так жити...»)	4 (13,8)***	—
Намагання здолати переживання внаслідок конфлікту в сім'ї («...дістали конфлікти...», «...не можу більше терпіти ці сварки...»)	2 (6,9)*	—
Вплив імперативних псевдогалюцинацій «...мені наказали (сказали) голоси...»	—	45(93,8)***
Вплив іншої галюцинаторної симптоматики («...щоб не чути голосів...» та «...це був оберіг від голосів...»)	—	3 (6,2)*

Примітка: * — $p < 0,05$; *** — $p < 0,001$

Згідно з цим аналізом, в більш ніж половині випадків (58,4 % від всієї вибірки) як провідна мотиваційна установка здійснення Суд переважали імперативні псевдогалюцинації, і всі ці випадки віднесені до Гр2 ІмпСуд.

Пацієнти з Гр2 ІмпСуд скоювали аутодеструктивні дії лише під час суттєвого загострення психотичної симптоматики, а саме, під впливом імперативних псевдогалюцинацій ($p = 0,000$). Здебільшого (у 93,8 %) саме це було головною причиною, за якою хворі цієї групи приймали аутодеструктивні рішення (момент переходу від виникнення ідеї до безпосереднього здійснення Суд). І тільки три хворих (6,2 %), які теж виявляли наявність псевдогалюцинаторної симптоматики імперативного характеру, зазначили, що здійснили Суд не «за наказом», а «вберігаючись» від цих хворобливих переживань.

Тоді як серед хворих Гр1 ПостСрПв не було виявлено жодного випадку скоєння Суд з впливом імперативних псевдогалюцинацій або інших гострих галюцинаторних симптомів — як мотивації щодо реалізації аутодеструктивних вчинків. Мотиваційні висловлювання в цій групі були доволі різноманітні, але їх можна було об'єднати в певні групи мотивів (див. табл. 3). Тобто загострення проявів СрПв з подальшим здійсненням Суд серед пацієнтів в Гр1 ПостСрПв відбувалися, насамперед, внаслідок особистісних переживань, пов'язаних із психологічними проблемами — саме вони, більшою мірою, спричиняли загострення психопатологічної симптоматики і ставали основою для прийняття суїцидального рішення. Найбільш поширеним мотивом здійснення Суд були переживання, пов'язані з нестерпно високим рівнем внутрішньої тривоги (майже в половині випадків), а кожний третій пацієнт цієї групи хотів звернути на себе увагу найближчих оточуючих (родичів). І самі ці мотиваційні установки мають бути фокусом психологічного супроводу таких хворих. Кожний дев'ятий хворий (13,8 %) не міг змиритися з наявністю психічного захворювання (психіатричного діагнозу), тому здійснював Суд, і це важливо зважати у лікуванні пацієнтів з психотичними епізодами будь-якої нозологічної належності. І досить інтересними, але зрозумілими були отримані дані, що родинні конфлікти лише в деяких випадках є провідним чинником здійснення Суд у хворих з ПсР ШФС. Але якщо цей фактор виявляється у хворих з афективно-параноїдною симптоматикою як чинник стало мотиву наявності проявів СрПв (як наведено у першому клінічному прикладі), його обов'язково треба брати до уваги під час проведення психологічно-реабілітаційних заходів щодо таких пацієнтів.

Аналізуючи отримані дані психометричного тестування хворих за допомогою шкал PANSS та IS (табл. 4), ми не виявили статистично вірогідної різниці між важкістю та гостротою психотичної симптоматики в обох групах хворих на момент проведення обстеження (за даними шкали PANSS — $p > 0,5$).

Водночас ми зафіксували статистично вірогідну різницю між рівнем імпульсивності у пацієнтів Гр1 ПостСрПв та Гр2 ІмпСуд ($p = 0,04$). Те, що рівень імпульсивності був вірогідно вищим у пацієнтів з Гр1 ПостСрПв, ніж у хворих в Гр2 ІмпСуд, не має однозначного пояснення і потребує подальшого дослідження. На нашу думку, це свідчить про те, що хворі, які здійсню-

вали Суд під впливом імперативних псевдогалюцинацій — механізм вторинного поведінкового порушення, в періоди відсутності суттєвого загострення психотичної симптоматики не відчувають великого тиску власних психологічних проблем на поведінкову активність. Тоді як поведінка пацієнтів з ПсР ШФС, у яких прояви СрПв мали сталий характер (певною мірою, незалежний від гостроти психотичної симптоматики), залежать від характеру й вираженості особистісних характеристик на кшталт рівня імпульсивності, стрес-вразливості тощо. Така відмінність у рівнях імпульсивності в цих групах пацієнтів потребує звертати увагу на ці психологічні особливості та зважати на них під час застосування лікувально-реабілітаційних заходів щодо пацієнтів з ПсР ШФС.

Таблиця 4. Дані психометричного тестування щодо вираженості імпульсивності та гостроти психопатологічної симптоматики відповідно до шкал PANSS та IS (у балах) в Гр1 ПостСрПв та Гр2 ІмпСуд

Групи хворих	Шкала IS	Шкала PANSS		
		Позитивні синдроми	Негативні синдроми	Загальні синдроми
Гр ПостСрПв	34,1 ± 4,2*	18,3 ± 3,2	15,4 ± 3,3	35,8 ± 4,5
Гр ІмпСуд	30,4 ± 6,4	19,9 ± 3,8	16,9 ± 3,6	38,4 ± 6,4

Отже, результати проведеного аналізу дають змогу сформулювати такі висновки.

1. У процесі дослідження ми виявили суттєві відмінності у патогенетичному розвитку та динаміці СрПв у хворих з ПсР ШФС (ШФ, Шар та ГППсР), що суттєво впливають на характер здійснення ними Суд. Зокрема, можна виокремити дві основні групи: ті, хворі з ПсР, які мали певні прояви СрПв протягом усього періоду захворювання або більш ніж половини цього строку та здійснювали Суд під впливом загострення суїцидальних або саморуйнівних хворобливих переживань, часто — на тлі особистісних психотравматичних чинників і, певною мірою, незалежно від гостроти психопатологічної симптоматики (Гр1 ПостСрПв — в нашому дослідженні); а також пацієнти з ПсР, в яких прояви СрПв мали вторинний характер і виникали лише на висоті загострення психопатологічної симптоматики, що спричиняло реалізацію ними імпульсивних Суд (під впливом імперативних псевдогалюцинацій), тоді як після редукції гострої психотичної симптоматики прояви СрПв у цих хворих зникали (Гр2 ІмпСуд).

2. Здійснення імпульсивних Суд під впливом імперативних псевдогалюцинацій є найбільш притаманним хворим на ШФ. Але імпульсивні аутодеструктивні вчинки частіше реалізують пацієнти і при інших видах ПсР ШФС — з Шар та ГППсР.

3. Виявлено вірогідні статистичні різниці у характері синдромологічної картини в досліджених групах хворих. Зокрема, галюцинаторно-параноїдний симптомокомплекс набагато частіше спостерігався в Гр2 ІмпСуд та у хворих на ШФ, тимчасом як афективно-параноїдний синдром — серед пацієнтів в Гр1 ПостСрПв та у тих, у кого був діагностований Шар.

4. У дослідженні було зафіксовано суттєву різницю щодо мотиваційних установок здійснення хворими Суд,

згідно з аналізом висловлювань пацієнтів. В Гр2 ІмпСуд пацієнти скоювали самоушкодження під впливом імперативних псевдогалюцинацій. Здійснення Суд хворими з Гр1 ПостСрПв відбувалося, насамперед, внаслідок особистісних переживань, пов'язаних із психологічними проблемами, а не тільки на тлі загострення психотичної симптоматики. Різноманітність мотивів серед хворих Гр1 ПостСрПв була насамперед, спрямована на зниження високого рівня суб'єктивної тривоги та намагання звернути на себе увагу найближчого оточення, і найменшою мірою — на подолання переживань, які виникали на тлі сімейних конфліктів.

4. Дослідження не виявило суттєвої різниці між важкістю та гостротою психотичної симптоматики в обох групах хворих на момент проведення обстеження, згідно з психометричним тестуванням за допомогою шкали PANSS. Але, згідно з даними шкали IS, рівень імпульсивності був вищим в Гр1 ПостСрПв, тобто у пацієнтів, в яких СрПв розвивався як коморбідний поведінковий розлад і які скоювали Суд не за вторинним механізмом, а, певною мірою, незалежно від загострення психопатологічної симптоматики і без впливу імперативних псевдогалюцинацій.

5. Істотні патогенетичні відмінності у патогенетичного розвитку та динаміці СрПв у хворих з ПсР ШФС потребують брати до уваги ці особливості у розробленні підходів до їх лікування та соціопсихологічної реабілітації.

Список літератури

1. Информационный бюллетень ВООЗ за 2019 год Психическое здоровье (2019). URL: <http://www.euro.who.int/ru/media-centre/sections/fact-sheets/2019/fact-sheet-mental-health-2019>.
2. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention / Wasserman D., Wasserman C. (eds.). Oxford University Press, Oxford, 2009: 620 p.
3. Beary M., Hodgson R., Wildgust H. J.: A critical review of major mortality risk factors for all-cause mortality in first-episode schizophrenia: clinical and research implications // J Psychopharmacol. 2012; 26 (5 Suppl): 52—61. DOI: 10.1177/0269881112440512.
4. Self-injurious behavior / Huisman S., Mulder P., Kuijk J. [et al.] // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2018; 84: 483—491. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2017.02.027.
5. Jakhar K., Beniwal R. P., Bhatia T., Deshpande S. N. Self-harm and suicide attempts in Schizophrenia // Asian Journal of Psychiatry. 2017; 30: 102—106. DOI: 10.1016/j.ajp.2017.08.012.
6. Clinical characteristics in schizophrenia patients with or without suicide attempts and non-suicidal self-harm — A cross-sectional study / Mork E., Mehlum L., Barrett E. [et al.] // BMC Psychiatry. 2013; 13: 255. DOI: 10.1186/1471-244X-13-255.
7. Плотников А. Г., Костерев К. В. Самоповреждения параноидного генеза (клиническая иллюстрация) // Актуальные вопросы современной психиатрии и наркологии: Сборник научных работ Института неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины и Харьковской областной клинической психиатрической больницы № 3 (Сабуровой дачи), посвященный 210-летию Сабуровой дачи / под общ. ред. П. Т. Петрюка, А. Н. Бачерикова. Киев; Харьков, 2010. Т. 5. URL: <http://www.psychiatry.ua/books/actual/paper001.htm>.
8. Tsirigotis K. Indirect Self-Destructiveness and Emotional Intelligence // Psychiatric Quarterly. 2016; 87 (2): 253—263. DOI: 10.1007/s11126-015-9387-x.
9. Пилягіна Г. Я. Аутоагресивна поведінка: патогенетичні механізми та клініко-типологічні аспекти діагностики і лікування : дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.16. — Психіатрія. К., 2004. 436 с.
10. Kay S. R., Fiszbein A., Opler L. A. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia // Schizophr Bull. 1987; 13: 261—276. DOI: 10.1093/schbul/13.2.261.
11. Emotion: Theory, research, and experience. Vol. 4. The measurement of emotions / Plutchik R., & Kellerman H. (Eds.). Academic Press, 1989. 315 p.

Надійшла до редакції 12.05.2020

ПИЛЯГІНА Галина Яківна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри*; e-mail: gpil.doctor@gmail.com

БАШИНСЬКИЙ Олександр Олександрович аспірант кафедри; e-mail: bashynskyioleksandr@gmail.com

* — кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ, Україна

PYLIAGINA Galyna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department*; e-mail: gpil.doctor@gmail.com

BASHYNSKYI Oleksandr, Postgraduate Student of Department*; e-mail: bashynskyioleksandr@gmail.com

* — Department of psychiatry, psychotherapy and medical psychology of the Shupyk's National medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Л. А. Сергєєва, О. І. Вальченко, В. С. Сергєєва, О. І. Глебова

ФОРМУВАННЯ АКЦЕНТУАЦІЙ ХАРАКТЕРУ ОСОБИСТОСТІ В СУЧАСНИХ УМОВАХ ПІДВИЩЕНОГО ЕЛЕКТРОМАГНІТНОГО ВИПРОМІНЮВАННЯ РАДІОЧАСТОТНОГО ДІАПАЗОНУ

Л. А. Сергєєва, А. И. Вальченко, В. С. Сергєєва, Е. И. Глебова

Формирование акцентуаций характера личности в современных условиях повышенного электромагнитного излучения радиочастотного диапазона

Liubov Serhieieva, Oleksandr Valchenko, Victoriya Serhieieva, Olena Hliebova

Formation of personality character accentuations in modern conditions of the increased electromagnetic radiation of radiofrequency range

Психологічне дослідження проводили за методикою Шмішека на 204 добровольцях — студентах 1 курсу державного університету телекомунікацій, які за станом здоров'я належали до 1—2-ї групи здоров'я. Вивчали кількість акцентуацій характеру особистості залежно від часу експозиції електромагнітного випромінювання радіочастотного діапазону (ЕМВ РЧ-діапазону) від комп'ютерів або мобільних телефонів (смартфонів та інших гаджетів). Було показано статистично вірогідне збільшення на 45 % осіб з кількістю акцентуацій характеру від 3-х до 6-и, при часі експозиції від 9 до 15 років ЕМВ РЧ-діапазону від мобільних телефонів і смартфонів. Водночас кількість осіб, які мали до 2-х проявів акцентуацій характеру — переважувала в групі студентів з меншою експозицією ЕМВ РЧ-діапазону від мобільних телефонів і смартфонів протягом 5—8 років. Також, за допомогою анкетування і функціонального обстеження студентів, під час виконання ортостатичних проб був виявлений позитивний кореляційний зв'язок між формуванням ваготонічних реакцій серцево-судинної системи і часом експозиції ЕМВ РЧ-діапазону у роках. Визначено переважання радіохвиль від мобільних телефонів у формуванні збільшення функціонування парасимпатичної нервової системи в обстеженій групі молоді (при $r_{xy} = +0,962$). Можливо, така кореляція має ще й патогенетичне значення: при локальній формі та тривалій дії ЕМВ РЧ-діапазону від мобільних телефонів можуть не тільки стимулювати блукаючі ядра довгастого мозку або підвищувати проникність гематоенцефалічного бар'єра, ще й змінювати психічні процеси.

Ключові слова: електромагнітні хвилі радіочастотного діапазону, вегетативні розлади, акцентуації характеру

Психологическое исследование проводили по методике Шмишека на 204 добровольцах — студентах 1 курса Государственного университета телекоммуникаций, которые по состоянию здоровья относились к 1—2-й группе здоровья. Изучали количество акцентуаций характера личности в зависимости от времени экспозиции электромагнитного излучения радиочастотного диапазона (ЭМИ РЧ-диапазона) от компьютеров или мобильных телефонов (смартфонов и других гаджетов). Было показано статистически достоверное увеличение на 45 % лиц с количеством акцентуаций характера от 3-х до 6-ти, при времени экспозиции от 9 до 15 лет ЭМИ РЧ-диапазона от мобильных телефонов и смартфонов. В то же время количество лиц, которые имели до 2-х проявлений акцентуаций характера — превалировало в группе студентов с меньшей экспозицией ЭМИ РЧ-диапазона от мобильных телефонов и смартфонов в течение 5—8 лет. Также, с помощью анкетирования и функционального обследования студентов, при выполнении ортостатических проб была обнаружена положительная корреляционная связь между формированием ваготонических реакций сердечно-сосудистой системы и временем экспозиции ЭМИ РЧ-диапазона в годах. Определено превалирование радиоволн от мобильных телефонов в формировании увеличения функционирования парасимпатической нервной системы в обследованной группе молодежи (при $r_{xy} = +0,962$). Возможно, такая корреляция имеет еще и патогенетическое значение: при локальной форме и длительном воздействии ЭМИ РЧ-диапазона от мобильных телефонов могут не только стимулировать блуждающие ядра продолговатого мозга или повышать проницаемость гематоэнцефалического барьера, но еще и изменять психические процессы.

Ключевые слова: электромагнитные волны радиочастотного диапазона, вегетативные расстройства, акцентуации характера

Psychological research was conducted according to the method of Shmishek on 204 volunteers — 1st year students of the State University of Telecommunications, who belonged to the 1—2nd group of health. We studied the number of accentuations of the character of a person depending on the exposure time of electromagnetic radiation in the radiofrequency range (EMF RF-range) from computers or mobile phones (smartphones and other gadgets). A statistically significant increase of 45 % was shown in the number of character accentuations from 3 to 6, with an exposure time of 9 to 15 years of EMF RF-range from mobile phones and smartphones. At the same time, the number of people who had up to 2 manifestations of character accentuations — had an advantage in the group of students with a lower exposure to EMR RF-range from mobile phones and smartphones for 5—8 years. Also, with the help of questionnaires and functional examination of students, when performing orthostatic tests, a positive correlation was found between the formation of vagotonic reactions of the cardiovascular system and the term of exposure to EMF RF-range in years. The prevailing of radiofrequencies from mobile phones was determined in the formation of increased functioning of the parasympathetic nervous system in the examined group of young people (at $r_{xy} = +0,962$) was determined. Perhaps this correlation also has a pathogenetic significance: with the local form and prolonged exposure to EMR RF-range from mobile phones, they can not only stimulate the vagus nuclei of the medulla oblongata or increase the permeability of the blood-brain barrier, but also change mental processes.

Key words: electromagnetic waves of the radiofrequency range, autonomic disorders, character accentuations

Збереження та зміцнення здоров'я населення є одним з основних завдань економічного та соціального розвитку України. Але стрімко впроваджувані комп'ютеризація та інформатизація, інтернетизація та діджиталізація суспільства не знімають поки що проблем, з якими

стикаються лікарі-психотерапевти. Деякі автори вказують на поширеність розладів психіки та поведінки в Україні [1].

Гарно висвітлений в науковій літературі фактор впливу на формування психічної активності людини — це власне інформація, а саме: її якість та конструктивний зміст на формування особистості [2, 3].

Але вплив фізичних несприятливих факторів на людину від гаджетів, що надають цю інформацію, вивчений недостатньо [4].

Найбільш вразливою до впливу електромагнітного випромінювання радіочастотного діапазону (ЕМВ РЧ-діапазону) є нервова система, оскільки на рівні ізольованих і системних нервових структур виникають суттєві функціональні та морфологічні відхилення [5—7]. Головною особливістю впливу ЕМВ РЧ-діапазону від персональних комп'ютерів — називають можливість кумуляції біоефектів протягом тривалого часу, внаслідок чого відбувається порушення нейрогормональної регуляції [1, 8—10].

Підвищена стомлюваність, головний біль, розлади пам'яті і сну — такий незакінчений перелік скарг людей, що перебувають під впливом радіохвильового випромінювання [11, 12], інтенсивність якого, у деяких випадках, набагато перевищує допустиму національну норму [13], без урахування особливостей організму, який розвивається [14].

Ми поставили мету: провести дослідження негативних проявів характеру серед студентської молоді, визначити залежність їх від часу дії ЕМВ РЧ-діапазону та обґрунтувати можливі механізми цієї дії.

Психологічне дослідження здійснювали за методикою Шмішека [15, 16]. Дослідження проводили на 204 добровольцях — студентах 1 курсу Державного університету телекомунікацій, які за станом здоров'я належали до 1—2-ї групи здоров'я, та не мали шкідливих звичок.

Залежно від часу впливання ЕМВ РЧ-діапазону (у роках) серед студентів було виокремлено 3 групи досліджуваних: з мінімальним часом експозиції ЕМВ РЧ-діапазону, середнім і максимальним — від дії мобільних телефонів, комп'ютерів, ноутбуків та інших гаджетів.

Для визначення порушень у центральній та вегетативній регуляції серцево-судинної системи моделювали ортостатичні проби [17, 18]. Порівняльне оцінювання функціонального стану добровольців здійснювали за показниками частоти серцевих скорочень, систолічного та діастолічного артеріального тиску, які визначали за аускультативною методикою Н. С. Короткова, ударного і хвилинного об'ємів серця — за формулою Starr та пульсового тиску. Обчислювали та оцінювали загальний периферичний судинний опір, індекс Робінсона, вегетативний індекс Кердо.

Статистичне оброблення отриманих результатів проводили за допомогою *t*-критерію Ст'юдента, на рів-

ні вірогідності $p < 0,05$, $p < 0,01$ і вище, та за критерієм Вілкоксона — Манна — Уїтні, при $pU = 0,05$ [19], а також за методом « χ^2 » — критерій відповідності при $t \geq 3$ [20].

Під час проведення дослідження були встановлені деякі особливості. Відповідно до теорії акцентуованих особистостей, виокремлюють їх 10 типів. При певних акцентуаціях характеру — як-от гіпертимність, циклотимність і демонстративність — особистість має потужні життєві сили (які можуть бути спрямовані в різні моральні категорії); а при застряганні, емотивності, тривожності, екзальтованості — формується протилежна особистість, у якої емоційно-почуттєве життя настільки різноманітне, що стає невідвладним розуму (у них виникають комунікативні проблеми, оскільки емоції і почуття можуть виявлятися дуже яскраво і неадекватно ситуації) [15]. А в нашому дослідженні було зафіксовано, що особистість може мати кілька різних акцентуацій з показником понад 18 балів, причому, конкретно і чітко цей індивідуальний комплекс акцентуацій не можна віднести за теорією до зазначених вище двох типів акцентуованих особистостей. У психіатричній практиці часто поєднуються акцентуовані риси і характеру, і темпераменту, і різні типи акцентуації особистості. Тому ми брали до уваги тільки кількість акцентуацій характеру, орієнтуючись на положення психіатрії про формування на їх основі преморбідних типів особистості.

Є ще одна особливість. Коли проводили аналіз результатів досліджень за часом експозиції у разі користування комп'ютером, то статистичних відмінностей в групах (за кількістю акцентуацій 0—2 та 3—6) — не виявили. Отже, зробили висновок, що вагомість інформації — як фактору впливу на формування акцентуацій — не досягла критерію вірогідності, тобто дорівнює нулю. Треба вказати, що в той період часу, який охоплював наші дослідження, основним засобом отримання інформації був все ж таки комп'ютер. Тому ми і не зважали на цей фактор як етіологічний, та який може превалювати в механізмах формування патології.

Коли проводили аналіз результатів досліджень за часом експозиції у разі користування мобільними телефонами і смартфонами, то в розподілі кількостей акцентуованих особистостей були отримані вірогідні розбіжності (табл.1). Сформована 1-а досліджувана група — становила 45 осіб — час експозиції від 5 до 8 років. 2-а група — становила 60 осіб — час експозиції від 9 до 15 років. Всі студенти були з 1-го курсу.

Таблиця 1. Вплив часу експозиції ЕМВ РЧ-діапазону (мобільні телефони, смартфони) на розвиток акцентуацій характеру людини

Показники	Час експозиції в роках			
	5—8 років		9—15 років	
Кількість акцентуацій	0—2	3—6	0—2	3—6
Кількість обстежених студентів:				
абсолютна, осіб	33	12	17	43
відносна, %	73,3	26,7	28,3	71,7
Вірогідність відмінностей в групах	$P < 0,05$, при $t = 3,4$		$P < 0,05$, при $t = 3,1$	

Примітка. * — вірогідність відмінностей між групами P_1 та P_3 ($P < 0,05$, при $t = 3,4$); ** — вірогідність відмінностей між групами P_2 та P_4 ($P < 0,05$, при $t = 3,1$)

Було показано, що з порівняння підгруп студентів, що мали від 0 до 2-х акцентуацій, виходить — більшою їх кількість була у разі часу експозиції ЕМВ РЧ-діапазону 5—8 років. Навпаки, якщо час експозиції ЕМВ РЧ-діапазону від мобільних телефонів та смартфонів був більшим (9—15 років), то й збільшувалася частка студентів з кількістю акцентуацій характеру 3—6. Різниця становила майже у 45 % (при $P < 0,05$)

Тому що студенти були одного віку — ми припустили залежність збільшення кількостей акцентуацій на фоні більш раннього користування мобільними телефонами в особистому житті молодого людини. Такий висновок може демонструвати несприятливе енергетичне навантаження на головний мозок дитини. Формування психічного здоров'я особистості починається з дитинства. І, найімовірніше, ЕМВ РЧ-діапазону від мобільних телефонів і інших гаджетів є шкідливим для організму, що розвивається. Поглинання електромагнітної енергії в голові дитини може бути набагато вище, ніж у дорослого, тому що мозкова тканина дітей має більшу провідність, розмір голови — менший, а кістки черепа — тонше. Тому при поглинанні голов-

ним мозком радіохвиль вони проникають глибше і захоплюють більшу кількість нервових клітин і утворень головного мозку. У зв'язку з цим можливі не тільки функціональні, а і структурні (дегенеративні) зміни в центральній нервовій системі.

Вегетосудинні дисфункції становлять основу професійної патології при роботі з ЕМВ РЧ-діапазону [4]. На добровольцях в натурному експерименті ми вивчали стан вегетосудинної регуляції за допомогою короткочасної ортостатичної проби (КОП) та тривалої ортостатичної проби (ТОП).

Дані таблиці 2 показують, що підвищення симпатичного компонента вегетативної нервової системи (ВНС) спостерігалось тільки в одній досліджуваній групі — з мінімальним артеріальним тиском (АТ). І це — нормальна реакція організму. Але в інших групах превалював вплив парасимпатичного відділу ВНС. І ще — в усіх групах практично не змінюються показники загального периферичного судинного опору. Цей факт може свідчити тільки про хронічну високу модуляцію парасимпатичної активності ВНС та про можливі структурні зміни судин на гістологічному рівні.

Таблиця 2. Результати проведення короткочасної та тривалої ортостатичної проб у студентів 1-го курсу ($n = 99$)

Група з мінімальними вихідними даними АТ ($n = 33$)			Група з середніми вихідними даними АТ ($n = 34$)			Група з максимальними вихідними даними АТ ($n = 32$)		
вихідні	КОП	ТОП	вихідні	КОП	ТОП	вихідні	КОП	ТОП
Систолічний артеріальний тиск								
119,11 ± 1,43	125,78 ± 2,0**	131,18 ± 3,0***	134,05 ± 0,57	136,97 ± 2,26	138,7 ± 2,78	152,4 ± 2,0	150,43 ± 2,57	151,37 ± 2,76
Діастолічний артеріальний тиск								
72,88 ± 1,62	80,03 ± 1,78***	83,39 ± 1,58***	78,29 ± 1,42	82,47 ± 1,34**	86,08 ± 1,61***	84,68 ± 1,44	90,25 ± 1,55**	93,62 ± 1,45***
Частота серцевих скорочень								
79,02 ± 2,63	84,15 ± 2,3	94,06 ± 2,53***	79,64 ± 2,13	86,35 ± 2,34**	95,47 ± 2,57***	85,25 ± 3,12	90,43 ± 2,66	98,62 ± 2,76***
Загальний периферичний судинний опір								
1491,8 ± 55,7	1611,3 ± 86,7 $P = 0,25$	1507,4 ± 52,8	1572,6 ± 52,7	1565,3 ± 48,3	1533,4 ± 50,2	1602,1 ± 53,8	1662,6 ± 42,7	1654,5 ± 54,8

Примітка: * — $P < 0,05$, ** — $0,05 > P > 0,01$, *** — $P < 0,01$ (вірогідність розбіжностей порівняно з вихідними даними у досліджуваній підгрупі)

Розглянемо відносний розподіл в досліджуваних групах — студентів з превалюванням парасимпатичної (вагусної) регуляції (V) серцево-судинної системи в короткочасній та тривалій ортостатичній пробах, симпатотонічної регуляції (S) та нормотонічної (N) залежно від часу експозиції ЕМВ РЧ-діапазону у разі роботи за комп'ютером (t) у роках (табл. 3).

З таблиці 3 виходить, що більша частина студентів з парасимпатичним типом відповіді вегетативної нервової системи на ортостаз належить до третьої експериментальної групи (понад 40 %). І в цій групі досліджених студентів була доведена вірогідність підвищення середнього часу експозиції ЕМВ РЧ-діапазону від гаджетів — порівняно з іншими групами.

Під час обчислення коефіцієнта парної кореляції між збільшенням частки осіб з ваготонічною спрямованістю функціонування ВНС в ортостатичних пробах (x) та часом експозиції ЕМВ РЧ-діапазону від комп'ютера (y) був виявлений сильний прямий кореляційний зв'язок між показниками ($r_{xy} = +0,832$, при $p = 0,05$).

Така ж тенденція зберігалася і в серіях з мінімальним, середнім та максимальним артеріальним тиском між збільшенням частки осіб з ваготонічною спрямованістю функціонування ВНС в тривалих та короткочасних ортостатичних пробах (x) та часом експозиції ЕМВ від мобільного телефону (y) ($r_{xy} = +0,742$, при $p = 0,05$).

Надалі обчислювали коефіцієнти множинної кореляції (r_{xyz}) між вказаними показниками (часткою формування ваготоніків в короткочасній та тривалій ортостатичних пробах — в змінених серіях: групах з максимальним та мінімальним артеріальним тиском) та визначенням можливого впливу часу експозиції ЕМВ від мобільного телефону та комп'ютера (у роках). Водночас з цим було визначено превалювання радіохвиль від мобільних телефонів у формуванні збільшення функціонування парасимпатичної нервової системи в обстеженій групі молоді — $r_{xy} = +0,962$, порівняно з кореляційним зв'язком в системі «ваготонік — комп'ютер» — $r_{xz} = +0,896$.

Таблиця 3. Розподіл (%) студентів в досліджуваних групах за вегетативним індексом Кердо під час виконання короткочасної та тривалої ортостатичної проб залежно від часу експозиції ЕМВ (t) у роках

Групи обстежених за вихідним рівнем АТ:											
1. Мінімальний				2. Середній				3. Максимальний			
КОП		ТОП		КОП		ТОП		КОП		ТОП	
V, %	26,5	V	17,6	V, %	39,4 ↑	V, %	24,3 ↑	V, %	46,9 ↑↑	V, %	40,6 ↑↑
t(v) M1 _V	9,0 ± 0,98	t(v) M4 _V	8,8 ± 1,22	t(v) M2 _V	8,3 ± 0,74*	t(v) M5 _V	8,1 ± 1,14	t(v) M3 _V	9,6 ± 0,91* **	t(v) M6 _V	9,6 ± 0,98**, ****
N, %	26,5	N	26,5	N, %	15,2	N, %	27,3	N, %	25,0	N, %	25,0
t(n) M1 _N	8,8 ± 1,13	t(n) M4 _N	10 ± 1,35	t(n) M2 _N	9,2 ± 1,35	t(n) M5 _N	8,1 ± 0,99	t(n) M3 _N	9,5 ± 1,62	t(n) M6 _N	9,0 ± 1,15
S, %	47,0	S	55,9	S, %	45,4	S, %	48,4	S, %	28,1 ↓	S, %	34,4 ↓
t(s) M1 _S	9,8 ± 0,86	t(s) M4 _S	9,2 ± 0,7	t(s) M2 _S	8,9 ± 0,78	t(s) M5 _S	9,4 ± 0,62	t(s) M3 _S	7,1 ± 1,01	t(s) M6 _S	8,2 ± 1,28

Примітка: V — ваготонічна, N — нормотонічна, S — симпатотонічна реакції на ортостаз; M1, M4 — короткочасний та тривалий ортостатичні тести при мінімальному вихідному значенні АТ; M2, M5 — короткочасний та тривалий ортостатичні тести при середньому вихідному значенні АТ; M3, M6 — короткочасний та тривалий ортостатичні тести при максимальному вихідному значенні АТ; вірогідність розбіжностей: * — між M1/M3 або M1/M2 та ** — M2/M3; *** — між M4/M6 та **** — M5/M6, при pU = 0,05 за критерієм U (Вілкоксона — Манна — Уїтні)

Можливо, така кореляція має ще й патогенетичне значення: при локальній формі електромагнітного впливання на головний мозок радіохвилі (при мобільному зв'язку) безпосередньо можуть стимулювати блукаючі ядра довгастого мозку. Деякі автори вказували, навіть, на підвищення проникності гематоенцефалічного бар'єра під дією ЕМВ стільникових радіо-телефонів [21]. Треба звернути увагу на дуже важливий факт: таке тривале (від 5 до 15 років) впливання ЕМВ радіочастотного діапазону може на порядки змінювати не тільки нервові, але й нейрогормональні процеси в головному мозку дитини, порівняно з особами зрілого віку.

Основні причини психічних захворювань — відомі: патологічна спадковість, ураження головного мозку (наприклад, внаслідок черепно-мозкової травми, склерозу судин головного мозку, дегенеративних змін при хворобах Альцгеймера, Піка), інфекції (енцефаліт, менінгіт), гострі і хронічні інтоксикації (алкоголь, наркотики, промислові отрути), аутоінтоксикації (при соматичних захворюваннях) [22]. На фоні стрімкого впровадження в життя джерел ЕМВ РЧ-діапазону збільшується вірогідність того, що фізичний фактор ЕМВ РЧ-діапазону від мобільних телефонів (та інших гаджетів) доповнить цей етіологічний перелік.

Список літератури

- Хобзей М. К., Волошин П. В., Марута Н. О. Соціально-орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення // Український вісник психоневрології. 2010. Т 18, вип. 3 (64). С. 10—13. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2010_18_3_3.
- Цымбаленко С. Б. Общение и коммуникация. Философско-психологический этюд // Мир психологии. 2011. № 4. С. 62—75.
- Кашкина Н. В., Власова Е. М., Шевчук В. В. Роль психологического обследования работающих за компьютером // Современные наукоемкие технологии. 2010. № 8. С. 79—80. URL: <https://www.top-technologies.ru/ru/article/view?id=25287>.
- Профессиональные болезни : учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / Н. Ф. Измеров, В. Г. Артамонова,

Р. Ф. Афанасьева [и др.] ; под ред. Н. Ф. Измерова. М.: Издательский центр «Академия», 2013. 464 с.

5. Григорьев Ю. Г. Сравнительные оценки опасности ионизирующих и неионизирующих электромагнитных излучений // Радиационная биология. Радиозкология. 2012. Т. 52, № 2. С. 215. URL: <http://naukarus.com/sravnitelnye-otsenki-opasnosti-ioniziruyuschih-i-neioniziruyuschih-elektromagnitnyh-izlucheni>.

6. Apoptotic Effect of 1800 MHz Electromagnetic Radiation on NIH/3T3 cells / Dan-Yang Li, Jing-Dong Song, Zhao-Yuan [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020. 17. 819. DOI: 10.3390/ijerph17030819.

7. Possible Effects of Radiofrequency Electromagnetic Field Exposure on Central Nerve System / Ju Hwan Kim, Jin-Koo Lee, Hyung-Gun Kim [et al.] // J. Biomolecules. Therapeutics. 2019. 27(3). С. 265—275. DOI:10.4062/biomolther.2018.152.

8. Скрипкина Г. И. Анализ изменений физико-химических параметров ротовой жидкости кариесрезистентных детей с использованием современных методов статистической обработки результатов исследований // Институт стоматологии. 2012. Т. 1, № 54. С. 124—125. URL: <http://www.fesmu.ru/elib/Article.aspx?id=258808>.

9. Власова Е. М., Шевчук В. В., Кашкина Н. В. Производственный стресс при работе за компьютером // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2010. № 8. С. 85—86. URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=752>.

10. Мандра Ю. В., Вотяков С. Л., Ронь Г. И., Киселева Д. В. Современные представления о механизме развития ранней стадии повышенной стираемости зубов // Проблемы стоматологии. 2011. № 2. С. 3—4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennye-predstavleniya-o-mehanizme-razvitiya-ranney-stadii-povyshennoy-stiraemosti-zubov>.

11. Субъективные симптомы у молодых пользователей мобильными телефонами в Украине / Якименко И. Л., Мор А. А., Цыбулин А. С. [и др.] // Довкілля та здоров'я. 2015. №2. С. 40—43. URL: <http://www.dovkil-zdorov.kiev.ua/env/73-0040.pdf>.

12. Szyjowska A., Gadzicka E., Szymczak W. & Bortkiewicz A. The risk of subjective symptoms in mobile phone users in Poland — an epidemiological study // International journal of occupational medicine and environmental health. 2014. N 27(2). P. 293—303. URL: <https://link.springer.com/article/10.2478/s13382-014-0260-1>.

13. Якименко І. Л., Сидорик Є. П., Цибулін О. С., Чехун В. Ф. Потенційні ризики мікрохвильового випромінювання мобільних телефонів для здоров'я молоді // Environment & Health. 2011. №1. С. 48—51. URL: <http://www.dovkil-zdorov.kiev.ua/env/56-0048.pdf>.

14. Результати досліджень просторового розподілу рівнів електромагнітного випромінювання від засобів передачі даних типу Wi-Fi / Ю. Д. Думанський, С. В. Біткін, В. Ю. Думанський [та ін.] // Гігієна населених місць. 2013. Вип. 61. С. 186—195. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/gnm_2013_61_31.

15. Леонгард К. Акцентуированные личности. Берлин, 1976. 328 с.

16. Сборник психологических тестов. Часть 1: Пособие / Сост. Е. Е. Миронова. Мн. : Женский институт ЭНВИЛА, 2005. 155 с. URL: http://pedlib.ru/Books/5/0282/5_0282-1.shtml.

17. Характеристика индивидуальных различий функционального состояния человека в условиях гипоксической гипоксии / В. О. Самойлов, А. Л. Максимов, Е. Б. Филиппова [и др.] // Вестник Рос. военн.-мед. академии. 2013. № 3 (43). С. 111—113. URL: <https://www.vmeda.org/wp-content/uploads/2016/pdf/Samoilov.pdf>.

18. Яблучанский Н. И., Мартыненко А. В. Вариабельность сердечного ритма. В помощь практическому врачу. Харьков, 2010. 131 с. URL: <https://core.ac.uk/download/pdf/46586473.pdf>.

19. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. М. : Медицина, 1978. 293 с.

20. Козлов А. П., Попов Н. Н. Медицинская статистика : учебное пособие. Харьков : Изд. центр ХНУ, 2006. 88 с.

21. Bahriye Sırav, Nesrin Seyhan. Blood-brain Barrier Disruption by continuous-Wave Radio Frequency Radiation // Electromagn. Biol. Med. 2009. 28(2). P. 215—222. DOI: 10.1080/15368370802608738.

22. Левенець І. В. Судова психіатрія : навчальний посібник. Тернопіль : Економічна думка, 2004. 328 с. URL: <https://www.twirpx.com/file/987017/>.

Надійшла до редакції 19.05.2020

СЕРГЕЄВА Любов Анатоліївна, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри*; <https://orcid.org/0000-0003-2940-1433>; e-mail: 19sergeeva.ljubov5383@gmail.com

ВАЛЬЧЕНКО Олександр Іванович, кандидат військових наук, доцент, завідувач кафедри*; <https://orcid.org/0000-0002-9635-9418>, e-mail: avalchenko60@gmail.com

СЕРГЕЄВА Вікторія Сергіївна, сімейний лікар амбулаторії сімейної медицини №2 Комунального закладу «Ірпінський міський центр первинної медико-санітарної допомоги» Ірпінської міської ради Київської області, м. Ірпінь Київської області, Україна; <https://orcid.org/0000-0003-3517-8231>; e-mail: sweaksea@gmail.com

ГЛЕБОВА Олена Іванівна, старший викладач кафедри*; <https://orcid.org/0000-0001-9405-6440>; e-mail: 2tea2me@gmail.com

* — кафедра безпеки життєдіяльності та фізичного виховання Державного університету телекомунікацій, м. Київ, Україна

SERHIEIEVA Liubov, MD, PhD, Associate Professor, Lecturer of the Department*; <https://orcid.org/0000-0003-2940-1433>; e-mail: 19sergeeva.ljubov5383@gmail.com

VALCHENKO Oleksandr, PhD in military sciences, Associate Professor, Head of the Department*; <https://orcid.org/0000-0002-9635-9418>, e-mail: avalchenko60@gmail.com

SERHIEIEVA Viktoriya, Family Doctor of the Family Medicine Outpatient Clinic №2 of the Municipal Institution "Irpin City Center of Primary Health Care" of the Irpin City Council of Kyiv Region, Irpin, Kyiv Region, Ukraine; <https://orcid.org/0000-0003-3517-8231>; e-mail: sweaksea@gmail.com

HLIEBOVA Olena, Senior Lecturer of the Department*; <https://orcid.org/0000-0001-9405-6440>; e-mail: 2tea2me@gmail.com

* — Department of Life Safety and Physical Education of the State University of Telecommunications, Kyiv, Ukraine

Л. М. Таницура, О. Ю. Пилипець, Є. О. Таницура, Д. В. Третяков, О. Ю. Лук'янцева
ПАНДЕМІЯ COVID-19 — АНАЛІЗ ОСОБЛИВОСТЕЙ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ РОДИН
ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЇ, НАЯВНІ ПРОБЛЕМИ ТА ЇХ ПОДОЛАННЯ

Л. Н. Таницура, Е. Ю. Пилипец, Е. А. Таницура, Д. В. Третьяков, О. Ю. Лукьянцева
Пандемия COVID-19 — анализ особенностей жизнедеятельности семей детей
с эпилепсиями, существующие проблемы и их преодоление

L. Tantsura, O. Pylypets, Ye. Tantsura, D. Tretiakov, O. Lukianseva
COVID-19 pandemic — analysis of the peculiarities of the life activity of families
of children with epilepsy, existing problems and their overcoming

З використанням електронної версії спеціально розробленої співробітниками відділу дитячої психоневрології та пароксизмальних станів анонімної анкети для батьків (опікунів) дітей з епілепсією було отримано інформацію про 133 родини, які мають дітей з цією патологією, віком від 3 місяців до 18 років. Опитування тривало з 18 до 23 травня 2020 року і відображає дані за період з початку введення в Україні жорстких протиепідемічних заходів, тобто за 2,5 місяці.

Встановлено, що найбільш значущими для родин дітей з епілепсіями під час пандемії COVID-19 є фінансові проблеми і питання забезпечення безперервного приймання антиепілептичних препаратів.

Показано можливість забезпечення достатнього рівня консультативної допомоги дітям з епілепсіями в умовах кризи COVID-19 з використанням сучасних засобів зв'язку.

Виявлений відносно невисокий показник наростання стресу, поведінкових та емоційних розладів у дітей з епілепсіями під час кризи COVID-19.

Ключові слова: діти, епілепсія, родини, COVID-19

С использованием электронной версии специально разработанной сотрудниками отдела детской психоневрологии и пароксизмальных состояний анонимной анкеты для родителей (опекунов) детей с эпилепсией получена информация о 133 семьях, в которых есть дети с данной патологией в возрасте от 3 месяцев до 18 лет. Опрос длился с 18 по 23 мая 2020 года и отображает данные за период с начала введения в Украине жестких противоэпидемических мероприятий, то есть за 2,5 месяца.

Установлено, что наиболее значимыми для семей детей с эпилепсией во время пандемии COVID-19 являются финансовые проблемы и вопросы обеспечения непрерывного приема антиэпилептических препаратов. Показаны возможности обеспечения достаточного уровня консультативной помощи детям с эпилепсией в условиях кризиса COVID-19 с использованием современных средств связи.

Выявлен относительно невысокий показатель нарастания стресса, поведенческих и эмоциональных расстройств у детей с эпилепсией во время кризиса COVID-19.

Ключевые слова: дети, эпилепсия, семьи, COVID-19

Using an electronic version of an anonymous questionnaire specially developed by employees of the Department of Child Psychoneurology and Paroxysmal Conditions for parents (guardians) of children with epilepsy, we obtained information about 133 families in which there are children with this pathology from the age of 3 months to 18 years. The survey lasted from May 18 to May 23, 2020 and displays data for the period from the beginning of the introduction of strict anti-epidemic measures in Ukraine, that is, for 2.5 months.

It has been established that the most significant for families with children suffering from epilepsy during the COVID-19 pandemic are financial problems and issues of ensuring continuous use of antiepileptic drugs. The possibilities of providing a sufficient level of counseling for children with epilepsy during the crisis of COVID-19 using modern means of communication are shown.

A relatively low rate of increase in stress, behavioral and emotional disorders in children with epilepsy during the COVID-19 crisis was revealed.

Keywords: children, epilepsy, families, COVID-19

Криза, що її спричинила пандемія COVID-19, негативно відбилася та відбивається на всіх сферах життя людей у світі. Це — втрати, безпосередньо спричинені інфекцією, зумовлені її надзвичайно швидким поширенням, тривалими строками госпіталізації за умов тяжкого перебігу захворювання, високою летальністю; фінансово-економічною кризою, яку експерти здебільшого розцінюють як безпрецедентну та катастрофічну [1—5] і, безумовно, соціальні та психологічні наслідки [6, 7].

Особливістю цієї кризи є не тільки її «глобальність», а й те, що вона, більшою чи меншою мірою, вплинула на всіх без винятку людей та соціальні групи (родини, робочі колективи та інші), що пов'язано з обмеженням свободи пересування, матеріальними проблемами (втрата роботи або суттєве зменшення заробітної платні) і з необхідністю в «ургентному» порядку трансформувати звичайний, сталий спосіб життя, перебудовуючи, зокрема, стосунки з близькими в умовах карантину та самоізоляції.

Означені вище аспекти є спільними, але мають свої особливості в певних групах практично здорових

людей і, безумовно, в родинах, які мають хвору дитину. Наявність у дитини патології центральної нервової системи (ЦНС) сама по собі є чинником, який хронічно негативно впливає на якість життя самої дитини та всієї родини і оточуючих, і ці родини можуть бути ще вразливішими в період потрясіння на кшталт пандемії COVID-19.

Одним з найбільш поширених захворювань ЦНС є епілепсія, частота яких в дитячій популяції сягає 1 % [8]. Діяльність Міжнародної Протиепілептичної Ліги (ILAE), національних протиепілептичних ліг, інших товариств з боротьби з епілепсією під час кризи COVID-19 здійснюється в кількох провідних напрямках. По-перше, вже на початку пандемії були сформульовані та оприлюднені рекомендації та роз'яснення для пацієнтів з епілепсією та лікарів з питань взаємного впливу коронавірусної інфекції та епілепсії, особливостей протиепідемічних заходів [9, 10], забезпечення антиепілептичними препаратами та можливостей їх одночасного застосування з ліками, які можуть застосовуватися в терапії COVID-19 інфекції [11]. По-друге, ILAE та інші організації проводили та проводять опитування пацієнтів з епілепсіями та їхніх лікарів щодо проблем, які виникли або загострилися під час кризи. І, безумовно, одним з найважливіших напрямів є накопичення та аналіз клінічних

повідомлень стосовно можливої ролі коронавірусної інфекції як фактору ризику виникнення або погіршення перебігу епілепсії та навпаки — особливостей коронавірусної хвороби у пацієнтів з епілепсією [12—14].

Необхідність пошуку шляхів оптимізації допомоги дітям з епілепсією та їхнім родинам в умовах пандемії визначається тяжкістю епілепсії як захворювання, високою частотою інвалідності внаслідок епілепсії, соціальними проблемами, пов'язаними із цим захворюванням та фінансовими питаннями, які були наявними та значущими й в період до кризи COVID-19.

Адаптація дітей з епілепсією під час та після пандемії та пов'язаних з нею протиепідемічних заходів (карантин, ізоляція) вірогідно матиме свої особливості внаслідок того, що ці діти здебільшого мають в повсякденному житті певні обмеження, зокрема вони стосуються перегляду телевізора, роботи з електронними гаджетами, занять спортом, самостійних прогулянок, потреби регулярно приймати препарати з дотриманням суворого режиму та інші.

Окремою проблемою надання дітям з епілепсією допомоги в умовах пандемії та карантину є те, що епілепсія — це хронічне захворювання з далеко не завжди стабільним та прогнозованим перебігом, що зумовлює нагальну потребу ретельного спостереження дітей фахівцями зі своєчасною корекцією терапії та забезпечення проведення інструментального (найперше, електроенцефалографічного) та лабораторного (функції печінки, нирок, стан системи крові) контролю.

Окреслені вище питання зумовили мету цієї роботи: дослідити вплив пандемії COVID-19 та пов'язаних з нею протиепідемічних заходів на різні сфери життя родин, які мають дитину з епілепсією.

Задля збирання інформації було використано електронну версію спеціально розробленої співробітниками відділу дитячої психоневрології та пароксизмальних станів ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» анонімної анкети для батьків (опікунів) дітей з епілепсією. Опитування тривало з 18 до 23 травня 2020 року і відображає інформацію за період з початку введення в Україні жорстких протиепідемічних заходів, тобто за 2,5 місяці.

Анкета містить 66 питань, які присвячені клінічним та анамнестичним характеристикам пацієнтів, змінам, які виникли під час кризи в стані дітей та функціонуванні родин, якості надання медичної допомоги дітям, найбільш гострим проблемам, з якими родини зіткнулися в цей період.

Було отримано інформацію про 133 родини, які мають дітей з епілепсією віком від 3 місяців до 18 років. Всі пацієнти перебувають під спостереженням співробітників відділу дитячої психоневрології та пароксизмальних станів ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». Серед пацієнтів, родини яких увійшли до аналізу, було 55,6 % хлопчиків та 44,4 % дівчаток. Захворювання на COVID-19 було встановлено у одній дитині (0,8 %) з епілепсією, більше випадків захворювання ані у батьків, ані у інших родичів не зафіксовано.

У 95,5 % випадків анкети було заповнено матір'ю пацієнта. Вік дебюту епілепсії у обстежених становить від місяця до 14 років. Батьки 34,6 % дітей відзначають наявність у них, крім епілептичних нападів, певних психічних та/або психологічних розладів, а саме —

інтелектуального дефіциту, неуважності, конфліктності, дратівливості, періодично пригніченого настрою.

На рисунках 1 та 2 наведено деякі характеристики пацієнтів, родини яких увійшли до опитування.

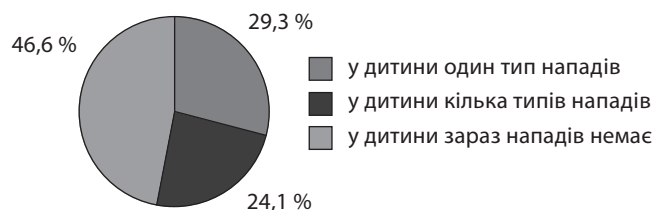


Рис. 1. Кількість типів епілептичних нападів у обстежених (тепер або раніше), N = 133

Отже, у близько половини пацієнтів на час проведення опитування було досягнуто різної тривалості ремісії нападів, з переважанням доволі стійких (більше року).

Частота нападів у інших дітей коливалася від 1—12 на рік до кількох десятків на добу. Відзначимо, що у 85 % пацієнтів частота нападів за час кризи не змінилася.

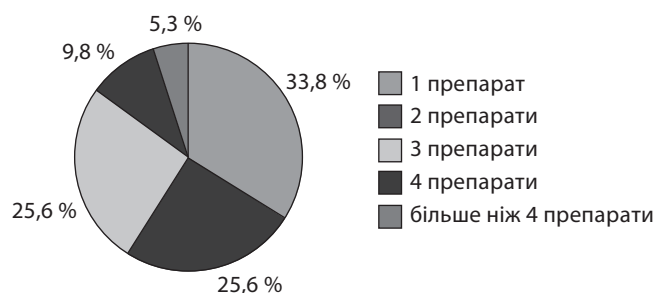


Рис. 2. Антиепілептична терапія пацієнтів, N = 133

Усі пацієнти отримували антиепілептичні препарати (АЕП), несуттєво переважали випадки монотерапії, з рівною частотою — призначення двох або трьох АЕП, в 15,1 % випадків діти отримували чотири або більше препаратів.

Рисунки 3—4 надають загальну інформацію про зміни способу життя родин, які спричинені пандемією та пов'язаними з нею обмежувальними заходами.

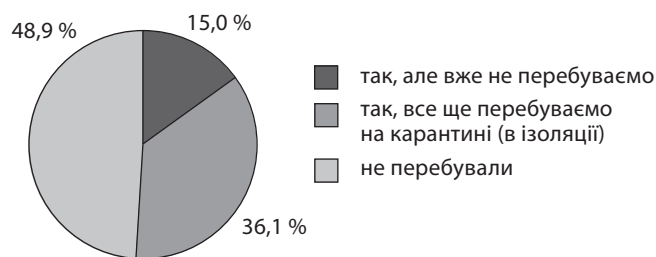


Рис. 3. Перебування на карантині та/або в ізоляції, N = 133

Дещо неочікуваними видаються дані про те, що 48,9 % родин в карантині (ізоляції) не перебували. Можемо висловити припущення, що саме до цієї групи увійшли родини, які мають дітей з дуже тяжкими формами захворювання, в яких часто мати не працює взагалі або постійно працює вдома, тому запроваджені обмеження несуттєво вплинули на сталий режим життя.

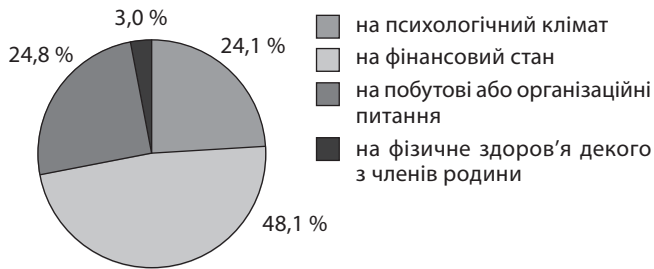


Рис. 4. Вплив кризи на різні сфери життя родин, N = 133

Показовими, особливо у зіставленні з наданими вище, є дані, наведені на рисунку 4. Зокрема, 48,1 % респондентів відзначили, що найсильніше криза вплинула на фінансовий стан родин, приблизно в рівній кількості зазначають як найбільш значущі — вплив на психологічний клімат в родині та побутові й організаційні питання, лише для 3,0 % опитаних найсерйознішим під час кризи був стан здоров'я когось з близьких.

На рисунках 5—9 наведено інформацію респондентів щодо надання їхнім дітям медичної допомоги та забезпечення АЕП.

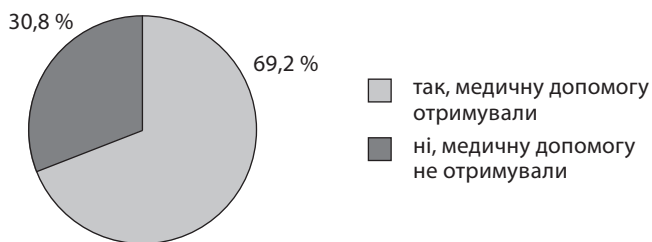


Рис. 5. Забезпечення дітей медичною допомогою в період кризи, N = 133



Рис. 6. Варіант отримання дитиною допомоги під час кризи, N = 133

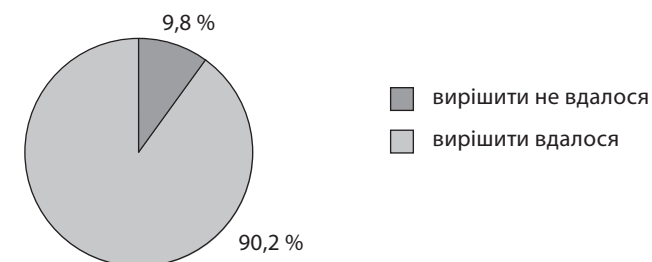


Рис. 7. Вирішення нагальних питань щодо стану здоров'я дітей під час кризи, N = 133

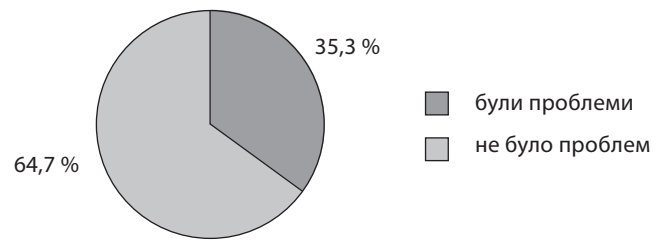


Рис. 8. Проблеми з отриманням антиепілептичних препаратів за бюджетний кошт, N = 133

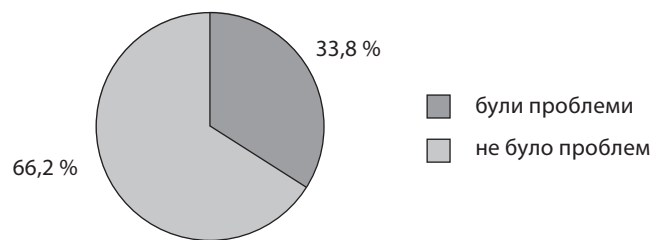


Рис. 9. Проблеми з придбанням антиепілептичних препаратів в аптечній мережі, N = 133

Аналізуючи наведені результати, слід наголосити, що, незважаючи на карантинні обмеження, закриття низки лікувальних закладів на цей період, або їх роботу не в повному обсязі, лише в 9,8 % випадках батькам не вдалося вирішити всі потрібні питання щодо стану дітей. 88,7 % респондентів відзначають задовільний рівень контакту з лікарем під час кризи, здебільшого цей контакт здійснювався за допомогою телефонного зв'язку та електронних засобів.

Водночас, є доволі тривожними показники щодо проблем придбання життєво необхідних препаратів, зокрема, на складнощі з їх отриманням за кошти Державного бюджету вказують 35,3 % респондентів, у 33,8 % виникли проблеми з придбанням АЕП в аптечній мережі.

Динаміку поведінки та емоційного стану дітей аналізували в загальній групі опитаних. Відповідні дані наведені на рисунках 10—12.

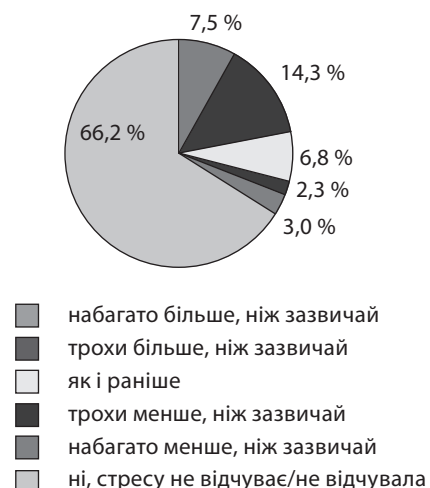


Рис. 10. Відчуття стресу дітьми під час кризи, N = 133

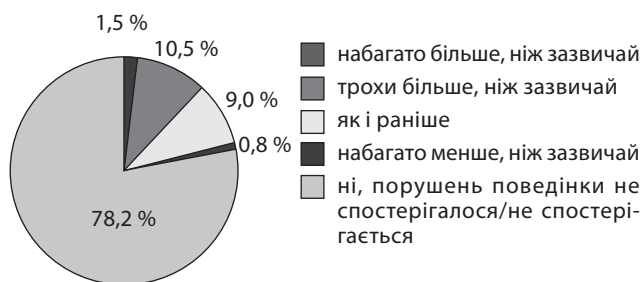


Рис. 11. Незвичні порушення поведінки у дітей під час кризи, N = 133



Рис. 12. Незвичні порушення емоційної сфери у дітей під час кризи, N = 133

Отже, наростання стресу під час карантину тою чи іншою мірою відзначають батьки 21,8 % дітей, більшу вираженість поведінкових розладів — 12,0 %, серед порушень емоційної сфери найчастіше фіксуються: поява або збільшення дратівливості, конфліктності, неслухняності, також доволі часто відзначаються збільшення втомлюваності та непродуктивності у навчанні.

Нижче наведені дані щодо динаміки навчального процесу пацієнтів. До оголошення карантину 90 дітей (67,7 % загальної групи) за різними варіантами навчалися, інші 32,3 % пацієнтів не навчалися або за віком або з причин вираженого когнітивного дефіциту.



Рис. 13. Навчання пацієнтів в період до кризи, N = 133

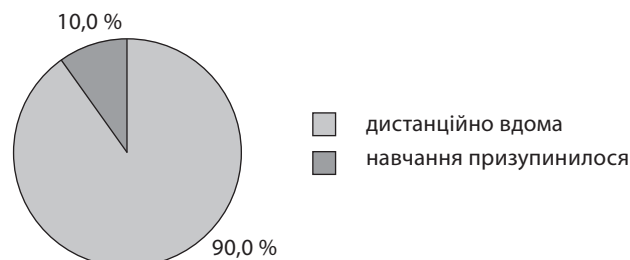


Рис. 14. Навчання під час кризи, N = 90

Наголосимо, що лише в 10,0 % випадків навчання дітей було повністю призупинено, інші діти і далі навчалися в дистанційному режимі.

Однак, певні труднощі, пов'язані з призупиненням навчання (зміною режиму навчання) зазначають 33,3 % респондентів (рис. 15).

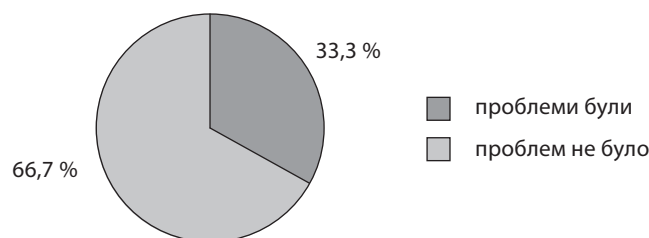


Рис. 15. Проблеми з навчанням дітей під час кризи, N = 90

Наведені вище результати демонструють доволі суттєвий спектр проблем, які виникли або загострилися в обстежених родинах під час кризи, на цьому тлі абсолютно «неочікуваним» виглядає результат відповіді на умовно підсумкове питання (про значущі проблеми) (рис. 16).

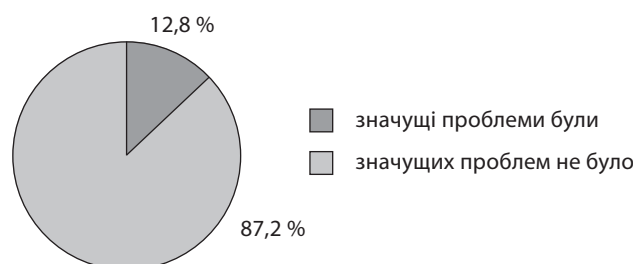


Рис. 16. Частота значущих проблем в родинах під час кризи, N = 133

Зокрема, лише 12,8 % респондентів зазначили наявність значущих, гострих проблем в родинах, які пов'язані з кризою COVID-19.

Настільки незначна частка може бути пояснена тим, що родини, в яких є дитина з тяжким хронічним захворюванням нервової системи, як-от епілепсія, часто — з супутніми руховими, мовними, когнітивними та іншими розладами, виявляються більш стійкими до негативного психоемоційного впливу ситуації, пов'язаної з COVID-19. Адже родини, в яких є дитина зі суттєво обмеженими можливостями протягом тривалого часу, вже адаптовані до цілої низки стресових чинників — постійний контакт з хворою дитиною,

забезпечення догляду за нею, часто — обмеження працездатності, а навіть більше — поїздок, мандрівок, соціальної активності тощо.

Не менш цікавими є дані про доцільність допомоги у розв'язанні цих проблем, яку зазначають респонденти. Стосовно розв'язання проблем, що виникли або можуть виникнути в подальшому, 25,6 % батьків вважають найбільш доцільною для цього допомогу лікарів, 19,5 % — державних органів, 13,5 % — родичів та друзів, психологів — 7,5 %, соціальних працівників — 1,5 %. Отримані результати, з одного боку, свідчать про високий рівень довіри до лікарів, першочерговість вирішення саме медичних питань (що відповідає даним про задовільність контакту під час кризи та отримання належної допомоги) та надію на вирішення певних питань за допомогою державних органів, а з другого — можуть відображати певний скепсис щодо ролі психологічної та соціальної допомоги.

Проведене дослідження ми розглядаємо як «пілотне», проведення низки зіставлень за результатами проведеного опитування є неможливим в зв'язку з анонімністю анкетування. Проте певні висновки на цьому етапі роботи можуть бути зроблені.

1. Спосібом анонімного електронного анкетування проведено дослідження впливу пандемії COVID-19 та жорстких обмежувальних заходів на різні сфери життя 133 родин, які мають дитину з епілепсією, протягом 2,5 місяців.

2. Найбільш значущими для родин дітей з епілепсією під час пандемії COVID-19 є фінансові проблеми і питання забезпечення безперервного приймання антиепілептичних препаратів.

3. Показано можливості забезпечення достатнього рівня консультативної допомоги дітям з епілепсією в умовах кризи COVID-19 з використанням сучасних засобів зв'язку.

4. Виявлений відносно невисокий показник наростання стресу, поведінкових та емоційних розладів у дітей з епілепсією під час кризи COVID-19.

Варто наголосити, що проміжок часу, інформація щодо якого отримана (2,5 місяці) не є тривалим, можливо саме цим пояснюється високий рівень задоволення батьками рівнем надання медичної допомоги, розв'язання проблем та невелике наростання в обстежуваній групі дітей рівня психоемоційних розладів.

З огляду на невизначеність, нестабільність ситуації із захворюваністю на COVID-19, рівнем епідемічних обмежень, робочої та економічної перспективи батьків, ці показники з часом можуть зазнати суттєвих змін, що, на нашу думку, робить доцільним їх подальший моніторинг через певні інтервали часу.

Список літератури

1. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China / Guan W. J., Ni Z. Y., Hu Y. [et al.] // *N Engl J Med.* 2020 Apr 30; 382 (18): 1708—1720. DOI: 10.1056/NEJMoa2002032.
2. Epidemiological and Clinical Aspects of COVID-19; a Narrative Review / Kolifarhood G., Aghaali M., Saadati H. M. [et al.] // *Arch Acad Emerg Med.* 2020. 8 (1): e41. PMID: 32259130.
3. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in the U.S // *Centers for Disease Control and Prevention.* 24 April 2020.

4. Lowrey Annie. The Coronavirus Recession Will Be Unusually Difficult to Fight // *The Atlantic.* Archived from the original on 24 March 2020. URL: <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/03/viral-recession/607657/>.

5. Thompson Derek. The Coronavirus Will Be a Catastrophe for the Poor // *The Atlantic.* 2 April 2020. (20 March 2020). URL: <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2020/03/coronavirus-will-supercharge-american-inequality/608419/>.

6. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak // *World Health Organization.* 28 March 2020. URL: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d3578af_2.

7. Lee Joyce. Mental health effects of school closures during COVID-19 // *The Lancet. Child & Adolescent Health.* 14 April 2020. DOI: [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30109-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30109-7).

8. Camfield P., Camfield C. Incidence, Prevalence and Aetiology of Seizures and Epilepsy in Children // *Epileptic Disorder.* 2015. 17 (2). 117—23. DOI: 10.1684/epd.2015.0736.

9. The Epilepsy Foundation New England Coronavirus information for people affected by epilepsy in New England. 2020. URL: <https://epilepsynewengland.org/news/coronavirus-information-for-people-affected-by-epilepsy-in-new-england/>.

10. AES STATEMENT ON COVID-19 (The American Epilepsy Society) Covid-19 resources for epilepsy clinicians. URL: https://www.aesnet.org/about_aes/position_statements/covid-19-for-clinicians. 2020.

11. Clinically relevant Drug-Drug interaction between AEDs and medications used in the treatment of COVID-19 patients by E. Russo and L. Iannone. Updated to March 25, 2020. URL: https://www.ilae.org/files/dmfile/Antiepileptic-drugs-interactions_in_COVID-19.pdf.

12. Sun T., Guan J. Novel coronavirus and central nervous system // *Eur J Neurol.* Mar 26, 2020. DOI: 10.1111/ene.14227.

13. Acute Symptomatic Seizures in Critically Ill Patients with COVID-19: Is There an Association? / Hepburn M., Mullaguri N., George P. [et al.] // *Neurocrit Care.* 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12028-020-01006-1>.

14. Asadi-Pooya Ali A. Seizures associated with coronavirus infections // *Seizure: European Journal of Epilepsy* 2020. 79. 49—52. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2020.05.005>.

Надійшла до редакції 28.05.2020

ТАНЦУРА Людмила Миколаївна, доктор медичних наук, науковий керівник відділу*; e-mail: _tantsura@ukr.net

ПИЛИПЕЦЬ Олена Юріївна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу*; e-mail: pelya_71@ukr.net

ТАНЦУРА Євген Олександрович, асистент кафедри загальної практики, відділення сімейної медицини Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна, м. Харків, Україна

ТРЕТЬЯКОВ Дмитро Володимирович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу*; e-mail: dmitrii_tretiakov@ukr.net

* — відділ дитячої психоневрології та пароксизмальних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

TANTSURA Lyudmyla, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department*; e-mail: _tantsura@ukr.net

PYLYPETS Olena, MD, PhD, Senior Researcher of the Department*; e-mail: pelya_71@ukr.net

TANTSURA Yevgen, Assistant of the Department of General practice — Family Medicine of the V. N. Karazin's Kharkiv National University, Kharkiv, Ukraine

TRETIKOV Dmytro, MD, PhD, Senior Researcher of the Department*; e-mail: dmitrii_tretiakov@ukr.net

* — Department of child psychoneurology and paroxysmal states of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

О. С. Юрценюк

**ОСОБЛИВОСТІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ
ЗАЛЕЖНО ВІД СПЕЦІАЛЬНОСТІ НАВЧАННЯ**

О. С. Юрценюк

**Особенности непсихотических психических расстройств у студентов
в зависимости от специальности обучения**

O. S. Yurtsenyuk

Peculiarities of nonpsychotic mental disorders in students depending on specialty they learn

Стан здоров'я студентів вишив привертає все більшу увагу фахівців різних галузей медицини. Під час порівняння психічного здоров'я різних груп населення виявилось, що стосовно студентства ця проблема є найбільш актуальною. Метою дослідження було вивчення особливостей непсихотичних психічних розладів (НПР) у студентів залежно від спеціальності навчання, курсу навчання, статі. Протягом 2015—2017 рр., з дотриманням принципів біоетики та деонтології проведено суцільне комплексне обстеження 1235 студентів. Застосовані методи: клінічний, клініко-психопатологічний, клініко-епідеміологічний, клініко-анамнестичний, експериментально-психологічний та статистичний. В результаті проведеного дослідження виявлено, що з 1235 обстежених студентів у 317 осіб діагностовано НПР, що становило 25,67 %. В гендерному аспекті НПР виявлено у 97 (30,60 %) осіб чоловічої статі та 220 (69,40 %) осіб жіночої статі. Найбільшу схильність до розвитку НПР виявили у студентів спеціальностей «Педіатрія» та «Медицина психологія» — 48,48 %, а найменшу — у студентів філософсько-теологічного факультету — 9,68 %. Найбільш схильними до розвитку НПР виявились студенти 1 та 5 курсів навчання. Отримані результати треба брати до уваги під час побудови системи профілактичних заходів та для своєчасного виявлення та лікування вищезгаданих розладів.

Ключові слова: непсихотичні психічні розлади, студенти, спеціальності навчання, невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади

Состояние здоровья студентов вузов привлекает все большее внимание специалистов различных областей медицины. При сравнении психического здоровья различных групп населения оказалось, что в отношении студенчества эта проблема наиболее актуальна. Целью исследования было изучение особенностей непсихотических психических расстройств (НПР) у студентов в зависимости от специальности обучения, курса обучения, пола. Нами, в течение 2015—2017 гг., с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии было проведено сплошное комплексное обследование 1235 студентов. Применены методы: клинический, клинико-психопатологический, клинико-эпидемиологический, клинико-анамнестический, экспериментально-психологический и статистический. В результате проведенного исследования выявлено, что из 1235 обследованных студентов у 317 человек диагностировано НПР, что составило 25,67 %. В гендерном аспекте НПР обнаружено у 97 (30,60 %) лиц мужского пола и 220 (69,40 %) лиц женского пола. Наибольшую склонность к развитию НПР обнаружили у студентов специальностей «Педиатрия» та «Медицинская психология» — 48,48 %, а наименьшее — у студентов философско-теологического факультета — 9,68 %. Наиболее склонными к развитию НПР оказались студенты 1 и 5 курсов. Полученные результаты необходимо учитывать при построении системы профилактических мероприятий и для своевременного выявления и лечения вышеупомянутых расстройств.

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, студенты, специальности обучения, невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства

Health status of students at higher educational institutions draws attention of specialists in different fields of medicine. Comparison of mental health of different population groups determined that this issue is especially urgent concerning students. Objective of the study was investigation of peculiarities of nonpsychotic mental disorders (NPMD) among students depending on the specialty they learn, the year of studies, and sex. In the period from 2015 to 2017 a comprehensive examination including 1235 students was conducted keeping to the principles of bioethics and deontology. The following methods were applied: clinical, clinical-psychopathologic, clinical-epidemiologic, clinical-anamnestic, experimental-psychological and statistical. The study resulted in the following findings: 317 students out of 1235 of all the examined individuals were diagnosed with NPMD (25.67 %). In a gender aspect NPMD was found among 97 (30.60 %) males and 220 (69.40 %) females. The highest susceptibility to the development of NPMD was found among students on specialties "Pediatrics" and "Medical Psychology" — 48.48 %, and the lowest one — among the students of philosophic-theological faculty — 9.68 %. First-year and fifth-year students appeared to be the most susceptible to the development of NPMD. The results obtained should be considered in programming the system of preventive measures in order to timely find and treat the above disorders.

Keywords: nonpsychotic mental disorders, students, specialties of study, neurotic stress-related and somatoform disorders

Стан здоров'я студентів вишив привертає все більшу увагу фахівців різних галузей медицини. Це зумовлено роллю, яку відіграє ця соціальна група в суспільстві. Серед проблем, пов'язаних з охороною здоров'я студентів, вагоме місце посідають нервово-психічні розлади. З порівняння психічного здоров'я різних груп населення виявилось, що стосовно студентства ця проблема є найбільш актуальною [1—3].

За даними літератури, поширеність розладів психіки й поведінки серед підлітків сягає 3227,6 на 100 тис. населення, причому розлади непсихотичного регістру за різними даними становлять від 27—45 % до 58,4 % від усіх хворих із нервово-психічними порушеннями [4, 5].

Мета дослідження — вивчення особливостей непсихотичних психічних розладів у студентів залежно від спеціальності навчання, курсу навчання, статі.

Протягом 2015—2017 рр., з дотриманням принципів біоетики та деонтології (на початку у кожного обстеженого отримували інформовану згоду на проведення дослідження) проведено суцільне комплексне обстеження студентів 1—5 курсів медичних факультетів ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет» (БДМУ) та студентів 1—4 курсів факультету педагогіки, психології та соціальної роботи, філологічного факультету, інституту фізико-технічних та комп'ютерних наук, факультету математики та інформатики, філософсько-теологічного факультету Чернівецького національного університету. В результаті першого скринінгового обстеження ми отри-

мали вихідну групу обстеження кількістю 1679 студентів. Через рік при повторному загальному обстеженні вихідної групи студентів (1679 осіб), ми зібрали 1235 уніфікованих карт, що відповідали загальному критерію включення в дослідження. Отже, надалі ми аналізували результати обстеження 1235 студентів.

Усіх студентів (1235 осіб) було поділено на дві групи — основну та порівняльну. До основної групи увійшли 317 (25,67 %) студентів, у яких було діагностовано непсихотичні психічні розлади (НПР). Для верифікації клінічних особливостей НПР, як порівняльну групу було обстежено 918 (74,33 %) студентів без НПР, практично здорових.

У дослідженні брали участь 852 студенти (68,99 %) БДМУ та 383 студенти (31,01 %) Чернівецького національного університету. Середній вік обстежених $20,15 \pm 0,05$ років. В гендерному розподілі серед усіх обстежених було 365 чоловіків та 870 жінок, відповідно 29,55 % та 70,45 %. Вибірка не мала суттєвих відмінностей за статевим і віковим складом, місцем мешкання, формою навчання. Провідним критерієм включення особи до дослідження було її навчання у вищому навчальному закладі. Обстеження проводили в міжсесійний період.

Застосовані методи: клінічний, клініко-психопатологічний, клініко-епідеміологічний, клініко-анамнестичний, експериментально-психологічний та статистичний.

Психодіагностичне дослідження проводили за допомогою експериментально-психологічних методик: ступінь вираження тривожної симптоматики вивчали за допомогою тесту Спілберґера — Ханіна. Ступінь вираженості депресивної симптоматики оцінювали за допомогою шкали самооцінки депресії Цунґа (Zung Self-Rating Depression Scale). Тест адаптований у відділенні наркології НДІ ім. Бехтерева Р. І. Балашовою. Вивчення особистісних особливостей проводили з використанням скороченого багатофакторного опитувальника особистості (СБОУ), розробленого на основі тесту MMPI (Minnesota

Multiphasic Personality Inventory). Рівень алекситимії визначали за допомогою Торонтської алекситимічної шкали (Toronto Alexithymia Scale), створеної G. J. Taylor і співавт. (1985). З метою визначення рівня нейротизму використовували методику експрес-діагностики неврозу К. Хека і Х. Хесса (K. Höck, H. Hess, 1975).

Основним завданням клініко-психопатологічного методу дослідження було комплексне оцінення психічного статусу обстеженого. Цей метод базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження. Опитування здійснювали із застосуванням дослідницьких діагностичних критеріїв МКХ-10.

Усім обстеженим проводили напівструктуроване інтерв'ю, яке передбачало індивідуальний підхід до кожного студента і було спрямовано на виявлення клінічних симптомів НПР відповідно до діагностичних критеріїв Розділу V «Психічні розлади» МКХ-10. Дані клініко-психопатологічного обстеження реєстрували у додатку до карти обстеження студента. З них і формували базу цих обстежених (у форматі Microsoft Excel XP для Windows) для подальшої статистичної обробки отриманих даних.

В результаті проведеного дослідження виявлено, що з 1235 обстежених студентів у 317 осіб діагностовано НПР, що становило 25,67 %. В гендерному аспекті НПР виявлено у 97 (30,60 %) осіб чоловічої статі та 220 (69,40 %) осіб жіночої статі. Серед 317 студентів основної групи було діагностовано: афективні розлади настрою (F30 — F34) у 79 студентів, що становить 24,92 %; невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 — F48) виявлено у 187 студентів (58,99 %); поведінкові синдроми, пов'язані із фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (F50 — F51.4) — у 20 осіб (6,31 %); розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих (F60) діагностовано у 31 студента (9,78 %).

Таблиця 1. Розподіл хворих за діагнозами залежно від статі

Діагноз, рубрика за МКХ-10	Загальна кількість, абс. (n = 371)	Чоловіки (n = 97)		Жінки (n = 220)	
		абс.	%	абс.	%
Афективні розлади настрою (F30 — F34.1)	79	23	23,71	56	25,45
Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (F40 — F48.1)	187	62	63,92	125	56,82
Поведінкові синдроми, пов'язані із фізіологічними порушеннями та фізичними факторами (F50 — F51.4)	20	3	3,09	17	7,73
Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих (F60 — F60.7)	31	9	9,28	22	10,0

Як видно з таблиці 1, в основній групі переважали студенти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами (F40 — F48.1) 187 (58,99 %). В статевому розподілі виявлено такі результати: афективні розлади у 23 чоловіків (23,71 %) та 56 жінок (25,45 %), невротичні розлади були виявлені у 62 чоловіків (63,92 %) та 125 дівчат (56,82 %), поведінкові синдроми — у 3 (3,09 %) та 17 (7,73 %) відповідно, розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих діагностовано у 9 студентів (9,28 %) та 22 (10,0 %) студенток. Отже, в гендерному розподілі діагнози були фактично однорідними.

В основній групі переважали студенти з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розла-

дами (F40 — F48.1) 187 (58,99 %), на другому місці були афективні розлади настрою (F30 — F34.1) — 79 (24,92 %) осіб, розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих (F60 — F60.7) — діагностовано у 31 (9,78 %) студента і на решті поведінкові синдроми, пов'язані із фізіологічними порушеннями і фізичними чинниками (F50 — F51.4) — у 20 (6,30 %) відповідно.

Розподіл всіх обстежених студентів за курсами навчання наведено в таблиці 2.

Серед усіх обстежених студентів на державній формі навчання 519 студентів (42,02 %), на контрактній формі навчання було 716 студентів (57,98 %). В основній групі на бюджетній формі навчання 135 (42,59 %) студентів, в порівняльній групі — 384 (41,83 %) особи ($p \geq 0,05$).

Таблиця 2. Розподіл студентів за курсами навчання

Курс навчання	Кількість осіб, абс. (n = 268)	%
1	268	21,70
2	164	13,28
3	268	21,70
4	374	30,28
5	151	12,23
6	10	0,81

Аналізом особливостей НПР у студентів залежно від спеціальності навчання виявлено, що найбільша кількість хворих студентів навчалися за спеціальностями: «Педіатрія» — 53,49 %, «Інформатика (зокрема міжнародна інформатика)» — 46,67 %, «Медична психологія» — 39,13 %. Найменшу кількість НПР діагностовано у студентів спеціальностей «Соціологія» — 9,09 %, «Політологія» — 15,79 %, «Математика» — 18,46 % (табл. 3). Отримані результати можна пояснити різними особистісними характеристиками студентів, які обрали ту чи ту спеціальність.

Таблиця 3. Розподіл обстежених студентів залежно від спеціальності навчання

Спеціальність навчання	Кількість обстежених		
	загальна (n = 1235)	осіб з НПР, абс. (n = 317)	Частка осіб з НПР, %
Економіка (теорія та кібернетика)	21	6	28,57
Інформатика (зокрема міжнародна інформатика)	15	7	46,67
Історія	42	9	21,43
Лікувальна справа	572	142	24,83
Математика (зокрема мат. аналіз, прикладна математика)	65	12	18,46
Медична психологія	23	9	39,13
Педіатрія	43	23	53,49
Політологія	19	3	15,79
Початкова освіта	14	3	21,43
Практична психологія	148	43	29,05
Соціальне забезпечення	8	2	25,00
Соціологія	11	1	9,09
Стоматологія	214	47	21,96
Технічна освіта	12	4	33,33
Фізика	16	3	18,75
Філософія	12	3	25,00

Для підвищення вірогідності результатів ми згрупували студентів за напрямками навчання і отримали такі результати: спеціальність «Стоматологія» — 47 осіб з НПР і це становить 21,96 % від 214 обстежених стоматологів; спеціальність «Лікувальна справа» — 142 (24,83 %) з 572 обстежених; спеціальності «Педіатрія», «Медична психологія» — 32 (48,48 %) хворих з 66 обстежених студентів цих спеціальностей.

Студентів національного університету ми згрупували за спеціальностями (факультетами) та отримали такі результати: інженерно-технічний факультет — у 7 студентів з 28 обстежених виявлено НПР, що становило 25,0 %; факультет математики та інформатики — 19 (26,02 %) хворих з 73 обстежених; філософсько-теологічний факультет — 3 (9,68 %) осіб з НПР з 31 обстеженого; факультет педагогіки, психології та соціальної роботи — 48 (29,63 %) студентів з НПР з 162 обстежених; факультет історії, політології та міжнародних відносин — 13 (19,12 %) хворих з 68 обстежених; економічний факультет — 6 (28,57 %) студентів з НПР з 21 обстеженого.

Отже, найбільшу схильність до розвитку НПР виявили у студентів спеціальностей «Педіатрія» та «Медична психологія» — 48,48 %, а найменшу — у студентів філософсько-теологічного факультету — 9,68 %. Це, відповідно до нашої гіпотези, можна пояснити особистісними характеристиками молодих людей, що обирають ту чи ту спеціальність. Аналізуючи частоту та структуру неспсихотичних психічних розладів у студентів різних спеціальностей вищих навчальних закладів залежно від статі, курсу, форми навчання та спеціалізації виявлено, що здебільшого характерні невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади. Форма навчання не має суттєвого впливу на розвиток НПР. Найбільш схильними до розвитку НПР виявились студенти 1 та 5 курсів навчання.

Отримані результати треба брати до уваги під час побудови системи профілактичних заходів та для своєчасного виявлення та лікування вищезгаданих розладів.

Список літератури

1. Фальова О. Є., Заїка Є. В. Особистість та пізнавальні процеси студентів у ВНЗ: діагностика, розвиток, корекція : навч. посібник для ВНЗ. Краматорськ, 2005. 402 с.
2. Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги / Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 135. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2017_25_1_135.
3. Моисеева О. Ю. Психодиагностика индивидуальных особенностей личности. Часть 2. Психодиагностика характера : учебно-методическое пособие. Владивосток : Мор. гос. ун-т, 2007. 253 с. URL: http://pedlib.ru/Books/5/0226/5_0226-1.shtml.
4. Чижкова М. Б. Структура личности студентов-первокурсников с разным уровнем адаптации к образовательной среде медицинского вуза // Интернет-журнал «Мир науки». 2017, Т. 5, № 3. URL: <http://mir-nauki.com/PDF/29PSMN317.pdf>.
5. Осипчукова Е. В., Попова Н. В., Попова Е. В. Адаптация студентов в учреждениях высшего образования: факторный анализ // Современная высшая школа: инновационный аспект. 2016. Т. 8. № 4. С. 66—74. DOI: 10.7442/2071-9620-2016-8-4-66-74.

Надійшла до редакції 12.05.2020

ЮРЦЕНЮК Ольга Сидорівна, кандидат медичних наук, доцент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна; <http://orcid.org/0000-0002-1450-1530>; e-mail: yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua

YURTSENYUK Olha, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Nervous Diseases, Psychiatry and Medical Psychology of the Higher State Educational Institution of Ukraine "Bukovynskyi State Medical University", Chernivtsi, Ukraine; <http://orcid.org/0000-0002-1450-1530>; e-mail: yurtsenyuk.olga@bsmu.edu.ua

С. О. Ярославцев

ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСУ УВАГИ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ

С. А. Ярославцев

Особенности процесса внимания при депрессивных расстройствах

S. O. Yaroslavtsev

Peculiarities of the attention process at depressive disorders

Було обстежено 362 пацієнти з когнітивними порушеннями при депресивних розладах: 123 пацієнти з рекурентними депресивними розладами, 141 — з біполярними афективними розладами (БАР) та 98 осіб з пролонгованою депресивною реакцією. Особливості процесу уваги пацієнтів з депресивними розладами полягали в наявності зниження концентрації, стійкості та переключення уваги, зниження ефективності роботи та працездатності. Були визначені особливості функціонування показників уваги при різних типах депресивних розладів, які можуть виступати як діагностичні критерії під час проведення диференціальної діагностики когнітивних порушень при депресивних розладах.

Ключові слова: когнітивні порушення, депресивні розлади, стійкість, концентрація та переключення уваги, рекурентний депресивний розлад, біполярний депресивний розлад, пролонгована депресивна реакція

Было обследовано 362 пациента с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах: 123 пациента с рекуррентными депрессивными расстройствами, 141 пациент с биполярными аффективными расстройствами и 98 человек с пролонгированной депрессивной реакцией. Особенности процесса внимания пациентов с депрессивными расстройствами заключались в наличии снижения концентрации, устойчивости и переключения внимания, снижения эффективности работы и работоспособности. Были определены особенности функционирования показателей внимания при различных типах депрессивных расстройств, которые могут выступать в качестве диагностических критериев при проведении дифференциальной диагностики когнитивных нарушений при депрессивных расстройствах.

Ключевые слова: когнитивные нарушения, депрессивные расстройства, стойкость, концентрация и переключение внимания, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное депрессивное расстройство, пролонгированная депрессивная реакция

362 patients with cognitive impairment in depressive disorders were examined: 123 patients with recurrent depressive disorder, 141 patients with bipolar affective disorder and 98 people with prolonged depressive reaction. Peculiarities of the process of attention of patients with depressive disorders were the presence of a decrease in concentration, stability and switching of attention, decrease in work efficiency and working capacity. The peculiarities of the functioning of attention indicators were determined for various types of depressive disorders, which can use as diagnostic criteria in the differential diagnosis of cognitive impairment in depressive disorders.

Key words: cognitive impairment, depressive disorders, persistence, concentration and switching of attention, recurrent depressive disorder, bipolar depressive disorder, prolonged depressive reaction

На сучасному етапі розвитку суспільства серед загальноомедичних проблем особливої актуальності набуває проблема патології афективної сфери [1, 2]. За даними ВООЗ, в цей час більш ніж у 110 млн осіб в світі виявлені ті чи ті клінічно значущі прояви депресивних розладів [2]. Аналогічна тенденція спостерігається і в Україні [3]. Зростання актуальності проблеми депресій зумовлене їх поширеністю, пояснюється істотним впливом хвороби на якість життя і соціальне функціонування людини, а також найбільшим серед психічних розладів рівнем суїцидів, скоєних хворими на депресивні розлади [1, 3, 4].

Відомо, що депресія супроводжується різними когнітивними порушеннями [2, 5—8]. Когнітивний компонент депресії робить істотний внесок в загальну картину захворювання, що відображується в описі клінічних симптомів і діагностичних критеріях депресії. В останні роки когнітивному аспекту депресії надають особливу увагу [3, 6, 9]. Показано, що корекція когнітивних розладів має першорядне значення для нормалізації повсякденного функціонування пацієнтів при досягненні ремісії, зокрема для відновлення порушеної працездатності [1, 7, 10]. За даними опитування пацієнтів з встановленим діагнозом депресії, труднощі концентрації і зниження розумової працездатності вони відчують майже весь час [2, 4, 8, 11]. І навіть незважаючи на нормалізацію емоційного стану під час ремісії, пацієнти нерідко і далі відчують когні-

тивні труднощі, що заважає в роботі і повсякденному життю [5, 8, 12]. Отже, досягнення задовільного рівня повсякденного функціонування неможливо без відновлення нормального рівня розумової працездатності пацієнта, тобто без додаткового впливу на когнітивний складник. Тому дослідження, спрямовані на оцінювання особливостей когнітивних порушень при різних типах депресивних розладів є актуальним і має велике медико-соціальне значення.

Мета дослідження — визначити особливості та вираженість когнітивних дисфункцій у сфері уваги серед пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах.

Проведене суцільне обстеження 362 пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах. Усі обстежені були поділені на три групи порівняння за механізмом розвитку депресивних розладів, що встановлювали під час клінічного інтерв'ю та динамічного спостереження. Порівняльний аналіз проводили між 123 пацієнтами з рекурентними депресивними розладами (РДР), 141 пацієнтом з біполярними афективними розладами (БАР) та 98 пацієнтами з пролонгованою депресивною реакцією (ПДР).

У дослідженні був застосований комплексний підхід, що полягав у використанні клініко-психопатологічного, психодіагностичного (коректурна проба Бурдона та таблиці Шульте) та статистичного методів дослідження, що дало змогу оцінити рівень концентрації, переключення і стійкості уваги, процес стомлюваності та витривалості у пацієнтів з когнітивними порушеннями

при депресивних розладах [13]. Статистичну обробку даних застосовували для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних помилок (у форматі $M \pm m$), вірогідності відмінностей (критерії Стюдента — Фішера [t], Колмогорова — Смірнова [λ]). Маркери-мішені когнітивних порушень визначали обчисленням діагностичних коефіцієнтів (ДК) і мір інформативності Кульбака (MI). Статистичне оброблен-

ня результатів проводили за допомогою Excel-2010 та Statistica 6.1 [14].

Виявлено такі особливості процесу уваги (табл. 1): концентрація уваги у 36,59 % пацієнтів з РДР була нижче середнього, у 27,64 % осіб — середнього рівня, у 16,26 % пацієнтів — низькою, у 14,63 % — вище середнього рівня та лише у 4,88 % осіб концентрація уваги була високою рівня.

Таблиця 1. Особливості процесу уваги у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах (за тестом Бурдона)

Найменування показників	РДР (n = 123)		БАР (n = 141)		ПДР (n = 98)	
	абс.	% $\pm m$	абс.	% $\pm m$	абс.	% $\pm m$
Концентрація уваги						
високий рівень	6	4,88 $\pm$ 0,39	4	2,84 $\pm$ 0,20	11	11,22 $\pm$ 1,09
вище середнього	18	14,63 $\pm$ 1,11	20	14,18 $\pm$ 0,94	27	27,55 $\pm$ 2,42
середній рівень	34	27,64 $\pm$ 1,93	47	33,33 $\pm$ 1,94	42	42,86 $\pm$ 3,34
нижче середнього	45	36,59 $\pm$ 2,39	43	30,50 $\pm$ 1,82	10	10,20 $\pm$ 1,00
низький	20	16,26 $\pm$ 1,22	27	19,15 $\pm$ 1,23	8	8,16 $\pm$ 0,81
Переключення уваги						
високий рівень	1	0,81 $\pm$ 0,07	12	8,51 $\pm$ 0,58	4	4,08 $\pm$ 0,41
вище середнього	9	7,32 $\pm$ 0,58	21	14,89 $\pm$ 0,98	7	7,14 $\pm$ 0,71
середній рівень	27	21,95 $\pm$ 1,59	48	34,04 $\pm$ 1,97	26	26,53 $\pm$ 2,34
нижче середнього	53	43,09 $\pm$ 2,66	49	34,75 $\pm$ 2,01	44	44,90 $\pm$ 3,44
низький	33	26,83 $\pm$ 1,88	11	7,80 $\pm$ 0,54	17	17,35 $\pm$ 1,63
Стійкість уваги						
високий рівень	9	7,32 $\pm$ 0,58	4	2,84 $\pm$ 0,20	11	11,22 $\pm$ 1,09
вище середнього	34	27,64 $\pm$ 1,93	9	6,38 $\pm$ 0,44	28	28,57 $\pm$ 2,49
середній рівень	52	42,28 $\pm$ 2,63	47	33,33 $\pm$ 1,94	40	40,82 $\pm$ 3,24
нижче середнього	18	14,63 $\pm$ 1,11	68	48,23 $\pm$ 2,48	13	13,27 $\pm$ 1,27
низький	10	8,13 $\pm$ 0,64	13	9,22 $\pm$ 0,63	6	6,12 $\pm$ 0,61

У більшості пацієнтів рівень переключення уваги був нижче середнього (43,09 $\pm$ 2,66) %, у 26,83 % осіб — низький, у 21,95 % — середній та у 7,32 % — вище середнього.

Стійкість уваги у пацієнтів з РДР характеризувалась переважанням середнього рівня (42,28 $\pm$ 2,63) %, у 27,64 % стійкість уваги була вище середнього рівня, у 14,63 % осіб — нижче середнього рівня, у 8,13 % пацієнтів — низькою та у 7,32 % — високою рівня.

У пацієнтів з БАР рівень концентрації уваги у 33,33 % осіб був середнім, у 30,50 % — нижче середнього, у 19,15 % осіб — низьким, у 14,18 % — вище середнього та лише у 2,84 % пацієнтів концентрація уваги була високою. Переключення уваги у пацієнтів з БАР було переважно середнього та нижче середнього рівня (34,04 $\pm$ 1,97 % та 34,75 $\pm$ 2,01 % відповідно), у 14,89 % осіб рівень переключення уваги був вище середнього, у 8,51 % — високим та у 7,80 % пацієнтів — низьким. Стійкість уваги у пацієнтів з БАР була переважно нижче середнього рівня (48,23 $\pm$ 2,48) %, у третини пацієнтів визначався середній рівень (33,33 $\pm$ 1,94) % та лише у невеликої частини пацієнтів був встановлений високий (2,84 $\pm$ 0,20) %, низький (9,22 $\pm$ 0,63) % та вище середнього (6,38 $\pm$ 0,44) % рівень стійкості уваги.

У більшості пацієнтів з ПДР рівень концентрації уваги був середнім (42,86 $\pm$ 3,34) %, у 27,55 % осіб — вище середнього, у 11,22 % — високим, у 10,20 % осіб рівень концентрації уваги був нижче середнього та у 8,16 % — низьким. У більшості пацієнтів з ПДР переключення уваги було нижче середнього рівня (44,90 $\pm$ 3,44) %, у 26,53 % осіб — середнього рівня, у 17,35 % — низькою рівня та у 7,14 % — вище середнього й у 4,08 % осіб — високою рівня. Стійкість уваги у більшості пацієнтів з ПДР була середнього рівня (40,82 $\pm$ 3,24) %, у 28,57 % пацієнтів визначався рівень вище середнього, у 11,22 % — високим, у 13,27 % — нижче середнього та у 6,12 % — низький рівень стійкості уваги.

Статистичний аналіз результатів дав змогу визначити, що рівень концентрації уваги був вищим у пацієнтів з ПДР, ніж серед пацієнтів з РДР та БАР. Зокрема, серед хворих на ПДР було більше осіб з високим, вище середнього та середнім рівнем концентрації уваги (11,22 %, 27,55 % та 42,86 % відповідно) порівняно з хворими на РДР (4,88 %, ДК = 3,62, MI = 0,11, $p < 0,044$; 14,63 %, ДК = 2,75, MI = 0,18, $p < 0,008$ та 27,64 %, ДК = 1,90, MI = 0,14, $p < 0,007$ відповідно) та БАР (2,84 %, ДК = 5,97, MI = 0,25, $p < 0,007$; 14,18 %, ДК = 2,88, MI = 0,19, $p < 0,005$).

та 33,33 %, ДК = 1,09, MI = 0,05, $p < 0,035$ відповідно), серед яких було більше осіб з низьким (16,26 % та 19,15 % відповідно) та нижче середнього (36,59 % та 30,50 % відповідно) рівнями концентрації уваги на відміну від хворих на ПДР (8,16 %, ДК = 2,99, MI = 0,12, $p < 0,032$ та ДК = 3,70, MI = 0,20, $p < 0,008$ відповідно та 10,20 %, ДК = 5,55, MI = 0,73, $p < 0,0001$ та ДК = 4,75, MI = 0,48, $p < 0,0001$ відповідно).

Пацієнти з БАР відрізнялись вищим рівнем переключення уваги: кількість осіб з високим рівнем, підвищеним рівнем та середнім рівнем переключення уваги була більшою серед хворих на БАР (8,51 %, 14,89 % та 34,04 % відповідно) порівняно з пацієнтами з РДР (0,81 %, ДК = 10,20, MI = 0,39, $p < 0,002$; 7,32 %, ДК = 3,09, MI = 0,12, $p < 0,024$ та 21,95 %, ДК = 1,91, MI = 0,12, $p < 0,01$ відповідно), тимчасом як серед пацієнтів з РДР та ПДР було більше осіб зі зниженим (43,09 % та 44,90 % відповідно) та низьким (26,83 % та 17,35 % відповідно) рівнем переключення уваги порівняно з пацієнтами з БАР (34,75 %, ДК = 0,93, MI = 0,04, $p < 0,038$ та ДК = 1,11, MI = 0,06, $p < 0,030$ відповідно та 7,80 %, ДК = 5,36, MI = 0,51, $p < 0,0001$ та ДК = 3,47, MI = 0,17, $p < 0,013$ відповідно).

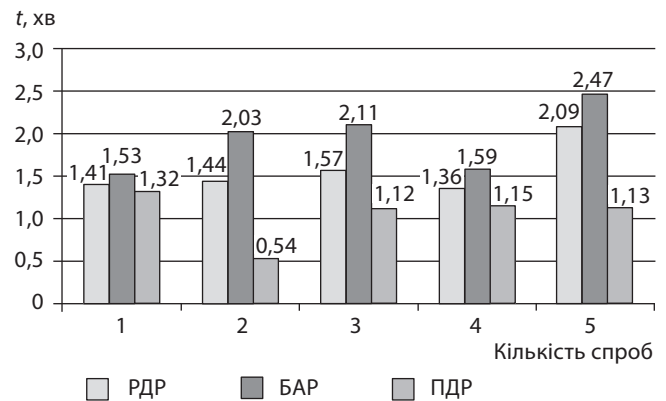
Переважає високого та підвищеного рівня стійкості уваги (11,22 % та 28,57 % відповідно) відрізняло пацієнтів з ПДР від хворих на БАР (2,84 %, ДК = 5,97, MI = 0,25, $p < 0,007$ та 6,38 %, ДК = 6,51, MI = 0,72, $p < 0,0001$ відповідно), серед яких було більше пацієнтів зі зниженим рівнем стійкості уваги (48,23 %, ДК = 5,61, MI = 0,98, $p < 0,0001$). Переважає середнього та підвищеного рівня стійкості уваги (42,28 % та 27,64 % відповідно) відрізняло пацієнтів з РДР від хворих на БАР (33,33 %, ДК = 1,03, MI = 0,05, $p < 0,033$ та 6,38 %, ДК = 6,37, MI = 0,68, $p < 0,0001$ відповідно), серед яких було більше пацієнтів зі зниженим рівнем стійкості уваги (48,23 %, ДК = 5,18, MI = 0,87, $p < 0,0001$).

Тобто пацієнти з РДР відчували труднощі щодо відволікання від власних думок, були сконцентровані на власних переживаннях, а те, що відбувалося навколо, не привертало увагу пацієнтів. Більшою концентрацією уваги характеризувались пацієнти з ПДР, хворі на БАР відрізнялись більшим рівнем переключення уваги, а пацієнти з РДР — більшою стійкістю уваги.

Аналіз процесу стомлюваності, який визначали за допомогою тесту Шульте, у пацієнтів з депресивними розладами (рисунком), свідчить, що пацієнти з РДР характеризувались стабільністю в процесі виконання завдання: усі показники були практично однаковими на різних етапах спроб, лише наприкінці виконання

завдання, на 5-й спробі, спостерігалась втомлюваність, яка відбивалася на збільшенні терміну виконання завдання до $2,09 \pm 1,13$ хв.

У пацієнтів з БАР процес виконання завдання був нерівномірним: на 2-й та 3-й спробах час збільшувався до $2,03 \pm 1,67$ хв та $2,11 \pm 1,25$ хв відповідно, а на 4-й спробі — різко зменшувався, демонструючи деяку мобілізацію психічних процесів ($1,59 \pm 1,47$ хв). Але на 5-й спробі спостерігався процес втомлюваності, що відбивалося на збільшенні часу виконання тесту ($2,47 \pm 1,66$ хв).



Процес стомлюваності у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах (за тестом Шульте)

У хворих на ПДР перша спроба за часом виконання практично не відрізнялась від такої у пацієнтів з РДР та БАР та відповідала середньому рівню виконання тесту. Однак, час виконання тесту на 2-й спробі різко зменшився ($0,54 \pm 0,76$ хв), що вказувало на процес підвищення працездатності та мобілізації ресурсів. Втомлюваності у пацієнтів з ПДР не було зафіксовано під час виконання тесту.

Статистичний аналіз результатів дав змогу встановити, що пацієнти з ПДР відрізнялись від осіб з РДР та БАР більш вираженою мобілізацією психічних процесів ($0,54 \pm 0,76$ хв) на 2-й спробі ($1,44$ хв, $p < 0,034$ та $2,03$ хв, $p < 0,025$ відповідно), а також меншою стомлюваністю ($1,13 \pm 1,06$ хв) в процесі виконання тесту ($2,09$ хв, $p < 0,041$ та $2,47$ хв, $p < 0,01$ відповідно).

Докладний аналіз показників процесу уваги дав змогу визначити такі компоненти: ефективність роботи, ступінь працездатності та рівень психічної витривалості (табл. 2).

Таблиця 2. Особливості процесу уваги у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах (за даними таблиць Шульте)

Найменування показників	РДР (n = 123)		БАР (n = 141)		ПДР (n = 98)	
	абс.	% $\pm m$	абс.	% $\pm m$	абс.	% $\pm m$
Ефективність роботи						
високий рівень	4	$3,25 \pm 0,26$	2	$1,42 \pm 0,10$	3	$3,06 \pm 0,31$
вище середнього	17	$13,82 \pm 1,05$	8	$5,67 \pm 0,39$	18	$18,37 \pm 1,71$
середній рівень	36	$29,27 \pm 2,02$	37	$26,24 \pm 1,61$	50	$51,02 \pm 3,68$
нижче середнього	54	$43,90 \pm 2,70$	67	$47,52 \pm 2,46$	21	$21,43 \pm 1,96$
низький	12	$9,76 \pm 0,76$	27	$19,15 \pm 1,23$	6	$6,12 \pm 0,61$

Ступінь працездатності						
високий рівень	1	0,81 ± 0,07	7	4,96 ± 0,35	12	12,24 ± 1,18
вище середнього	7	5,69 ± 0,45	10	7,09 ± 0,49	18	18,37 ± 1,71
середній рівень	29	23,58 ± 1,69	32	22,70 ± 1,43	37	37,76 ± 3,07
нижче середнього	46	37,40 ± 2,43	76	53,90 ± 2,61	26	26,53 ± 2,34
низький	40	32,52 ± 2,19	16	11,35 ± 0,76	5	5,10 ± 0,51
Психічна стійкість (витривалість)						
високий рівень	9	7,32 ± 0,58	8	5,67 ± 0,39	3	3,06 ± 0,31
вище середнього	13	10,57 ± 0,82	10	7,09 ± 0,49	10	10,20 ± 1,00
середній рівень	37	30,08 ± 2,06	38	26,95 ± 1,65	38	38,78 ± 3,13
нижче середнього	51	41,46 ± 2,60	53	37,59 ± 2,12	42	42,86 ± 3,34
низький	13	10,57 ± 0,82	32	22,70 ± 1,43	5	5,10 ± 0,51

Пацієнти з РДР характеризувались переважно наявністю зниженого ($43,90 \pm 2,70$) % та середнього ($29,27 \pm 2,02$) % рівня ефективності роботи, у 13,82 % пацієнтів був встановлений підвищений рівень, у 9,76 % — низький та лише у 3,25 % осіб — високий рівень ефективності роботи. За рівнем працездатності у пацієнтів з РДР більша частина пацієнтів характеризувалась зниженим ($37,40 \pm 2,43$) % та низьким ($32,52 \pm 2,19$) % рівнем, у 23,58 % пацієнтів був встановлений середній рівень працездатності та лише у невеликої частки хворих був зафіксований підвищений та високий рівень ($5,69 \pm 0,45$ % та $0,81 \pm 0,07$ % відповідно). Психічна витривалість у пацієнтів з РДР була переважно зниженою та середнього рівня ($41,46 \pm 2,60$ % та $30,08 \pm 2,06$ % відповідно), у 10,57 % пацієнтів визначався низький та підвищений рівень, у 7,32 % осіб — високий рівень психічної стійкості.

У більшій частини пацієнтів з БАР був встановлений знижений рівень ефективності роботи ($47,52 \pm 2,46$) %, у 26,24 % осіб визначався середній рівень, у 19,15 % — низький рівень, та лише у невеликої кількості хворих був зафіксований підвищений та високий рівень ефективності роботи ($5,67 \pm 0,39$ % та $1,42 \pm 0,10$ % відповідно). У більшій частини пацієнтів з БАР був встановлений знижений рівень працездатності ($53,90 \pm 2,61$) %, у 22,70 % осіб визначався середній рівень, у 11,35 % осіб — низький та лише у невеликої частки хворих рівень працездатності досягав підвищеного та високого рівня ($7,09 \pm 0,49$ % та $4,96 \pm 0,35$ % відповідно). У 37,59 % пацієнтів з БАР був встановлений знижений рівень витривалості, у 26,95 % осіб — середній рівень, у 22,70 % пацієнтів — низький рівень та лише у 5,67 % осіб визначався високий рівень та у 7,09 % — підвищений рівень психічної стійкості.

Більша частина пацієнтів з ПДР характеризувались середнім рівнем ефективності роботи ($51,02 \pm 3,68$) %, у 21,43 % пацієнтів визначався знижений рівень, у 18,37 % осіб — підвищений рівень ефективності роботи та лише невелика частка пацієнтів характеризувалась високим ($3,06 \pm 0,31$) % та низьким ($6,12 \pm 0,61$) % рівнем ефективності роботи. У 37,76 % пацієнтів був зафіксований середній рівень працездатності, у 26,53 % осіб — знижений, у 18,37 % пацієнтів — підвищений, у 12,24 % — високий та у 5,10 % — низький рівень

працездатності. Здебільшого у пацієнтів з ПДР психічна стійкість коливалась у межах зниженого та середнього рівнів ($42,86 \pm 3,34$ % та $38,78 \pm 3,13$ % відповідно), у 10,20 % осіб був встановлений підвищений рівень, у 5,10 % — низький та у 3,06 % осіб — високий рівень витривалості.

Статистичний аналіз результатів продемонстрував, що серед пацієнтів з РДР та ПДР було більше осіб з підвищеним рівнем ефективності роботи (13,82 % та 18,37 % відповідно) порівняно з пацієнтами з БАР (5,67 %, $DK = 3,87$, $MI = 0,16$, $p < 0,013$ та $DK = 5,10$, $MI = 0,32$, $p < 0,001$ відповідно), серед яких було більше осіб з низьким рівнем ефективності роботи (19,15 %, $DK = 2,93$, $MI = 0,14$, $p < 0,013$ та $DK = 4,95$, $MI = 0,32$, $p < 0,002$ відповідно). Водночас кількість хворих з середнім рівнем ефективності роботи була більшою серед пацієнтів з ПДР (51,02 %) порівняно з хворими на РДР (29,27 %, $DK = 2,41$, $MI = 0,26$, $p < 0,0004$) та БАР (26,24 %, $DK = 2,89$, $MI = 0,36$, $p < 0,0001$), серед яких було більше осіб зі зниженим рівнем ефективності роботи (43,90 %, $DK = 3,11$, $MI = 0,35$, $p < 0,0002$ та 47,52 %, $DK = 3,46$, $MI = 0,45$, $p < 0,0001$ відповідно).

Пацієнти з ПДР відрізнялись більшою кількістю пацієнтів з високим, підвищеним та середнім рівнями працездатності (12,24 %, 18,37 % та 37,76 % відповідно) на відміну від хворих на РДР (0,81 %, $DK = 11,78$, $MI = 0,67$, $p < 0,0002$; 5,69 %, $DK = 5,09$, $MI = 0,32$, $p < 0,002$ та 23,58 %, $DK = 2,04$, $MI = 0,14$, $p < 0,008$ відповідно) та БАР (4,96 %, $DK = 3,92$, $MI = 0,14$, $p < 0,025$; 7,09 %, $DK = 4,13$, $MI = 0,23$, $p < 0,005$ та 22,70 %, $DK = 2,21$, $MI = 0,17$, $p < 0,004$ відповідно), серед яких переважали особи зі зниженим (37,40 %, $DK = 1,49$, $MI = 0,08$, $p < 0,026$ та 53,90 %, $DK = 3,08$, $MI = 0,42$, $p < 0,0001$ відповідно) та низьким (32,52 %, $DK = 8,04$, $MI = 1,10$, $p < 0,0001$ та 11,35 %, $DK = 3,47$, $MI = 0,11$, $p < 0,046$ відповідно) рівнем працездатності.

Більша кількість пацієнтів з середнім рівнем психічної стійкості відрізняла хворих з ПДР (38,78 %) від пацієнтів з РДР та БАР (30,08 %, $DK = 1,10$, $MI = 0,05$, $p < 0,045$ та 26,95 %, $DK = 1,58$, $MI = 0,09$, $p < 0,017$ відповідно). Водночас пацієнти з БАР (22,70 %) відрізнялись від хворих на РДР та ПДР більшою кількістю осіб з низьким рівнем психічної стійкості (10,57 %, $DK = 3,32$, $MI = 0,20$, $p < 0,004$ та 5,10 %, $DK = 6,48$, $MI = 0,57$, $p < 0,0001$ відповідно).

Результати проведеного дослідження дали змогу дійти таких висновків.

Особливості процесу уваги пацієнтів з РДР були окреслені наявністю таких порушень: зниженням концентрації уваги (80,49 %), переважанням зниженого та низького рівнів переключення уваги (43,09 % та 26,83 % відповідно), зниженої ефективності роботи (43,90 %), середнього та підвищеного рівнів стійкості уваги (42,28 % та 27,64 % відповідно), зниженого та низького рівнів працездатності (37,40 % та 32,52 % відповідно).

Особливості процесу уваги пацієнтів з БАР визначались наявністю таких порушень: зниженням концентрації уваги (93,62 %), переважанням зниженого та середнього рівнів переключення уваги (34,75 % та 34,04 % відповідно), зниженої та низької ефективності роботи (47,52 % та 19,15 % відповідно), зниженого рівня стійкості уваги (48,23 %), зниженого та низького рівнів працездатності (53,90 % та 11,35 % відповідно); виснаженістю психічної діяльності (90,07 %).

Особливості процесу уваги пацієнтів з ПДР визначались наявністю таких порушень: середнього рівня концентрації уваги (42,86 %), переважанням зниженого та низького рівнів переключення уваги (44,90 % та 17,35 % відповідно), середньої та підвищеної ефективності роботи (51,02 % та 18,37 % відповідно), середнього, підвищеного та високого рівня стійкості уваги (40,82 %, 28,57 % та 21,12 % відповідно), середнього рівня працездатності та психічної стійкості (37,76 % та 38,78 % відповідно); мобілізацією психічних процесів.

Отже, в результаті дослідження були визначені особливості функціонування показників уваги при різних типах депресивних розладів, які можуть виступати як діагностичні критерії під час проведення диференціальної діагностики когнітивних порушень при депресивних розладах.

Список літератури

1. Краснов В. Н. Расстройства аффективного спектра. М. : Изд-во «Практическая медицина», 2011: 432 с.
2. Derakshan N., Eysenck M. W. Introduction to the special issue: Emotional states, attention, and working memory // *Cognition & Emotion*. 2010. Vol. 24, N 2. P. 189—199. DOI: <https://doi.org/10.1080/02699930903412120>.
3. Марута Н. А., Явдак И. А., Череднякова Е. С., Марута О. С. Нейротрофическая терапия депрессий: возможности и перспективы // *Международный неврологический журнал*. 2014. № 4 (66). С. 70—79. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/>

neyrotroficheskaya-terapiya-depressiy-vozmozhnosti-i-perspektivy/viewer.

4. Алфимова М. В., Лапин И. А., Аксенова Е. В., Мельникова Т. С. Влияние тревоги на когнитивные процессы при депрессивном синдроме // *Социальная и клиническая психиатрия*, 2017. Т. 27, № 1. С. 5—12. URL: https://psychiatr.ru/files/magazines/2017_03_scp_1078.pdf.
5. Gotlib H., Joormann J. Cognition and Depression: Current Status and Future Directions // *Annual Review of Clinical Psychology*. 2010. Vol. 6. P. 285—312. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305>.
6. Cognitive impairment in major depression / Marazziti D., Consoli G., Picchetti M. [et al.] // *Eur. J. Pharmacol.* 2010. Vol. 10. P. 83—86. DOI: 10.1016/j.ejphar.2009.08.046.
7. Paying attention to attention in depression / A. S. Keller, J. E. Leikauf, B. Holt-Gosselin [et al.] // *Translational Psychiatry*. 2019 9: 279. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41398-019-0616-1>.
8. McClintock S. M., Husain M. M., Greer T. L., Cullum C. M. Association between depression severity and neurocognitive function in major depressive disorder: a review and synthesis // *Neuropsychology*. 2010. Vol. 24, no. 1. P. 9—34. DOI: 10.1037/a0017336.
9. Rock P. L., Roiser J. P., Riedel W. J. & Blackwell A. D. Cognitive impairment in depression: a systematic review and meta-analysis // *Psychol. Med.* 2014. Vol. 44, Issue 10. P. 2029—2040. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291713002535>.
10. Katsuki, F. & Constantinidis, C. Bottom-up and top-down attention: different processes and overlapping neural systems. *Neuroscientist*. 2014. 20 (5), 509—521. DOI: 10.1177/1073858413514136.
11. Tam C. W., Lam L. C. Cognitive Function, Functional Performance and Severity of Depression in Chinese Older Persons with Late-onset Depression // *East Asian Arch. Psychiatry*. 2012. Vol. 22, No. 1. P. 12—17. PMID: 22447800.
12. Keller, A. S., Ball, T. M. & Williams, L. M. Deep phenotyping of attention impairments and the "Inattention Biotype" in major depressive disorder. *Psychol. Med.* 2019. 1—10 (). DOI: <https://doi.org/10.1017/S0033291719002290>.
13. Альманах психологических тестов. М. : КСП, 1995. 397 с.
14. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. СПб. : Речь, 2008. 350 с.

Надійшла до редакції 07.05.2020

ЯРОСЛАВЦЕВ Сергій Олександрович, кандидат медичних наук, лікар-психіатр Комунального некомерційного підприємства «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги» Херсонської обласної ради, Херсонська обл., с. Степанівка, Україна

YAROSLAVTSEV Serhii, MD, PhD, Physician-psychiatrist of the Municipal non-profit enterprise "Kherson regional institution for the provision of psychiatric care" of Kherson regional council, Kherson region, Stepanivka, Ukraine

*С. М. Стадник, О. В. Сайко***СТОВБУРОВИЙ ГЕМОРАГІЧНИЙ ІНСУЛЬТ: МОЖЛИВОСТІ РЕАБІЛІТАЦІЇ***С. Н. Стадник, А. В. Сайко***Стоволовой геморрагический инсульт: возможности реабилитации***S. M. Stadnik, O. V. Saiko***Stem hemorrhagic stroke: opportunities for rehabilitation**

Найбільш тяжкими і такими, що інвалідизують, серед різних видів порушень мозкового кровообігу є крововиливи. Високі показники летальності при геморагічному інсульті зумовлені можливим розвитком генералізованого судомного синдрому, що супроводжується порушенням дихання; каскадом незворотних біологічних реакцій (дислокаційний синдром із вклиненням, гемотампонада шлункової системи з формуванням гострої обструктивної гідроцефалії); розвитком ускладнень, пов'язаних з вимушеною іммобілізацією пацієнта або підключенням до апарату штучної вентиляції легень. Діагностика інсультів стовбурового відділу мозку вельми актуальна у зв'язку із збільшенням їх поширеності у структурі цереброваскулярних захворювань. При стовбурових інсультах прогноз захворювання гірший, ніж при інсультах будь-якої іншої локалізації, що пояснюється розташуванням у цих структурах багатьох життєво важливих центрів. У роботі висвітлені питання класифікації і клінічних проявів крововиливів у стовбур мозку, обґрунтовані доцільність проведення реабілітаційних заходів у всі періоди захворювання. Застосування раннього індивідуального реабілітаційно-відновного комплексного лікування дає змогу поліпшити результати терапії глибоко розташованих гематом, знизивши інвалідизацію і летальність пацієнтів. У статті наведений клінічний випадок пацієнта із стовбуровим геморагічним інсультом, у якого на тлі медикаментозної терапії та реабілітаційно-відновних заходів, розроблених за індивідуальною програмою, були повністю відновлені навички до самообслуговування і працездатність.

Ключові слова: геморагічний інсульт, стовбуровий інсульт, крововилив у варолієв мост, реабілітація

Наиболее тяжелыми и инвалидизирующими среди различных видов нарушений мозгового кровообращения являются кровоизлияния. Высокие показатели летальности при геморрагическом инсульте обусловлены возможным развитием генерализованного судорожного синдрома, сопровождающегося нарушением дыхания; каскадом необратимых биологических реакций (дислокационный синдром с вклинением, гемотампонада желудочковой системы с формированием острой обструктивной гидроцефалии); развитием осложнений, связанных с вынужденной иммобилизацией пациента или подключением к аппарату искусственной вентиляции легких. Диагностика инсультов стоволового отдела мозга весьма актуальна в связи с увеличением их распространенности в структуре цереброваскулярных заболеваний. При стоволовых инсультах прогноз заболевания хуже, чем при инсультах любой другой локализации, что объясняется расположением в этих структурах многих жизненно важных центров. В работе освещены вопросы классификации и клинических проявлениях кровоизлияний в ствол мозга, обоснована целесообразность проведения реабилитационных мероприятий во все периоды заболевания. Применение раннего индивидуального реабилитационно-восстановительного комплексного лечения позволяет улучшить результаты терапии глубоко расположенных гематом, снизив инвалидизацию и летальность пациентов. В статье приведен клинический случай пациента с стоволовым геморрагическим инсультом, у которого на фоне медикаментозной терапии и реабилитационно-восстановительных мероприятий, разработанных по индивидуальной программе, были полностью восстановлены навыки к самообслуживанию и работоспособность.

Ключевые слова: геморрагический инсульт, стоволовой инсульт, кровоизлияние в варолиев мост, реабилитация

The most severe and disabling among various types of cerebrovascular accidents are hemorrhages. High mortality in hemorrhagic stroke is due to the possible development of a generalized convulsive syndrome, accompanied by respiratory failure; a cascade of irreversible biological reactions (dislocation syndrome with wedging, ventricular system hemotamponade with the formation of acute obstructive hydrocephalus); the development of complications associated with forced immobilization of the patient or connecting to a ventilator. The diagnosis of cerebral stem strokes is highly relevant due to the increase in their prevalence in the structure of cerebrovascular diseases. With stem strokes, the prognosis of the disease is worse than with strokes of any other localization, which is explained by the location of many vital centers in these structures. The paper highlights the classification and clinical manifestations of hemorrhages in the brain stem, substantiates the feasibility of rehabilitation measures at all periods of the disease. The use of early individual rehabilitation complex treatment can improve the results of therapy of deeply located hematomas, reducing disability and mortality of patients. The article presents the clinical case of a patient with a stem hemorrhagic stroke, in which, against the background of drug therapy and rehabilitation measures developed according to an individual program, self-care skills and working capacity were fully restored.

Key words: hemorrhagic stroke (hemorrhage), stem stroke, hemorrhage in pons, rehabilitation

У світі щороку мозковий інсульт (МІ) виникає у понад 15 млн людей, з яких майже 5 млн помирають. Захворюваність на МІ у різних країнах Європи становить 100—200 випадків на 100 тис. населення. Експерти вважають, що до 2025 р. кількість хворих на інсульт збільшиться на третину [1]. За структурою та наслідками цереброваскулярна патологія в Україні має суттєві відмінності від показників у світі. Захворюваність на МІ в Україні становить 297,8 випадків на 100 тис. населення [2].

Найбільш тяжкими і такими, що інвалідизують, серед різних видів порушень мозкового кровообігу є крововиливи [3].

Частота їх коливається від 10 до 20 випадків на 100 тис. населення і становить в середньому $9,3 \pm 0,5$ % [4]. Летальність при геморагічних інсультах (ГІ) у осіб, які не потребують штучної вентиляції легень (ШВЛ), становить від 25 % і до 70—80 % у осіб, які перебувають на ШВЛ [11]. За даними консолідованих світових досліджень, 35—50 % хворих помирають у перші 30 діб після розвитку крововиливу, причому половина з них — у перші дві доби [3, 5—7]. Високі показники летальності при ГІ зумовлені: по-перше, можливим розвитком генералізованого судомного синдрому у першу добу, що супроводжується порушенням дихання; по-друге, каскадом незворотних біологічних реакцій,

що наростають до кінця першого тижня захворювання (дислокаційний синдром із вклиненням, гемотампонада шлуночкової системи з формуванням гострої обструктивної гідроцефалії); по-третє, розвитком ускладнень, пов'язаних з вимушеною іммобілізацією пацієнта або підключенням до апарату ШВЛ (вентилятор-асоційована пневмонія, пролежні, розвиток серцевої, ниркової, печінкової недостатності) [8].

До несприятливих прогностичних ознак ГІ належать: 1) пригнічення свідомості до коми; 2) велика гематома (понад 60 мл); 3) КТ- або МРТ-ознаки зміщення мозку від серединної лінії; 4) об'єм внутрішньошлуночкової крові 20 мл і більше [9]; 5) старечий вік хворого (особливо старше ніж 70 років); 6) плегія кінцівок; 7) рання гіперглікемія [10]; 8) гідроцефалія [11].

Діагностика інсультів стовбурового відділу мозку вельми актуальна у зв'язку із збільшенням їх поширеності у структурі цереброваскулярних захворювань. З появою МРТ та КТ на початку 80-х років відкрилися можливості розпізнавання цієї патології та з'явилися перші повідомлення про успішне видалення пухлин і гематом такої локалізації [12, 13]. Крім того, стало очевидним, що діагноз «ураження стовбура» настільки ж неконкретний, як діагноз «ураження головного мозку». Встановлено, що є низка захворювань з переважним ураженням стовбурових структур мозку, при яких раніше неможливо було отримати точне уявлення про топографію патологічного процесу. При стовбурових інсультах прогноз захворювання — гірше, ніж при інсультах будь-якої іншої локалізації, що пояснюється розташуванням у цих структурах багатьох життєво важливих центрів [14, 15]. Згідно з сучасними уявленнями, діагностика і подальше рішення про тактику лікування, а також прогноз у пацієнтів з ураженням стовбура мозку мають ґрунтуватися на цілому комплексі параметрів, до яких належать певні характеристики, як-от топографія, тип і обсяг ураження, наявність екзофітного і кістозного компонентів. Діагностика уражень стовбура мозку ґрунтується на даних неврологічного обстеження і підтверджується результатами КТ- і МРТ-дослідження. Останній метод розглядають як «золотий стандарт» діагностики, що дає змогу отримати точне уявлення про топографію патологічного вогнища за відсутності типових для КТ артефактів від пірамід скроневих кісток і високої контрастності м'яких тканин.

Крововиливи у стовбур мозку поділяють на ізолювані та поєднані [16]. Ізолювані крововиливи не виходять за межі стовбура мозку, поєднані — поширюються у мозочок, півкулі, шлуночки, утворюючи одне велике або декілька невеликих вогнищ. Ізолювані крововиливи у стовбур можуть поширюватися на декілька його відділів або обмежуватися однією ділянкою ураження. Дані про частоту ізолюваних крововиливів — суперечливі. Деякі дослідники виявляли їх порівняно нечасто — 3—3,5 % усіх крововиливів [17], інші — кілька частіше (7,8—11 %) [18]. Переважають ГІ у ділянці варолієва моста, що спостерігається і серед поєднаних, і серед ізолюваних крововиливів. В етіології ГІ у стовбур основне місце належить гіпертонічній хворобі або поєднанню її з атеросклерозом. Клінічні прояви крововиливів у стовбур відрізняються гостротою розвитку і тяжкістю перебігу. Лебедева Н. В. [19] вважала, що немає переконливих даних виживання при кро-

вовиливах у стовбур. Захарченко М. О. [20] розглядав крововилив у стовбур як причину смерті, а не хворобу. Проте, стовбурові крововиливи не завжди відразу спричиняють смерть. Здебільшого захворювання триває до декількох годин, днів і навіть тижнів. Винятково рідкими є випадки виживання [10].

Виходячи із особливостей локалізації геморагій, розглянемо характеристики крововиливів у стовбур мозку і вароліїв міст. Крововиливи у стовбур захоплюють 2—3 відділи стовбура, інколи і мозочок, та прориваються у IV шлуночок. Такі геморагії становлять близько половини стовбурових крововиливів. Рідко крововиливи поширюються на вароліїв міст і середній мозок, а ще рідше — на вароліїв міст і довгастий мозок. Крововиливи усього стовбура — не сумісні із життям і при гострому розвитку є причиною раптової смерті або смерті протягом кількох хвилин.

Інсульт починається з раптової втрати свідомості, порушення дихання та серцевої діяльності. Частіше мозкова кома має атонічний характер, рефлекси відсутні, а вогнищеві ознаки не виявляються. Оскільки більша частина крововиливів у стовбур розвиваються внаслідок діapedезу, початок і перебіг їх можуть бути розтягнутими. Збільшення гематоми у межах 24 годин після інсульту відзначається у чималій частині хворих [21]. В таких випадках хворий скаржиться на головний біль, запаморочення, відчуття «провалювання», порушення мовлення та ковтання. Вказані скарги — короточасні. Швидко розвивається мозкова кома. Одночасне порушення дихання і серцевої діяльності — характерна ознака первинного ураження стовбура. Оцінення неврологічного статусу здебільшого утруднене внаслідок коми. Важливе значення має міоз, який ще Оппенгейм зарахував до типової ознаки ураження стовбура. У діагностиці стовбурових геморагій мають значення окорухові та бульбарні розлади, периферійний парез лицьового нерву, альтернуючі синдроми. При мозковій комі кінцівки — нерухомі, м'язовий тонус — низький, рефлекси — відсутні. При меншій глибині мозкової коми сухожилкові та періостальні рефлекси можуть бути як зниженими, так і підвищеними разом із патологічними рефlekсами флексорної та екстензорної груп. Може спостерігатися горметонія. При стовбурових геморагіях ліквор здебільшого — із забарвленням крові внаслідок прориву її у шлуночкову систему або субарахноїдально. Перебіг захворювання — блискавичний. Прогноз — абсолютно безнадійний. Порушення гематоенцефалічного бар'єра, що опосередковується механізмами запалення або гідростатичного тиску, з наступним підвищенням його проникності і формуванням вазогенного набряку відбувається через кілька годин після виникнення ГІ [22]. Лізис еритроцитів у мозку відбувається через декілька днів після ГІ, що, ймовірно, зумовлює пізній набряк та зміщення серединних структур [23]. Формування набряку може спричинити суттєвий об'ємний дефект мозкової тканини, підвищення внутрішньочерепного тиску, яке спричиняє вклинення структур головного мозку [24].

Крововиливи у вароліїв міст переважають серед негемісферних локалізацій. Частіше буває ураженою дорсальна частина (покришка) моста і рідше — основа. Це пояснюється особливостями кровообігу. Парамедіанні артерії становлять невеликі артеріоли,

які відходять від основної артерії під прямим кутом. Кров в ці судини надходить під великим тиском. Несприятливі умови гемодинаміки спричиняють ураження цих артерій, особливо при гіпертонічній хворобі та атеросклерозі. Водночас крововиливи відбуваються з глибоких гілок, які занурені у тканину моста і кровопостачають його покривку [25]. Ніколаєва І. Ф. зазначала, що у середній третині моста вогнище локалізується переважно у ділянці основи. В оральних відділах кров захоплює основу та більшою мірою — покривку. Різницю у локалізації крововиливів у верхніх та нижніх відділах моста автор пояснює різною довжиною парамедіанних артерій, які є коротшими у каудальному відділі (базальні крововиливи) і довгими — в оральному. Величина вогнища — від 1—2 мм до декількох сантиметрів. Здебільшого спостерігаються масивніші крововиливи, які захоплюють увесь вароліїв міст [26]. Особливістю крововиливів у міст, як взагалі стовбурових геморагій, є їх зливний характер: одне велике вогнище складається із декількох малих, а навколо утворюється низка малих. Крововиливи у вароліїв міст здебільшого ускладнюються проривом крові у IV шлуночок, що спостерігається при дорсальному розташуванні геморагії. Крововиливи в основу моста — менших розмірів і не сполучаються з IV шлуночком.

Крововиливи у міст належать до тяжких мозкових уражень з бурхливим перебігом і здебільшого — з несприятливим прогнозом. Початок захворювання є гострим. Першим симптомом переважно є раптова втрата свідомості. Інколи до розвитку коматозного стану спостерігається запаморочення, блювота, головний біль. Клінічна картина — мозаїчна: від відсутності сильного головного болю, нудоти та блювоти до вираженого головного болю та багаторазової блювоти (при відсутності втрати свідомості). Рідко втраті свідомості передують геміпарез, гемігіпестезія, диплопія, парези погляду, дизартрія та інші вогнищеві симптоми, що швидко поглиблюються. Згодом приєднується порушення дихання і в останню чергу — пригнічення свідомості.

Прогноз при крововиливах у міст не завжди є таким тяжким, як вважали раніше (до застосування КТ), коли діагноз встановлювали після смерті хворого. У проспективних спостереженнях, за даними центрів першої допомоги, частка пацієнтів, які вижили, становить 40 % [27]. Проте, смертність при крововиливі цієї локалізації все ще становить 60 % [28].

Сьогодні без ефективної реабілітаційної системи неможливе повноцінне відновлення рухових можливостей пацієнта. Водночас фізичну реабілітацію слід розглядати не тільки як лікувально-педагогічний, а й як виховний і освітній процес особистості пацієнта. Саме цим визначається актуальність і нагальна потреба подальших досліджень з метою підвищення ефективності реабілітаційних заходів у різні періоди відновного процесу цієї категорії пацієнтів.

Сьогодні найбільша ефективність реабілітаційних заходів відзначається у ранньому періоді відновлення, проте тривалість таких заходів не повинна обмежуватися часовими рамками. Саме тому фізична реабілітація у пізньому періоді також є невід'ємною частиною загального процесу відновлення пацієнтів і однією з основних форм рухового взаємовпливу людини з оточуючим її світом. Головну роль у відновленні

відводять формуванню нових рухових зв'язків через компенсаторну перестройку.

Тепер виокремлюють чотири постінсультних періоди відновлення [29]: гострий період (перші 3 тижні після перенесеного інсульту); ранній відновний період (наступні 6 місяців); пізній відновний період (від 6 місяців до року); резидуальний період (після року).

Методики реабілітації у перші два періоди відновлення докладно розроблені і забезпечують високу ефективність відновлення у перші місяці після інсульту [30]. Водночас можливості відновлення рухових і інших порушень у пізньому і резидуальному періодах обмежуються дефектами, що сформувалися до їх початку, а засоби відновлення, які використовують у цих періодах, залишаються малоефективними.

Для пацієнтів з легким ступенем рухових розладів, у яких активні рухи збережені у повному обсязі, але знижена сила м'язів і порушена координація, особливо потрібні ефективні методики фізичної реабілітації. Проте, відсутність методичних підходів до організації процесу фізичної реабілітації саме цієї категорії пацієнтів за межами лікувально-профілактичних закладів, наявність у них низької мотивації до занять фізичними вправами, відсутність систематичних занять фізичною реабілітацією у домашніх умовах і недостатня їх ефективність у зв'язку з дефіцитом знань з організації і використання таких засобів та методів фізичної реабілітації знижує ефективність реабілітаційних заходів та у підсумку ускладнює процес соціалізації таких людей у суспільстві.

Клінічний випадок із власного архіву авторів

Пацієнт К., 39 років, 05.02.2020 р. доставлений бригадою лікарів швидкої допомоги у Військово-медичний клінічний центр Західного регіону (ВМКЦ ЗР, м. Львів).

З анамнезу відомо, що пацієнт останні 2 роки хворіє на гіпертонічну хворобу з періодичними підйомами артеріального тиску (АТ) до 160/100 мм рт. ст. Гіпотензивні препарати приймає нерегулярно. Погіршення самопочуття відзначив 4.02.2020 р., коли близько 20⁰⁰ відчув головний біль, слабкість у правих кінцівках. При вимірюванні АТ становив 240/140 мм рт. ст. Самостійно прийняв кардіомагніл, нейроксон, білобіл. Стан не покращився: слабкість у кінцівках наростала, погіршилась артикуляція мовлення. Дружина пацієнта викликала швидку медичну допомогу, після чого пацієнт доставлений в ургентному порядку у ВМКЦ ЗР. За тяжкістю стану госпіталізований у нейрореанімаційне відділення. При надходженні проведено спіральну комп'ютерну томографію (СКТ) головного мозку (рис. 1): верифікована гостра гіпертензивна внутрішньомозкова гематома у ділянці стовбура мозку розмірами 1,3 × 1,6 × 2,3 см³ із перифокальним набряком вазогенного характеру без ознак оклюзивного синдрому.

При надходженні загальний стан — тяжкий. Дихання — самостійне, при аускультатії — везикулярне, проводилося в усі відділи, хрипи не вислуховувалися. Сатурація O₂ — 98 %. Тони серця — звучні, ритм правильний. Частота серцевих скорочень (ЧСС) дорівнювала 88 уд./хв. АТ = 200/140 мм рт. ст. Живіт при пальпації — м'який, неболючий, симптоми подразнення очеревини — негативні. Печінка — по краю реберної дуги. Постукування по поперековій ділянці — неболюче. Сечовиділення самостійне.

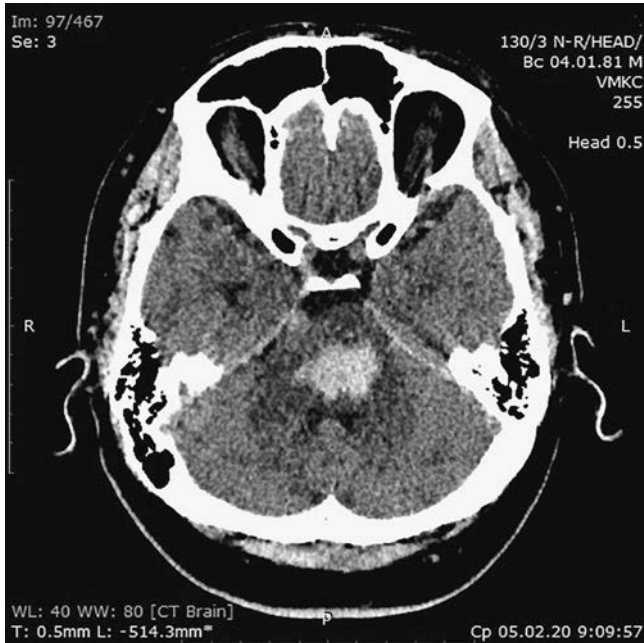


Рис. 1. СКТ головного мозку хворого К. при надходженні (1-а доба)

У неврологічному статусі: рівень свідомості — помірно оглушення; звернену мову розуміє, виконує команди. Менінгеальних симптомів немає. Черепно-мозкові нерви: зіниці центровані, рівні, круглі; фотореакції збережені; слабкість м'язів лівого ока, не доводить ліве очне яблуко у крайнє відведення; ністагм вправо; дисфонія, дизартрія; зниження рефлексу з м'якого піднебіння; обличчя асиметричне через згладжену ліву носо-губну складку, «парусить» ліва щока; язик — по серединній лінії. Рухова функція: сила м'язів у правих кінцівках — 3 бали; сухожилкові рефлекси — низькі, $D > S$. Патологічний рефлекс Бабінського праворуч. Гіпестезія у правих кінцівках. Координаторні сфери адекватному оцінюванню не доступні. Функцію тазових органів контролює. За National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) — 14 балів.

Пацієнт консультований нейрохірургом. Беручи до уваги тяжкість стану і локалізацію крововиливу, оперативне втручання не проводили. Рекомендовано проведення консервативної терапії, контроль СКТ головного мозку в динаміці у разі наростання неврологічного дефіциту.

Отримував базисну терапію: гіпотензивну, нейротрофічну, вазоактивну, протинабрякову.

На 7-й день від початку захворювання (11.02.2020 р.) в стані пацієнта відзначена позитивна динаміка у вигляді відновлення свідомості до ясної, часткового регресу тактильної чутливості у правих кінцівках. За NIHSS — 13 балів.

За даними контролю СКТ головного мозку в динаміці на 8-у добу (12.02.2020 р.) відзначили позитивну динаміку (рис. 2): зменшення розмірів гематоми, яка стала меншої інтенсивності з менш чіткими контурами. Перифокальний набряк зберігався.

16.02.20 р. відзначили короточасний епізод субфебрилітету, що супроводжувався загальним тремором, гіпергідрозом, очевидно — діенцефального, резорбтивного генезу.

До кінця другого тижня від початку захворювання, на тлі стабілізації соматичного стану, спостерігали позитивну динаміку у вигляді часткового регресу ураження відвідного і лицьового нервів ліворуч. Проте відзначався легкий правобічний геміпарез. За NIHSS — 12 балів.

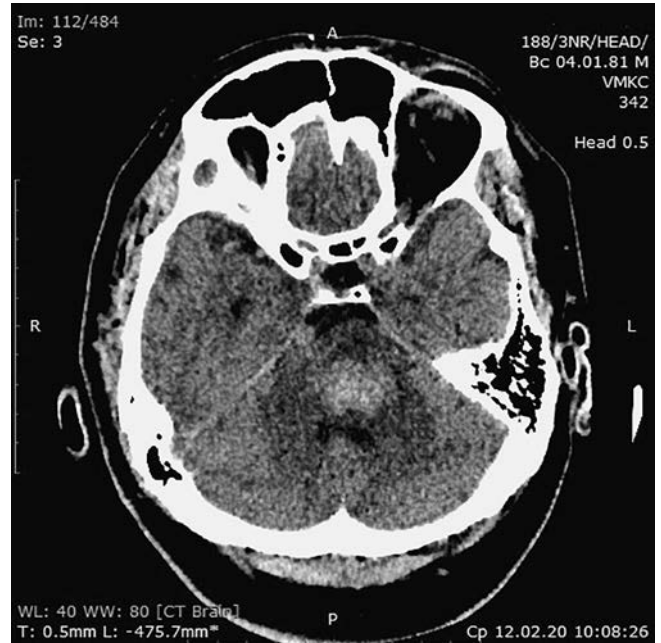


Рис. 2. СКТ головного мозку хворого К. в динаміці на 8-у добу

Призначено посилені реабілітаційні заходи, заняття з нейропсихологом, логопедом-афазіологом, пасивну лікувальну фізкультуру, механотерапію, розпочата вертикалізація.

19.02.20 проведено СКТ головного мозку, при якому встановлено позитивну динаміку (рис. 3): крововилив у стовбурі мозку суттєво зменшився в об'ємі і за щільністю, контури його — нечіткі.

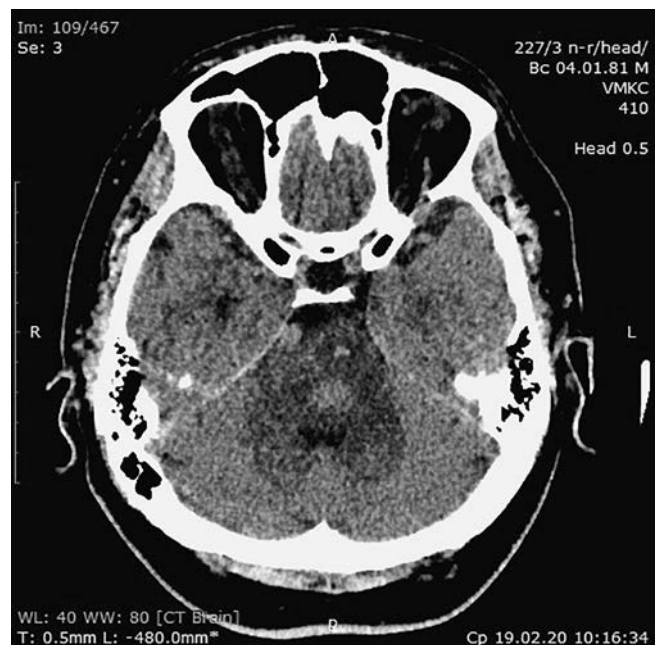


Рис. 3. СКТ головного мозку хворого К. в динаміці на 15-у добу

У неврологічному статусі відзначили покращення мовлення, правобічний легкий геміпарез, зберігався парез лівого відвідного і лицьового нервів. За NIHSS — 11 балів.

На 27-у добу захворювання (02.03.2020 р.), після стабілізації стану пацієнт переведений у ангіоневрологічне відділення для лікування хворих з гострими порушеннями мозкового кровообігу. На момент переведення зберігався легкий правобічний геміпарез, чутливих розладів не виказував. Оцінка за шкалою NIHSS — 8 балів. Загальний стан — задовільний. Дихання — самостійне, без ознак дихальної недостатності. У відділенні тривала симптоматична, нейротрофічна терапія; тривала і розширена індивідуальна програма реабілітаційно-відновних заходів (поширені навантаження, інтенсивність і розширено спектр занять).

СКТ головного мозку від 11.03.20 (рис. 4): крововилив у стовбурі мозку практично не диференціюється.

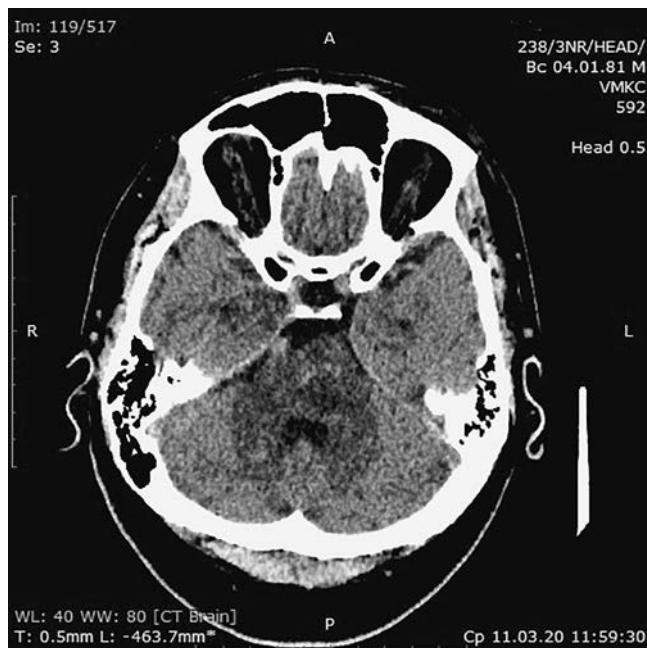


Рис. 4. СКТ головного мозку хворого К. в динаміці на 36-у добу

Через місяць від початку захворювання пацієнт самостійно вставав, проходив по коридору без підтримки 20—30 метрів. За NIHSS — 6 балів.

На 37-й день захворювання (13.03.2020 р.) переведений у відділення реабілітації і відновного лікування. На 54-й день захворювання (31.03.2020 р.), на тлі реабілітаційних заходів, відзначили позитивну динаміку у вигляді розширення рухового режиму: проходив по коридору без підтримки 40—60 метрів, піднімався сходами (проходив один марш), стабілізувався емоційний фон. У неврологічному статусі: свідомість ясна, орієнтований правильно, всебічно, критика дещо знижена; асиметрія обличчя через згладжування лівої носо-губної складки та опущення кута рота ліворуч; парез лівого відвідного нерву; мовлення — не порушене; сухожилкові і періостальні рефлекси переважають праворуч; сила м'язів праворуч — 4 бали; патологічний рефлекс Бабінського — праворуч.

На 74-у добу пацієнт виписаний у ясній свідомості з невеликим неврологічним дефіцитом. Отримав рекомендації щодо подальшого комплексу заходів для повного відновлення.

Клінічний діагноз при виписці:

Основне захворювання: Геморагічний інсульт (від 04.02.2020 р.) з формуванням крововиливу у вароліїв міст.

Набряк головного мозку. Правобічний геміпарез, гемігіпестезія, мозочковий синдром, парез лівих лицьового та відвідного нервів. Ранній відновний період.

Супутне захворювання: Гіпертонічна хвороба III стадії, 3-го ступеня. Ризик 4.

Результати проведених досліджень дають змогу зробити такий висновок.

Провідну роль у запобіганні розвитку внутрішньо-мозкових крововиливів відіграє своєчасне і раціональне лікування артеріальної гіпертензії. Сьогодні застосування сучасних високотехнологічних методів лікування, із залученням мультидисциплінарних бригад, що включають у свою роботу уніфіковані підходи до спеціалізованого базисного лікування і раннього проведення індивідуально підібраних реабілітаційно-відновних заходів, дає змогу лікарям домогтися максимального клінічного ефекту у зниженні інвалідизації пацієнтів після перенесених геморагічних інсультів глибинної локалізації.

Список літератури

1. Rha J. H., Saver J. L. The impact of recanalization on ischemic stroke outcome: a meta-analysis // *Stroke*. 2007. Vol. 38 (3). P. 967—973. DOI: 10.1161/01.STR.0000258112.14918.24.
2. Зінченко О. М., Міщенко Т. С. Стан неврологічної служби в Україні в 2015 році: статистично-аналітичний довідник. Харків, 2016. 23 с.
3. Пирадов М. А. Геморагический инсульт: новые подходы к диагностике и лечению // *Атмосфера: Нервные болезни*, 2005. № 1. С. 17—19. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gemorragicheskiy-insult-novye-podhody-k-dagnostike-i-lecheniyu>.
4. Суслина З. А., Варакин Ю. Я. Эпидемиологические аспекты изучения инсульта: Время подводит итоги // *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2007. № 1 (2). С. 22—28. URL: <https://annaly-nevrologii.com/journal/index.php/pathID/article/view/436/334>.
5. Alberts M. J. Secondary prevention of stroke and the expanding role of the neurologist // *Cerebrovascular. Diseases*. 2002. Vol. 13 (1). P. 12—16. DOI:10.1159/000047784.
6. Стародубцева О. С., Бегичева С. В. Анализ заболеваемости инсультом с использованием информационных технологий // *Фундаментальные исследования*. 2012. № (8-2). С. 424—427. URL: <https://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=30383>.
7. Kyu H. H., Abate D., Abate K. H. Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 333 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries and territories, 1990—2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // *Lancet*. 2017. Vol. 390. P. 1260—1344. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32335-3.
8. Карпова О. В., Радионова Д. М., Удалов Ю. Д. Стволовой геморагический инсульт: подходы к лечению и возможности восстановления // *Саратовский научно-медицинский журнал*. 2019. Т. 15, № 4. С. 986—989. URL: <http://ssmj.ru/2019/4/986>.
9. Bhattathiri P. S., Gregson B., Prasad K. S., Mendelow A. D. Intraventricular hemorrhage and hydrocephalus after spontaneous intracerebral hemorrhage: results from the STICH trial // *Acta Neurochir*. 2006. Vol. 96. P. 65—68. DOI: 10.1007/s3-211-30714-1_16.
10. Виберс Д. О., Фейгин В., Браун Р. Д. Инсульт: клиническое руководство. М. : Бино; СПб. : Диалект, 2005. 489 с.
11. Dinger M. N., Edwards F., Zazulia A. R. Hydrocephalus: a previously unrecognized predictor of poor outcome from supratentorial intracerebral hemorrhage // *Stroke*. 1998. Vol. 29. P. 1352—1357. DOI: 10.1161/01.str.29.7.1352.
12. Коновалов А. Н., Корниенко В. Н., Пронин И. Н. Гематомы и скрытые сосудистые мальформации ствола мозга // *Медицинская визуализация*. 2001. № 2. С. 15—19. http://vidar.ru/Article.asp?fid=MV_2001_2_13.

13. Roh J. K., Kim K. K., Han M. N. Magnetic resonance imaging in brainstem ischemic stroke // J. Korean Med. Sci. 1991. Vol. 6, no. 4. P. 355—361. DOI: 10.5853/jos.2014.16.3.131.
14. Скоромец А. А. Топическая диагностика заболеваний нервной системы : руководство для врачей. Л. : Медицина, 1989. 320 с.
15. Elster A. D., Moody D. M. Early cerebral infarction: gadopentetate dimeglumine enhancement // Radiology. 1990. Vol. 177, no. 3. P. 627—632. DOI: 10.1148/radiology.177.3.2243961.
16. Антонов И. П., Гиткина Л. С. Вертебрально-базиллярные инсульты: монография. Мн. : Беларусь, 1977. 137 с.
17. Ромоданов А. П., Педаченко Г. А. Мозговой геморрагический инсульт: монография. Киев: «Здоров'я», 1971. 228 с.
18. Маджидов Н. М., Каршев М. Х. Кровоизлияние в мозг. Ташкент : «Медицина», 1975. 187 с.
19. Лебедева Н. В. Кровоизлияние в вещество мозга. Сосудистые заболевания нервной системы. М. : Медицина, 1975. С. 278—300.
20. Захарченко М. А. О клинике синдрома закупорки верхней мозжечковой артерии // Советское здравоохранение Узбекистана. 1938. № 10. С. 3—12.
21. Davis S. M., Broderick J., Hennerici M. Hematoma growth is a determinant of mortality and poor outcome after intracerebral hemorrhage // Neurology. 2006. Vol. 66. P. 1175—1181. DOI: <https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000208408.98482.99>.
22. Lobar intracerebral hemorrhage model in pigs: rapid edema development in perihematomal white matter / Wagner K. R., Xi G., Hua Y. [et al.] // Stroke. 1996. Vol. 27, no. 3. P. 490—497. URL: <https://doi.org/10.1161/01.STR.27.3.490>.
23. Zazulia A. R., Diringer M. N., Derdeyn C. R., Powers W. J. Progression of mass effect after intracerebral hemorrhage // Stroke. 1999. Vol. 30, no. 6. P. 1167—1173. DOI: <https://doi.org/10.1161/01.STR.30.6.1167>.
24. Ropper A. H. Lateral displacement of the brain level of consciousness in patients with acute hemispherical mass // N. Engl. J. Med. 1986. Vol. 314. P. 953—958. DOI: 10.1056/NEJM198604103141504.
25. Дуус П. Топический диагноз в неврологии. Анатомия. Физиология. Клиника / пер. А. Беловой, В. Григорьевой, Б. Лихтермана ; под науч. ред. проф. Л. Лихтермана. М. : ИПЦ «Вазар-Ферро», 1997. 161 с.
26. Николаева И. Ф. Клиника острых первичных расстройств мозгового кровообращения в области варолиева моста : автореф. дис. ... канд. мед. наук ; спец. 14.00.13 — Нервные болезни. М., 1971.
27. Masiyama S., Niizuma H., Suzuki J. Pontine haemorrhage: a clinical analysis of 26 cases // J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr. 1985. Vol. 48. P. 658—662. DOI: 10.1136/jnnp.48.7.658.
28. Kushner M. J., Bressman S. B. The clinical manifestations of pontine hemorrhage // Neurology. 1985. Vol. 35. P. 637—643. DOI: <https://doi.org/10.1212/WNL.35.5.637>.
29. Столярова Л. Г. Реабилитация больных с постинсультными двигательными расстройствами. М.: Медицина, 1987. 216 с.
30. Кадыков А. С., Шахпаронова Н. В. Реабилитация постинсультных больных. Роль медикаментозной терапии // Медицинский Совет. 2013. № 4. С. 92—99. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2013-4-92-99>.

Надійшла до редакції 18.05.2020

СТАДНИК Сергій Миколайович, доктор медичних наук, начальник відділення реанімації та інтенсивної терапії кардіологічної клініки Військово-медичного клінічного центру Західного регіону (ВМКН ЗР), м. Львів, Україна; e-mail: deporss76@gmail.com

САЙКО Олексій Володимирович, начальник ангіоневрологічного відділення клініки нейрохірургії та неврології ВМКН ЗР, м. Львів, Україна

STADNIK Sergii, Doctor of Medical Sciences, Head of Department of resuscitation and intensive Care of the Cardiology Clinic of the Military medical clinical center of Western region, Lviv, Ukraine; e-mail: deporss76@gmail.com

SAIKO Oleksii, Head of the Department of angioneurology of the clinic of neurosurgery and neurology of the Military medical clinical center of Western region, Lviv, Ukraine

НАУКОВО-ПРАКТИЧНА ON-LINE КОНФЕРЕНЦІЯ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «ОПТИМІЗАЦІЯ ПСИХОФАРМАКОЛОГІЧНИХ ПІДХОДІВ ДО ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ»

4—5 червня 2020 р. відбулася науково-практична конференція з міжнародною участю «Оптимізація психофармакологічних підходів до лікування психічних та поведінкових розладів». Конференція пройшла у відеорежимі на платформах Zoom та YouTube.

Організаторами конференції були ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» та ГО «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України».

В on-line системі зареєструвалося 1880 фахівців (лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, лікарів-психологів, а також лікарів-наркологів та лікарів-неврологів) з різних регіонів України.

Конференцію відкрили вітальним словом директор ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» **проф. Лінський І. В.**, заступник директора з науково-дослідної роботи **проф. Марута Н. О.** та завідувач кафедри медичної психології, психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця — **проф. Чабан О. С.**

Перший день пленарного засідання розпочинала **проф. Марута Н. О.** з доповіддю, яка була присвячена організації допомоги пацієнтам з психічними та поведінковими розладами під час пандемії COVID-19. Також **проф. Марута Н. О.** представила рекомендації щодо надання психіатричної допомоги під час епідемії для психіатричних сервісів, користувачів психіатричної допомоги та фахівців сфери психічного здоров'я, розроблені Асоціацією неврологів, психіатрів і наркологів України.

Наступні доповіді пленарного засідання зробили провідні спеціалісти України в галузі психіатрії — **проф. Чабан О. С.** (Київ), **проф. Юр'єва Л. М.** (Дніпро), **проф. Маркова М. В.** (Харків) та **проф. Хаустова О. О.** (Київ), які висвітлили тему психіатричної допомоги пацієнтам

з психічними та поведінковими розладами під час пандемії COVID-19.

Робота першого дня конференції тривала на трьох секціях, присвячених актуальним питанням клінічної психіатрії, можливостям психотерапії в умовах пандемії та терапії депресивних розладів, які пройшли на високому науково-теоретичному рівні. Ключові доповіді зробили провідні фахівці — психіатри, психотерапевти, клінічні психологи м. Харкова, Києва, Дніпра, Тернополя, Львова, Чернівців. Зокрема, у доповіді **проф. Кожини Г. М.** були розкриті питання тривоги та депресії в структурі психосоматичних захворювань. Визначено, що психосоматичний підхід на сьогодні є практично загальноприйнятим та як принцип лікувальної діяльності передбачає цілісне сприйняття хворої людини, з усіма її особистісними особливостями, культурними нормами і цінностями, біологічними спадково-конституціональними особливостями, впливом середовища і міжособистісними відносинами. **Канд. мед. наук Панько Т. В.** у своїй доповіді висвітлила рекомендації як допомогти пацієнту із тривожною депресією. **Канд. мед. наук Мангубі Д. О.** надав послідовні методи терапії при первинному психотичному епізоді. **Д-р мед. наук Колядко С. П.** у своїй доповіді, присвяченій теоретичним засадам групової психотерапії в сучасному лікувальному процесі, розкрила її цілі, специфіку, переваги, види та формат, а також розкрила реалії клінічної роботи в умовах клініки пограничної психіатрії ДУ ІНПН НАМН України. **Проф. Венгер О. П.** особливу увагу звернула на організацію психіатричної допомоги мігрантам та реемігрантам. **Проф. Рахман Л. В.** доповіла про базові підходи в подоланні резистентності при депресивних розладах, звернувши увагу на фактори ризику розвитку терапевтично резистентної депресії, клінічні предиктори та базові стратегії подолання.



Робота другого дня розпочалась із наукових доповідей пленарного засідання, на якому порушували актуальні питання інноваційних технологій лікування психічних та поведінкових розладів. Доповіди зробили провідні спеціалісти із Білорусі (**проф. Скугаревський О. О.**), Ізраїлю (**проф. Майкл Девідсон**) та України (**проф. Марута Н. О.**).

Робота конференції тривала на двох секціях, присвячених актуальній темі персоніфікованих підходів в терапії шизофренії та віковим аспектам фармакотерапії. Зокрема у доповіді **д-ра мед. наук Михайлової Е. А.** (м. Харків) були зазначені актуальні проблеми діагностики та терапії депресивного розладу поведінки у підлітків. **Канд. мед. наук Заворотний В. І.** (м. Харків) доповів про медико-психологічні наслідки «гібридної війни» у військовослужбовців, які мають руйнівний характер для суспільства та зауважив, що психіатрам, психологам та соціальним працівникам потрібно докласти максимум зусиль для попередження та викорінення деструктивних процесів.

Розглянуті в процесі роботи секцій питання засвідчили високий рівень підготовки доповідей, різні підходи до висвітлення актуальних наукових проблем, як-от:

1. Психічні та поведінкові розлади під час пандемії коронавірусної хвороби (COVID-19).
2. Організація психіатричної допомоги в умовах реформування медичної галузі.
3. Персоніфікація підходів до лікування психічних та поведінкових розладів.
4. Інноваційні моделі діагностики, терапії та реабілітації пацієнтів з психічними та поведінковими розладами.
5. Сучасні принципи надання допомоги пацієнтам з шизофренією, депресією, біполярними афективними розладами.
6. Соціально-стресові розлади (діагностика, терапія, реабілітація).
7. Роль психотерапії та психоосвіти в лікуванні та реабілітації пацієнтів з психічними та поведінковими розладами.

Усього за два дні на конференції було зроблено 38 доповідей.

За підсумками роботи учасників конференції була прийнята та схвалена відповідна резолюція.



ДО 80-РІЧНОГО ЮВІЛЕЮ І 50-РІЧЧЯ ПЕДАГОГІЧНОЇ, НАУКОВОЇ, ЛІКАРСЬКОЇ І ГРОМАДСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ І. Ю. ЛАВКАЯ — професора кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії медичного факультету Ужгородського національного університету, заслуженого лікаря України, відмінника вищої школи СРСР, голови Товариства психіатрів Закарпатської області



Після закінчення середньої школи та Хустського медичного училища Іван Юрійович Лавкай завідував фельдшерсько-акушерським пунктом. З 1960 до 1963 року відслужив у Збройних Силах, після чого навчався в Астраханському медичному інституті імені Луначарського, а 1969 року з відзнакою закінчив медичний факультет Ужгородського державного університету. 1972 року закінчив очну аспірантуру при Ленінградському науково-дослідному психоневрологічному інституті імені В. М. Бехтерева і там же в лютому 1974 року успішно захистив кандидатську дисертацію. За направленням Мінвузу СРСР в 1980—1981 роках проходив наукове стажування у Братиславському університеті імені Яна Коменського (Чехословаччина). 1980 року отримав наукове звання доцента. З 1985 до 1987 року закінчив докторантуру при Науково-дослідному психоневрологічному інституті імені В. М. Бехтерева.

У 1985—1990 роках за договором між Ленінградським науково-дослідним психоневрологічним інститутом та медичним факультетом Ужгородського державного університету проводилося обстеження 607 підлітків. Вивчено характерологічні особливості і розроблений метод виявлення контингенту підвищеного ризику де-

віантної поведінки та вироблені медико-педагогічні рекомендації щодо профілактики алкоголізації і наркоманії у підлітків. Це дослідження мало транскультуральний характер — обстежували були мешканцями Закарпаття, Санкт-Петербурга та Словаччини. Результати були опубліковані в провідних фахових журналах та оформлені в докторську дисертацію «Медико-психологічне підґрунтя розробки методів профілактики невротичних і психопатичних порушень у підлітків — учнів ПТУ».

Лавкай І. Ю. брав активну участь у міжнародному співробітництві з Кошицьким університетом імені П. І. Шафарика та Братиславським університетом імені Коменського; він опублікував п'ять наукових праць, одна з яких визнана як «оригінальна». Неодноразово робив доповіді на міжнародних конференціях, Першому Міжнародному з'їзді дитячих і підліткових психіатрів, пленумах.

І. Ю. Лавкай є автором понад 65 наукових публікацій, методичних розробок, однієї рацпропозиції («Метод підшкірного введення еспералі») та співавтором методичного посібника «Приклади формування діагнозу у практиці сімейного лікаря» за ред. проф. І. В. Чопея (2009). Працюючи з 1969 року на медичному факультеті УжНУ як асистент, доцент, професор, 13 років — завідувач кафедри, будучи заступником декана, завідувачем курсу психіатрії, наркології та медичної психології медичного факультету Ужгородського національного університету, постійно виконує велику громадську роботу і має заслужений авторитет серед колег по роботі, студентів та пацієнтів. З 1978 року він — голова секції, а з 1987 і до сьогодні — голова Товариства психіатрів, наркологів та психотерапевтів Закарпатської області. 1997 року за активної участі Лавкай І. Ю. відкрито клініку психіатрії та неврозів при обласній клінічній лікарні імені Андрія Новака. Іван Юрійович одночасно виконував обов'язки завідувача кафедри та керівника клініки, де на високому рівні проводиться лікувально-діагностичний процес. За весь період роботи на медичному факультеті УжНУ та в обласній клінічній лікарні виконує велику консультативно-методичну роботу як в місті Ужгороді, так і в обласних лікувально-профілактичних закладах. Він впровадив у практику комплексний метод лікування заїкання, індивідуальну та групову гіпно-терапію, стандарти діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги. Багаторазово проходив підвищення кваліфікації у провідних клініках Москви, Санкт-Петербурга, Києва, Харкова, Братислави, Праги, Брно, Кошиць. Лавкай І. Ю. — відмінник вищої освіти СРСР, має заслужений авторитет у наукових колах області, широкої громадськості.

Співробітники, учні та колеги Івана Юрійовича Лавкай бажають ювіляру міцного здоров'я, здійснення нових творчих планів, успіхів в педагогічній та лікувальній роботі.

Колектив кафедри неврології, нейрохірургії та психіатрії медичного факультету УжНУ