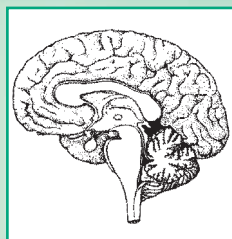


ISSN 2079-0325

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



Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

Ukrains'kyi VISNYK PSYKHONEVROLOHII



- **Том 27, випуск 1 (98), 2019**
- **Volume 27, issue 1 (98) , 2019**

DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V27-is1-2019>

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"

Головний редактор ВОЛОШИН П. В.

Chief Editor VOLOSHYN P. V.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Бітенський В. С. (м. Одеса, УКРАЇНА),
Аймедов К. В. (Одеса, УКРАЇНА),
Волошина Н. П. (м. Харків, УКРАЇНА),
Головченко Ю. І. (м. Київ, УКРАЇНА),
Григорова І. А. (м. Харків, УКРАЇНА),
Дзяк Л. А. (м. Дніпро, УКРАЇНА),
Зозуля І. С. (м. Київ, УКРАЇНА),
Карабань І. М. (м. Київ, УКРАЇНА),
Кожина Г. М. (м. Харків, УКРАЇНА),
Козьявкін В. І. (м. Львів, УКРАЇНА),
Лінський І. В. (м. Харків, УКРАЇНА),
Марута Н. О. (м. Харків, УКРАЇНА) (*заступник
головного редактора*),
Михайлов Б. В. (м. Харків, УКРАЇНА),
Мінко О. І. (м. Харків, УКРАЇНА),
Мищенко Т. С. (м. Харків, УКРАЇНА),
Напрєєнко О. К. (м. Київ, УКРАЇНА),
Підкоритов В. С. (м. Харків, УКРАЇНА),
Табачников С. І. (м. Київ, УКРАЇНА),
Танцура Л. М. (м. Харків, УКРАЇНА),
Чабан О. С. (м. Київ, УКРАЇНА),
Чугунов В. В. (Запоріжжя, УКРАЇНА),
Шестопалова Л. Ф. (м. Харків, УКРАЇНА),
Явдак І. О. (м. Харків, УКРАЇНА),
(*відповідальний секретар*).

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Берштейн Н. (м. Тель Авів, ІЗРАЇЛЬ),
Брайнін М. (м. Відень, АВСТРІЯ),
Головач К. М. (м. Київ, УКРАЇНА),
Дубенко А. Є. (м. Харків, УКРАЇНА),
Євтушенко С. К. (м. Харків, УКРАЇНА),
Зукер Р. (Енн Арбор, США),
Коростій В. І. (м. Харків, УКРАЇНА),
Ліхачьов С. О. (м. Мінськ, БІЛОРУСЬ),
Май М. (м. Неаполь, ІТАЛІЯ),
Маркова М. В. (м. Харків, УКРАЇНА),
Мартинюк В. Ю. (м. Київ, УКРАЇНА),
Мищенко В. М. (м. Харків, УКРАЇНА),
Морозов П. В. (м. Москва, РОСІЯ),
Пашковський В. М. (м. Чернівці, УКРАЇНА),
Пшук Н. Г. (м. Вінниця, УКРАЇНА),
Ревенко О. А. (м. Київ, УКРАЇНА),
Сон А. С. (м. Одеса, УКРАЇНА),
Сосін І. К. (м. Харків, УКРАЇНА),
Хабрат Б. (Варшава, ПОЛЬЩА),
Христовулу Дж. (м. Афіни, ГРЕЦІЯ),
Шоповалов В. В. (м. Харків, УКРАЇНА),
Юр'єва Л. М. (м. Дніпро, УКРАЇНА).

EDITORIAL STAFF:

Bitenskiy V. S. (Odesa, UKRAINE)
Aymedov C. V. (Odesa, UKRAINE)
Voloshyna N. P. (Kharkiv, UKRAINE)
Golovchenko Yu. I. (Kyiv, UKRAINE)
Grygorova I. A. (Kharkiv, UKRAINE)
Dziak L. A. (Dnipro, UKRAINE)
Zozulia I. S. (Kyiv, UKRAINE)
Karaban' I. M. (Kyiv, UKRAINE)
Kozhyina G. M. (Kharkiv, UKRAINE)
Kozyavkin V. I. (Lviv, UKRAINE)
Linskiy I. V. (Kharkiv, UKRAINE)
Maruta N. O. (Kharkiv, UKRAINE) (*deputy
chief editor*)
Mykhailov B. V. (Kharkiv, UKRAINE)
Minko O. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Mishchenko T. S. (Kharkiv, UKRAINE)
Napryeyenko O. K. (Kyiv, UKRAINE)
Pidkorytov V. S. (Kharkiv, UKRAINE)
Tabachnikov S. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Tantsura L. M. (Kharkiv, UKRAINE)
Chaban O. S. (Kyiv, UKRAINE)
Chugunov V. V. (Zaporizhzhia, UKRAINE)
Shestopalova L. F. (Kharkiv, UKRAINE)
Yavdak I. O. (Kharkiv, UKRAINE) (*executive
secretary*).

EDITORIAL BOARD:

Berstein N. (Tel Aviv, ISRAEL)
Brainin M. (Vienna, AUSTRIA)
Golovach K. M. (Kyiv, UKRAINE)
Dubenko A. Ye. (Kharkiv, UKRAINE)
Yevtushenko S. K. (Kharkiv, UKRAINE)
Zucker R. (Ann Arbor, MI, USA)
Korostii V. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Lichachov S. A. (Minsk, BELARUS)
May M. (Naples, ITALY)
Markova M. V. (Kharkiv, UKRAINE)
Martyniuk V. Yu. (Kyiv, UKRAINE)
Mishchenko V. M. (Kharkiv, UKRAINE)
Morozov P. V. (Moscow, RUSSIA)
Pashkovs'kyi V. M. (Chernivtsi, UKRAINE)
Pshuk N. G. (Vinnitsia, UKRAINE)
Revenok O. A. (Kyiv, UKRAINE)
Son A. S. (Odesa, UKRAINE)
Sosin I. K. (Kharkov, UKRAINE)
Habrat B. (Warsaw, POLAND)
Christodoulou G. (Athens, GREECE)
Shapovalov V. V. (Kharkiv, UKRAINE)
Yurieva L. M. (Dnipro, 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 (наказ МОН України від 06 березня 2015 р. № 261) та фармацевтичних (постанова ВАК України від 06 жовтня 2010 р. № 3-05/6) наук.

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 27, випуск 1 (98)
Харків, 2019**



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 № 3 від 1.03.2019 р.)

Approved for publication by the Academic Council of SI "Institute of neurology, psychiatry and narcology of the NAMS of Ukraine" (protocol no. 3 dated 1 March, 2019)

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НЕВРОЛОГІЇ:

Волошина Н. П. (м. Харків, Україна), Головченко Ю. І. (м. Київ, Україна), Григорова І. А. (м. Харків, Україна), Дзяк Л. А. (м. Дніпро, Україна), Дубенко Є. Г. (м. Харків, Україна), Зозуля І. С. (м. Київ, Україна), Міщенко Т. С. (м. Харків, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ПСИХІАТРІЇ:

Кожина Г. М. (м. Харків, Україна), Колядко С. П. (м. Харків, Україна), Михайлов Б. В. (м. Харків, Україна), Напрєєнко О. К. (м. Київ, Україна), Підкоритов В. С. (м. Харків, Україна), Чабан О. С. (м. Київ, Україна), Юр'єва Л. М. (м. Дніпро, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НАРКОЛОГІЇ:

Бітенський В. С. (м. Одеса, Україна), Ігнатів М. Ю. (м. Харків, Україна), Лінський І. В. (м. Харків, Україна), Мінко О. І. (м. Харків, Україна), Павлов В. О. (м. Дніпро, Україна), Сосін І. К. (м. Харків, Україна), Чугунов В. В. (Запоріжжя, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ:

Коростій В. І. (м. Харків, Україна), Маркова М. В. (м. Харків, Україна), Пшук Н. Г. (м. Вінниця, Україна), Шестопалова Л. Ф. (м. Харків, 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 враховувати 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 та ключові слова. Обсяг резюме не повинен бути меншим, ніж 10 рядків, або 700—1000 знаків (відповідно до «Рекомендацій по підготовці анотації публікації», розміщених на сайті журналу). 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 включають 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.**

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

10. Усі фізичні величини та одиниці треба наводити за системою SI, терміни — згідно з анатомічною та гістологічною номенклатурою, 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 (на фотопапері чи 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 надсилаються 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

Свідоцтво про держ. реєстрацію КВ № 16345-4817ПП від 10.02.2010 р. Формат 60x84/8. Ум. друк. арк. 11,16 + 0,7 вкл. Обл.-вид. арк. 13,33. Тираж 300 пр. Замовлення №

Громадська організація «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України», ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
Адреса редакції та видавця: вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, 61068, тел./факс: 738-32-25; e-mail: inpn@ukr.net; visnuk.pn@gmail.com

Надруковано з оригінал-макета, виготовленого ФО-П Строков Д. В., Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ХК № 247 від 19.11.2009 р.,

у ФОП Ожого-Масловський Г. В., вул. Чернишевська, буд. 13, оф. 508, м. Харків, 61057. Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4975 від 31.07.2015 р.

ISSN 2079-0325

ЗМІСТ

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ТА СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Бокатуєва В. В. (Харків) Модель прогноза функціонального дефіциту і побутової адаптації пацієнтів з благоприятним исходом кардіо-емболічного інсульту.....	4
Кутіков О. Є. (Харків) Антропоморфологічні характеристики пацієнтів з хворобою Вільсона — Коновалова та їх значення для діагностики цієї патології.....	8
Мищенко Т. С., Мищенко В. М., Здесенко І. В. (Харків) Лікування хворих з дисциркуляторною енцефалопатією на фоні метаболічного синдрому.....	14
Нікішкова І. М., Мищенко В. М., Кутіков Д. О. (Харків) Чутливість когнітивних функцій до тягаря хвороби малих судин головного мозку.....	20

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ТА НАРКОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Гапонов К. Д. (Харків) Структурний аналіз психопатологічного афективно-конативного аранжування клінічної картини алкогольної залежності у хворих різних соціальних груп з різним рівнем психосоціального стресу.....	27
Задорожний В. В. (Харків) Прогностичне значення прикусывання язика при судорожних припадках у больних алкогольним делириєм.....	35
Колядко С. П. (Харків) Особливості клініко-психопатологічних проявів та самоприйняття у хворих на шизофренію з депресивними порушеннями в структурі психозу.....	40
Лінська К. І. (Харків) Хронометричний профіль хворих на депресію при використанні тесту Спілберґера — Ханіна.....	46
Маркозова Л. М., Лісна Н. М., Гольцова С. В. (Харків) Дослідження клініко-психологічних чинників розвитку алкогольної залежності та станів співзалежності в умовах соціального стресу.....	57
Опрят Є. В. (Одеса) Основні напрямки комплексної реабілітації хворих на шизофренію з ожирінням.....	62

ПИТАННЯ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

Абдрияхов Р. А., Абдрияхова Ц. Б. (Київ) Феноменологічні прояви психологічної дезадаптації у учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору.....	65
Камінська А. О., Пишук Н. Г. (Вінниця) Взаємозв'язок емоційного інтелекту та якості життя у референтних родичів пацієнтів з ендogenous психічними розладами.....	69
Росінський Г. С. (Харків) Стан сексуального здоров'я, типологія родинних стосунків та функціонування сім'ї у комбатантів.....	74
Яворська Т. П., Маркова М. В. (Харків) Психологічні компетенції лікарів як важлива складова реалізації здоров'яцентрованого підходу у лікуванні цереброваскулярної патології.....	81

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

Мищенко Т. С., Деревецька В. Г., Мищенко В. М., Харіна К. В. (Харків) Нові можливості у лікуванні хворих на дисциркуляторну енцефалопатію, зумовлену метаболічним синдромом.....	85
Кузьмін В. Н. (Харків) Залежність клінічної картини гострих психотичних станів в стані відміни алкоголю від форми зловживання алкоголем.....	92

CONTENTS

MECHANISMS OF FORMATION AND MODERN PRINCIPLES OF TREATMENT OF NEUROLOGICAL DISORDERS

Bokatuieva V. V. (Kharkiv) The model of predicting functional deficit and household adaptation of patients with a favorable outcome of cardioembolic stroke.....	4
Kutikov O. Ye. (Kharkiv) Physical anthropological characteristics of patients with Wilson's disease and significance of these characteristic for diagnosis of this pathology.....	8
Mishchenko T. S., Mishchenko V. M., Zdesenko I. V. (Kharkiv) Treatment of patients with dyscirculatory encephalopathy on a background of metabolic syndrome.....	14
Nikishkova I. M., Mishchenko V. M., Kutikov D. O. (Kharkiv) Sensitivity of cognitive functions to the burden of cerebral small vessel disease.....	20

DIAGNOSTICS AND THERAPY OF MENTAL AND NARCOLOGICAL DISORDERS

Gaponov K. D. (Kharkiv) Psychopathological affective-conative structural analysis of the clinical picture and alcohol dependence arrangement for patients with various social groups and different levels of psychosocial stress.....	27
Zadorozhnyi V. V. (Kharkiv) The predictive value of biting the tongue during convulsive seizures in patients with delirium tremens.....	35
Kolyadko S. P. (Kharkiv) Features of clinical and psychopathological manifestations and self-perception in patients with schizophrenia with depressive disorders in the structure of psychosis.....	40
Linska K. I. (Kharkiv) Chronometric profile of patients with depression at using Spielberger — Khanin's test.....	46
Markozova L., Lisna N., Holtsova S. (Kharkiv) The research of clinical and psychological factors in the development of alcohol dependence and codependence of states in conditions of social stress.....	57
Oprya Ye. (Odesa) Main directions of complex rehabilitation of patients with schizophrenia and obesity.....	62

THE QUESTION OF MEDICAL PSYCHOLOGY

Abdriakhimov R. A., Abdriakhimova Ts. B. (Kyiv) Phenomenological manifestations of psychological disadaptation to participants of military actions with the early eye and partial loss of view.....	65
Kaminska A., Pshuk N. (Vinnytsia) Interrelation of emotional intelligence and quality of life in family caregivers of patients with endogenous mental disorders.....	69
Rosinskyi G. S. (Kharkiv) State of sexual health, typology of family relations and functioning of the family in combatants.....	74
Yavorska T. P., Markova M. V. (Kharkiv) Psychological competences of physicians as an important part of health-centered approach in treatment of cerebrovascular pathology.....	81

HELP TO PRACTICAL PHYSICIAN

Mishchenko T., Derevetska V., Mishchenko V., Kharina K. (Kharkiv) New opportunities in the treatment of patients with dyscirculatory encephalopathy, caused by metabolic syndrome.....	85
Kuzminov V. N. (Kharkiv) The dependence of the clinical picture of acute psychosis connected with alcohol withdrawal from the forms of alcohol consumption.....	92

УДК 616.831-005.1:616-003.96-037

В. В. Бокатуєва

МОДЕЛЬ ПРОГНОЗА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА И БЫТОВОЙ АДАПТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С БЛАГОПРИЯТНЫМ ИСХОДОМ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

В. В. Бокатуєва

Модель прогнозу функціонального дефіциту і побутової адаптації пацієнтів із сприятливим результатом кардіоемболічного інсульту

V. V. Bokatuieva

The model of predicting functional deficit and household adaptation of patients with a favorable outcome of cardioembolic stroke

Целью работы была разработка модели прогноза функционального дефицита и бытовой адаптации пациентов с благоприятным исходом кардиоэмболического инсульта. Был разработан логический алгоритм прогнозирования функционального дефицита и бытовой адаптации пациентов, оцениваемых по шкале Рэнкина, основанный на методе деревьев регрессии.

Показано, что наиболее информативными для прогнозирования являются показатели шкал NIHSS, двигательного дефицита и CHADS2-VASc, красной крови (содержание эритроцитов, тромбоцитов, гемоглобина и протромбина, гематокрит), фракция выброса левого желудочка и количество сопутствующих заболеваний у больного. Разработанный логический алгоритм позволяет правильно определить прогнозируемое значение показателя по шкале Рэнкина в 83,7 % случаев.

Ключевые слова: кардиоэмболический инсульт, шкала Рэнкина, прогнозирование, логический алгоритм, метод деревьев регрессии

Метою роботи було розроблення моделі прогнозу функціонального дефіциту і побутової адаптації пацієнтів із сприятливим результатом кардіоемболічного інсульту. Був розроблений логічний алгоритм прогнозування функціонального дефіциту і побутової адаптації пацієнтів, які оцінюються за шкалою Ренкіна, що базується на методі дерев регресії.

Показано, що найбільш інформативними для прогнозування є показники шкал NIHSS, рухового дефіциту і CHADS2-VASc, червоної крові (вміст еритроцитів, тромбоцитів, гемоглобіну і протромбіну, гематокрит), фракція викиду лівого шлуночку і кількість супутніх захворювань у хворого. Розроблений логічний алгоритм дозволяє правильно визначити прогнозоване значення показника за шкалою Ренкіна в 83,7 % випадків.

Ключові слова: кардіоемболічний інсульт, шкала Ренкіна, прогнозування, логічний алгоритм, метод дерев регресії

The purpose of the study was to develop a model for predicting functional deficiency and household adaptation of patients with a favorable outcome of a cardioembolic stroke. We developed a logical algorithm for predicting functional deficiency and household adaptation of patients evaluated on the Rankine scale, which is based on the regression tree method.

The obtained results showed that the most informative indicators for prediction are the NIHSS scale indicators, motor deficit and CHADS2-VASc of the red blood (content of erythrocytes, platelets, hemoglobin and prothrombin, hematocrit), the ejection fraction of the left ventricle and the number of associated diseases in a patient. The developed logic algorithm allows to correctly determining the predicted value of the indicator on the Rankine scale in 83.7 % of cases.

Keywords: cardioembolic stroke, Rankine scale, prediction, logic algorithm, regression tree method

Цереброваскулярные заболевания и их наиболее грозная форма — инсульты — являются наиболее частым неврологическим заболеванием и входят в число самых распространенных болезней [1, 4, 9, 12, 13].

Частота острых нарушений мозгового кровообращения выше, чем инфарктов миокарда. В мире ежегодно регистрируются около шестнадцати миллионов инсультов (в том числе, более миллиона — в странах Европейского союза), причем как минимум половина инсультов и треть смертей от инсульта происходят у людей в возрасте моложе 70—75 лет. С инсультами связаны 10 % смертей (почти 6 млн человек ежегодно) и на их долю приходится почти треть всех случаев сердечно-сосудистой смерти, что делает инсульт второй по частоте причиной смерти в мире. В ближайшие 25 лет прогнозируется рост смертности от инсультов, которые вместе с ишемической болезнью сердца останутся лидирующей причиной смерти. Около 15 млн человек выжило после перенесенного инсульта, но около двух третей из них стали инвалидами. По эпидемиологическим данным, каждый пятый выживший пациент перенесет повторный ишемический инсульт (ИИ) в течение 5 лет после первого. Всего в мире насчитывается свыше 50 млн больных, перенесших первый инсульт и испытывающих страх погибнуть от второго [5, 10, 11]. Заболеваемость ИИ в Европе

составляет 141 на 100 тыс. населения. В США ежегодно регистрируется от 60 до 750 тыс. ИИ, от которых ежегодно погибает около 150 тыс. человек.

Проблема цереброваскулярной патологии и ее последствий является ведущей для населения Украины [2—6]. Согласно официальной статистике МЗ Украины, в настоящее время зарегистрировано более трех миллионов человек (6,5 % всего населения страны) с различными формами сосудистых заболеваний головного мозга, что составляет 8219,3 на 100 тыс. населения. Среди всех форм церебральных сосудистых заболеваний мозговые инсульты имеют наибольшую значимость. В Украине заболеваемость ИИ составляет 282,2 на 100 тыс. населения [4—6]. Ежегодно в Украине происходит от 100 до 120 тыс. новых случаев инсульта. В 2014 г. 94 104 жителей Украины впервые перенесли мозговой инсульт, что в среднем по стране составляет 266,5 на 100 тыс. населения, 35,5 % всех инсультов имели место у людей работоспособного возраста.

В настоящее время в Украине сохраняется тенденция к росту заболеваемости и смертности населения от инсульта, причем около трети случаев инсульта, как и в других странах мира, приходится на трудоспособный возраст. Основным медико-социальным последствием острого нарушения мозгового кровообращения является инвалидизация населения, поскольку только 10—20 % выживших больных в состоянии вернуться к прежнему труду, около 30 % лиц, пере-

несших інсульт, відновлюються не в повній мере, а ще 20 % глибоко інвалідизуються і потребують в сторонній допомозі в быту.

Совершенствование методов диагностики и лечения ишемических нарушений мозгового кровообращения, а также методик реабилитации пациентов, перенесших инсульт, является первостепенной задачей современной медицины. В этой связи возникает потребность в подходах, которые не только позволяют более качественно оценить состояние пациента, но и определить приоритетные направления терапии и реабилитации. С другой стороны, данные подходы должны быть обоснованы с позиций доказательной медицины. Одним из таких подходов является прогнозирование исходов ИИ.

В литературе представлено достаточно много методов прогнозирования исхода ИИ, однако, большинству из них присущи существенные недостатки, ограничивающие их достоверность и возможность широкого применения [8, 17]. К недостаткам, ограничивающим достоверность методик, можно отнести использование для прогноза какого-либо одного показателя, который, как правило, авторы выбирают, исходя из их субъективного мнения, при этом игнорируют другие данные, которые также могут нести полезную информацию. Другая группа методов прогнозирования грешит использованием сложных, дорогих или малодоступных методик исследования, что препятствует их широкому применению в клинике.

По нашему мнению, методы прогнозирования исходов ИИ должны удовлетворять двум основным требованиям. В качестве первого требования мы рассматриваем использование при прогнозировании как можно большего числа различных клинических, лабораторных и инструментальных показателей, всесторонне характеризующих состояние больного. Второе требование касается доступности клинических данных и состоит в том, что используемые показатели должны быть доступны для определения в любом стационаре, оказывающем специализированную помощь больным с острым нарушением мозгового кровообращения.

Цель работы — разработка модели прогноза функционального дефицита и бытовой адаптации пациентов с благоприятным исходом кардиоэмболического инсульта.

Под нашим наблюдением находилась группа из 86 пациентов (46 мужчин и 40 женщин), перенесших кардиоэмболический инсульт (КЭИ), с благоприятным исходом заболевания.

В ходе клинко-неврологического исследования оценивали общее состояние пациента, степень нарушения сознания, состояние витальных функций. На основании данных анамнеза выявляли сопутствующую патологию, а также оценивали факторы риска развития КЭИ.

Для оценки состояния больных были использованы шкала комы Глазго (ШКГ), шкала тяжести инсульта NIHSS, пятибалльная шкала оценки двигательных расстройств (Парез), шкала Рэнкина (ШР), индекс Бартела (ИБ) шкала риска возникновения ишемического инсульта CHADS2-VASc [14—16].

Шкала Рэнкина предназначена для оценки функциональных дефектов у больных, перенесших нарушение мозгового кровообращения, и охватывает 6 степеней функционального дефицита (от полного восстановления до глубокой инвалидизации). Для определения

характера, объема и локализации ишемических очагов (Очаг) в головном мозге применяли метод спиральной компьютерной томографии.

Для прогнозирования степени функционального дефицита у пациентов, перенесших КЭИ, оцениваемых по ШР, был разработан логический алгоритм. Алгоритм получен с помощью метода деревьев регрессии [7] с использованием алгоритма разбиения CART, в качестве меры качества разбиения выбрана мера Джини, цена ошибки прогнозирования установлена одинаковой для всех возможных значений, в качестве правила выбран метод FACT с долей неклассифицированных наблюдений не более 5 %.

В результате использования вышеперечисленных подходов было получено разбиение выборки пациентов на непересекающиеся подмножества, каждое из которых характеризуется определенным набором значений показателей, определяющих итоговые значения баллов по ШР, соответствующих степени функционального дефицита. В разработанном алгоритме учтено, что показатель ШР может принимать только целые числовые значения в диапазоне от 1 до 5 включительно.

Проведенные предварительные исследования позволили выделить показатели, имеющие наибольший вес для прогнозирования. Их распределение по степени важности представлено на рис. 1. Согласно полученным данным, наибольшую роль в прогнозе играют результаты оценки состояния пациента по шкале NIHSS. Шкала CHADS2-VASc имеет несколько меньшую значимость для прогноза в сравнении со шкалой NIHSS, но также достаточно эффективна. Степень двигательного дефицита (на рис. 1 — Парез), которую оценивали по пятибалльной шкале, занимает второе место по степени значимости для прогноза возможности реабилитации и адаптации больных к дальнейшей жизни, уступая лишь степени тяжести инсульта по шкале NIHSS.

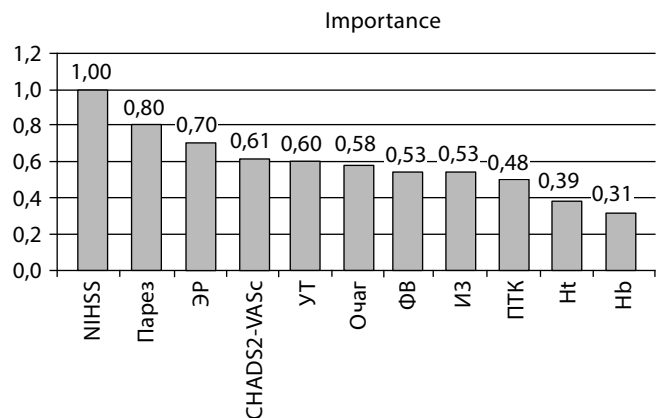


Рис. 1. Распределение показателей в зависимости от степени значимости для прогнозирования степени функционального дефицита

Количество эритроцитов (ЭР) занимает третье место по значимости для прогнозирования функционального дефицита и социально-бытовой адаптации пациентов с КЭИ, что еще раз подтверждает большое значение гемостаза в полноценном восстановлении функций участка головного мозга, подвергшегося ишемии.

Существенное влияние на социально-бытовой исход КЭИ оказывает уровень тромбоцитов (УТ) в крови. Данный факт можно рассматривать как подтверждение

того, что именно адекватность функционирования тромбоцитарного звена гемостаза является важным условием наиболее полноценного функционального восстановления пациента.

Кроме того, при построении прогноза учитывали фракцию выброса левого желудочка сердца (ФВ), уровень протромбина в крови (ПТК), определяемого по методике А. Квика, содержание гемоглобина в крови (Hb) и гематокрит (Ht).

Для оценки соматического состояния пациентов с КЭИ был использован индекс заболеваемости (ИЗ), который определяли как сумму баллов, присуждаемых за наличие каждого из сопутствующих КЭИ заболеваний (1 балл за каждое заболевание).

Размер очага ишемии и ФВ являются показателями, описывающими определённые аспекты состояния пациента с КЭИ и обладающими свойством интегративной оценки. С этим, видимо, связана их сравнительно невысокая прогностическая значимость.

Сравнение значимости различных интегральных показателей подтверждает, что в прогнозировании качества функционального восстановления после КЭИ большей информативностью обладают шкалы, построенные с учетом показателей состояния нервной системы и факторов риска сосудистой катастрофы именно в центральной нервной системе. ИЗ, как показатель общего соматического состояния, согласно данному исследованию, значительно уступает по значимости прочим диагностическим шкалам, учитывающим упомянутые выше аспекты (NIHSS, CHADS2-VASc).

ПТК, Hb и Ht не показали достаточной прогностической значимости в данном исследовании. Не исключено, что появление данных показателей среди значимых

обусловлено их непосредственной связью с уровнями ЭР и УТ, имеющими высокое прогностическое значение.

Согласно разработанному алгоритму, получение прогнозируемого значения балла по ШР для пациента происходит путём последовательного сравнения значения характеристик его состояния с их пороговыми значениями. В соответствии с результатами этого сравнения происходит продвижение от корневого узла дерева до терминальных узлов, определяющих конкретные значения выходной переменной.

Полная структура прогностического алгоритма достаточно громоздкая, поэтому для иллюстрации его возможностей приведем конкретный клинический пример.

Пациент Р., мужчина, возраст 74 года. По шкале CHADS2-VASc данный пациент имел 4 балла, по шкале NIHSS — 13 баллов, степень двигательного дефицита — 2 балла, ПТК — 37 %, размер очага ишемии — 3,4 см², ФВ — 57 %, пациент имел одно сопутствующее заболевание (ИЗ = 1), ЭР — 4,2 Т/л, Ht — 38 %, Hb — 140 г/л.

Процесс получения прогноза баллов по ШР с помощью построенного логического алгоритма дерева регрессии для данного пациента показан на рис. 2. В зависимости от попадания значений показателей пациента в выделенные интервалы происходит продвижение по обозначенным жирными стрелками ветвям дерева, в результате которого достигается листовая узел, в котором находится прогнозируемое значение баллов по ШР. У данного пациента, при расчете в соответствии с методикой, оно равно 4. Полученный в результате использования дерева решений прогноз совпадает с реальными данными, полученными на основе опроса и наблюдения за пациентом.

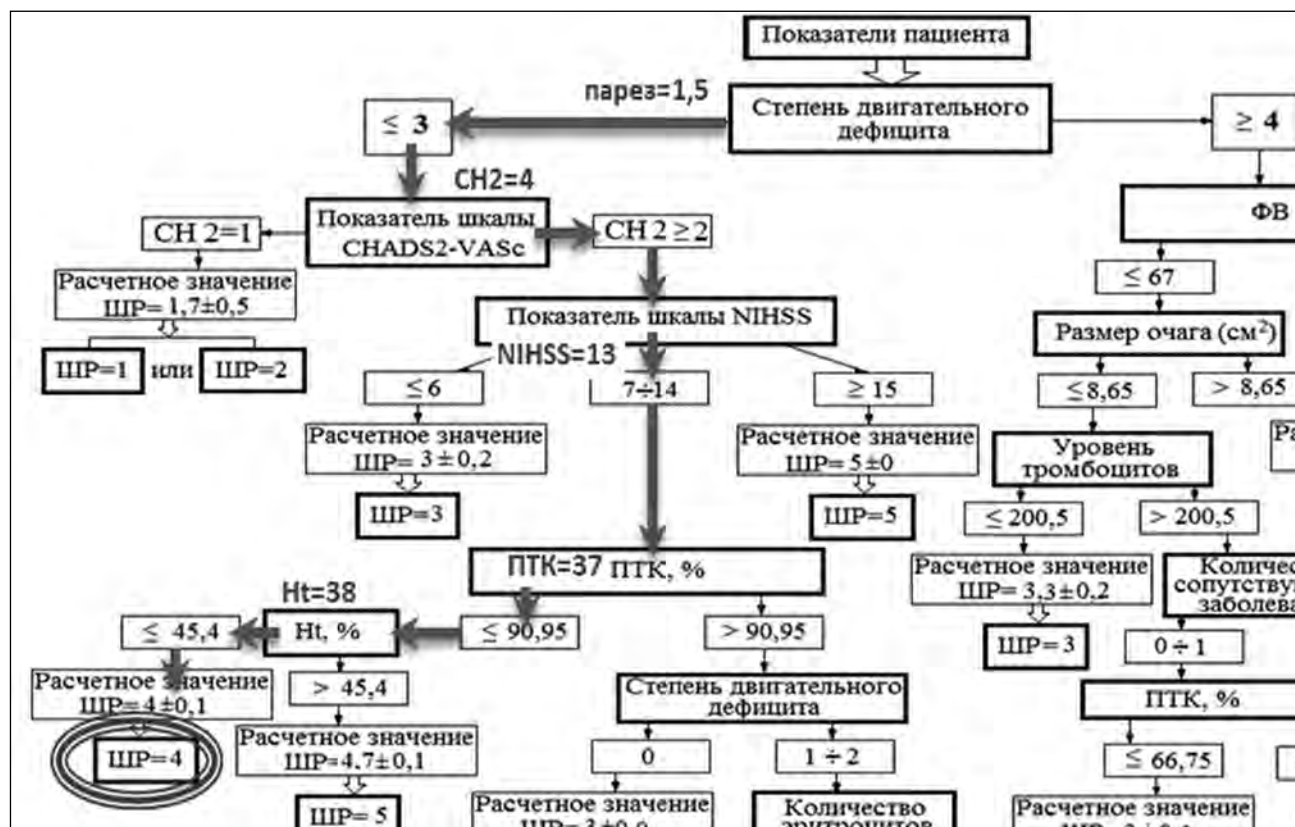


Рис. 2. Прогноз функционального исхода инсульта по ШР пациента Р. с помощью модели дерева регрессии. Значение баллов по шкале CHADS2-VASc обозначено CH2

С использованием предложенного алгоритма степень функционального дефицита была определена правильно у 72 пациентов из 86, что позволяет говорить о 83,7 % точности разработанного метода.

На основании проведенных исследований можно сделать следующие выводы.

Для прогнозирования функционального дефицита и бытовой адаптации пациентов с благоприятным исходом кардиоэмболического инсульта по шкале Рэнкина наиболее информативными являются показатели шкал NIHSS, двигательного дефицита и CHADS₂-VASc, содержание эритроцитов и уровни тромбоцитов, Hb, Ht, уровень протромбина в крови по Квику, фракция выброса левого желудочка сердца, количество сопутствующих заболеваний.

Информация о значимости определенных групп лабораторных показателей имеет первостепенное значение в планировании адекватной терапии. Исходя из полученных данных, первостепенными задачами при лечении кардиоэмболического инсульта являются коррекция показателей гемостаза доступными методами, а также проведение адекватной антитромботической и антиагрегантной терапии.

Разработанный логический алгоритм прогнозирования функционального дефицита, полученный с помощью метода деревьев регрессии, позволяет правильно определить значение показателя по шкале Рэнкина в 83,7 % случаев.

Список литературы

1. Виленский Б. С. Инсульт — современное состояние проблемы // Неврологический журнал. 2008. № 2. С. 4—10.
2. Виленский Б. С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение. 2-е изд., доп. СПб. : Фолиант, 2002. 397 с.
3. Волошин П. В., Тайцлин В. И. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга. М. : МЕДпресс-информ, 2005. 687 с.
4. Волошин П. В., Мищенко Т. С., Лекомцева Є. В. Аналіз поширеності та захворюваності на нервові хвороби в Україні // Міжнародний неврологічний журнал. 2006. № 3 (7). С. 9—13.
5. Грицай Н. Н. Коагулопатии при острой цереброваскулярной патологии // Здоров'я України. 2008. № 7/1: Неврологія. Психіатрія. Психотерапія. С. 20.
6. Мищенко Т. С. Осложнения восстановительного периода ишемического инсульта // Основные направления фармакотерапии в неврологии : материалы XV Междунар. конф., Судак, 24—26 апреля 2013 г. / под ред. С. М. Кузнецовой. Киев, 2013. С. 10—14.
7. Нессонова М. Н., Кочина М. Л. Методы оценки степени тяжести состояния пациентов // Кибернетика и вычислительная техника. 2014. Вып. 175. С. 74—87. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Kivt_2014_175_9.
8. Способ прогнозирования функционального исхода ишемического инсульта у лиц в возрасте до 50 лет : Патент на изобретение RU C213МПК G01N33/86, G01N33/68 2312362 от 10.12.07. Авторы: Устьянцева И. М., Хохлова О. И., Визилов Т. Л., Писарева И. А. ; заявитель и патентообладатель Научно-клинический центр охраны здоровья шахтеров Федерального агентства по энергетике. № 2005141376/15 ; заявл. 28.12.2005 ; опубл. 10.12.2007.
9. Практическая кардионеврология / под ред. З. А. Суслиной, А. В. Фонакина. М. : ИМА-Пресс, 2010. 304 с.
10. Широков Е. А. Инсульт в цифрах. М., 2005. URL : http://www.celt.ru/articles/art/art_84.phtml (дата обращения : 10.04.2015).
11. Bonita R. Stroke prevention: a global perspective. In : Stroke Prevention / Norris J. W., Hachinsky V., eds. N. Y. : Oxford University Press; 2001. P. 259—274.
12. Guidelines for management of ischaemic stroke and transient ischaemic attack 2008 / P. A. Ringleb, M. G. Boussier G. Ford [et al.] ; European Stroke Organisation (ESO) Executive Committee, ESO Writing Committee // Cerebrovasc. Dis. 2008. Vol. 25, No. 5. P. 457—507. DOI: 10.1159/000131083.
13. Guidelines for prevention of stroke in patients with ischemic stroke or transient ischemic attack / R. L. Sacco, R. Adams, G. Albers [et al.] // Stroke. 2006. Vol. 37. P. 577—617. DOI: 10.1161/01.STR.0000199147.30016.74.
14. Handbook of Neurologic Rating Scales / Edited by R. M. Herndon. 2nd ed. N. Y. : Demos Medical Publishing, 2006. 434 p.
15. Stroke Recovery and Rehabilitation / Edited by J. Stein, R. L. Harvey, R. F. Macko [et al.]. N. Y. : Demos Medical Publishing, 2009. 798 p. URL : <https://www.amazon.com/Stroke-Recovery-Rehabilitation-Joel-Stein/dp/1933864125>.
16. Teasdale G., Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale // Lancet. 1974. Vol. 2 (7872). P. 81—84. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4136544>.
17. Time dependent relevance of transcranial colour-coded duplex sonography in acute stroke / T. Blaster, S. Krueger, R. Kross [et al.] // Cerebrovasc. Dis. 2000. Vol. 10. Suppl. 2. P. 69.
18. Update to the AHA/ASA recommendations for the prevention of stroke and transient ischemic attack / R. J. Adams, G. Albers, M. J. Albers [et al.] // Stroke. 2008. Vol. 39, No. 5. P. 1647—1652. DOI: 10.1161/STROKEAHA.107.189063.

Надійшла до редакції 23.01.2019 р.

БОКАТУЄВА **Викторія** **Васильевна**, кандидат медицинских наук, научный сотрудник отдела сосудистой патологии головного мозга и реабилитации Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков, Украина

BOKATUIEVA **Viktoriia**, MD, PhD, Researcher of Department of Brain Vascular Pathology and Rehabilitation of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

О. Є. Кутіков

АНТРОПОМОРФОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПАЦІЄНТІВ З ХВОРОБОЮ ВІЛЬСОНА — КОНОВАЛОВА ТА ЇХ ЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ЦЬОЇ ПАТОЛОГІЇ

А. Е. Кутіков

Антропоморфологические характеристики пациентов с болезнью Вильсона — Коновалова и их значение для диагностики этой патологии

О. Ye. Kutikov

Physical anthropological characteristics of patients with Wilson's disease and significance of these characteristic for diagnosis of this pathology

Дослідження присвячено вивченню зв'язку між антропоморфологічними характеристиками пацієнтів і наявністю у них хвороби Вільсона — Коновалова (ХВК), а також можливості використання цих характеристик як додаткового критерію для диференціальної діагностики ХВК. На ґрунті обстеження 67 пацієнтів з підтвердженим діагнозом ХВК (найбільша в Україні вибірка) порівняно з контрольною групою (50 представників загальної популяції) було показано, що антропоморфологічна структура когорти пацієнтів з ХВК має чітко виражені специфічні особливості і принципово відрізняється від загальної популяції, як за якісним, так і за кількісним складом, що свідчить про велику значущість антропологічного чинника у патогенезі ХВК.

Наявність ХВК асоціюється з належністю до морфоконституціональної групи доліхоморфних антропологічних типів (АТ) (88,06 % серед пацієнтів з ХВК та 38,00 % у контрольній групі; $p < 0,00001$) і є негативно пов'язаною з належністю до групи брахіморфних АТ (11,94 % та 62,00 %, відповідно; $p < 0,00001$). Проведений аналіз дозволив побудувати для досліджуваної популяції спектр ступеня асоційованості основних АТ з ризиком наявності ХВК: позитивна асоційованість характеризує середземноморський АТ та атлантико-балтійський АТ (дуже високий ступінь) і уралоїдний АТ; нейтральна асоційованість — динарський АТ; негативна асоційованість — біломоро-балтійський АТ, палеоевропейський АТ та альпійський АТ (дуже високий ступінь). Чоловіча стать може бути додатковим чинником позитивної асоційованості з наявністю ХВК для атлантико-балтійського АТ і негативною — для палеоевропейського АТ. Ці особливості треба брати до уваги під час проведення діагностики та диференціальної діагностики ХВК.

Ключові слова: антропоморфологічні характеристики, антропологічний тип, хвороба Вільсона — Коновалова, стать, діагностика

Исследование посвящено изучению связи между антропоморфологическими характеристиками пациентов и наличием у них болезни Вильсона — Коновалова (БВК), а также возможности использования этих характеристик как дополнительного критерия при дифференциальной диагностике БВК. На основе обследования 67 пациентов с подтверждённым диагнозом БВК (наибольшая в Украине выборка) в сравнении с контрольной группой (50 представителей общей популяции) было показано, что антропологическая структура когорты пациентов с БВК имеет выраженные специфические особенности и принципиально отличается от общей популяции и по качественному, и по количественному составу, что свидетельствует о большом значении антропологического фактора в патогенезе БВК.

Наличие БВК ассоциируется с принадлежностью к морфоконституциональной группе долихоморфных антропологических типов (АТ) (88,06 % среди пациентов с БВК и 38,00 % в контрольной группе; $p < 0,00001$) и негативно связано с принадлежностью к группе брахиморфных АТ (11,94 % и 62,00 %, соответственно; $p < 0,00001$). Проведенный анализ позволил выстроить для исследуемой популяции спектр степени ассоциированности основных АТ с риском наличия БВК: положительная ассоциированность характеризует средиземноморский АТ и атлантико-балтийский АТ (очень высокая степень) и уралоидный АТ; нейтральная ассоциированность — динарский АТ; отрицательная ассоциированность — беломоро-балтийский АТ, палеоевропейский АТ и альпийский АТ (очень высокая степень). Мужской пол может быть дополнительным фактором положительной ассоциированности с наличием БВК для атлантико-балтийского АТ и отрицательной — для палеоевропейского АТ. Эти особенности необходимо учитывать при проведении диагностики и дифференциальной диагностики БВК.

Ключевые слова: антропоморфологические характеристики, антропологический тип, болезнь Вильсона — Коновалова, пол, диагностика

The study aimed to investigate an association between physical anthropological characteristics of patients and a presence of Wilson's disease (WD), as well as a possibility to use these characteristics as an additional criterion for WD differential diagnosis. On the base of examination of 67 patients with a confirmed WD diagnosis (the biggest sample in Ukraine) in comparison with a control group (50 persons from the general population), it was shown that the physical anthropological structure of the cohort of patients with WD had a prominent specific peculiarities and principal differences from the general population both qualitatively and quantitatively. This suggests about the importance of the physical anthropological factor in WD pathogenesis.

A presence of WD was associated with belonging to the morpho-constitutional group of dolichomorph phenotypic variants (PhVs) (88.06 % among patients with WD vs. 38.00 % in the control group; $p < 0.00001$) and was associated negatively with belonging to the group of brachymorph PhVs (11.94 % vs. 62.00 %, respectively; $p < 0.00001$). The performed analysis allowed to develop for the studied population a spectrum of associating between the main PhVs and risk of WD presence: a positive associating characterized Mediterranean and Atlanto-Baltic PhVs (a very high level) and Uralic PhV; a neutral associating characterized Dinaric PhV; a negative associating characterized East-Baltic PhV, Paleoeuropean PhV and Alpine PhV (a very high level). Being male might be an additional factor of a positive associating with WD presence for Atlanto-Baltic PhV and a negative associating for Paleoeuropean PhV. The abovementioned peculiarities should be taken into account in WD diagnosis and a differential diagnosis.

Key words: physical anthropological characteristics, phenotypic variant, Wilson's disease, gender, diagnosis

Хвороба Вільсона — Коновалова (ХВК) є рідкісним генетично зумовленим дегенеративним захворюванням з тяжким та хронічним перебігом. Незважаючи на рід-

кість у людській популяції загалом, поширена ця хвороба в усьому світі, хоча й достатньо нерівномірно [1]. Деякі більш ранні дослідження вказували на певний зв'язок між цією хворобою та фенотипічними або етногенетичними характеристиками її носіїв [2, 3], проте

явних закономірностей цього зв'язку виявлено не було. Тому завданням цієї роботи стало вивчення питання про наявність такого зв'язку і пошук додаткових критеріїв для диференціальної діагностики ХВК, які є вкрай потрібними, зважаючи на чималий відсоток хибних діагнозів при цій патології.

Це дослідження базувалося, з одного боку, на тому факті, що фенотипічні особливості є однією з фундаментальних біологічних характеристик будь-якої людської популяції, яка опосередковано відбиває її генетичну історію, а з другого боку, — на гіпотезі про наявність певних антропологічних комплексів, які з більшою ймовірністю є пов'язаними із наявністю або носійством ХВК, що може бути зумовленим її генетичною природою.

Дослідження антропоморфологічних характеристик пацієнтів з ХВК було виконане протягом 2014—2018 рр. на базі відділу нейроінфекцій та розсіяного склерозу ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» (керівник відділу — д. мед. н., проф. Н. П. Волошина). До дослідженої когорти увійшли пацієнти, які були направлені з різних регіонів України для обстеження, підтвердження діагнозу або лікування до ДУ ІНПН НАМН України. Було проведено первинне комплексне антропологічне й демографічне обстеження 67 пацієнтів з підтвердженим діагнозом хвороба Вільсона — Коновалова (E83.01) (зокрема 40 чоловіків та 27 жінок; середній вік — $30,35 \pm 1,15$ років), які склали основну групу. Діагноз ХВК встановлювали або підтверджували на ґрунті загальновизнаного стандарту, а саме: вмісту церулоплазміну у сироватці крові менше ніж 20 мг/дл та підвищення екскреції міді з сечею більш ніж 100 мкг/добу, а також наявності кілець Кайзера — Флейшера. Контрольну групу склали 50 осіб, що були представниками загальної популяції і не мали ХВК та будь-якої іншої психоневрологічної, метаболічної або печінкової патології.

Для детального дослідження антропоморфологічних характеристик пацієнтів основної групи та осіб контрольної груп було виконане їхнє антропометричне та антропоскопічне обстеження. Це комплексне антропологічне обстеження включало дослідження загальних розмірів та пропорцій тіла, основних розмірів та характеристик голови, форми та розмірів м'яких частин обличчя, форми та пігментації покривів тіл [4—6].

В основу опису та аналізу антропоморфологічної структури досліджуваної когорти було покладено загальновизнану класифікацію типів великої європейської раси О. М. Хрисанфовой та І. М. Перевозчикова (1991) [4]. Для кожної обстеженої особи за комплексом притаманних їй морфологічних ознак визначали домінуючий антропологічний тип (АТ), а також компоненти інших антропологічних типів, якщо вони були наявні. Розподіл осіб за типами всередині груп був виконаний на ґрунті домінуючого (головного) АТ. Також було виокремлено варіанти антропоморфологічних комплексів з наявністю у обстеженої особи окрім переважаючого АТ вираженого компонента одного або двох інших АТ.

Аналіз інформації про регіон постійного проживання обстежених пацієнтів надав важливі дані щодо особливостей територіального поширення ХВК. У складі основної групи перебували пацієнти з 20 регіонів України, тобто практично всієї території нашої країни. Отже, серед обстежених пацієнтів були представлені особи з усіх геногеографічних та антропологічних ареалів країни, що виявляються на базі як морфологічних,

так і гематологічних, дерматогліфічних та одонтологічних методів. Важливо наголосити, що така вибірка усуває ймовірну похибку від належності пацієнтів до певного АТ, зумовлену не власне хворобою, а походженням чималої кількості осіб — членів вибірки з того регіону, де цей АТ є домінуючим у загальній популяції. Отримані дані свідчать, що ХВК є поширеною відносно рівномірно в усіх регіонах України. Проте у кожному з великих географічних регіонів можна виокремити території, які представлені найбільшою кількістю пацієнтів: Миколаївська область (13,43 %) на півдні країни, Харківська область (8,96 %) — на сході, Львівська область (8,96 %) — на заході, м. Київ (7,46 %) — на півночі та Дніпропетровська область (7,46 %) — у центральній частині. Ці результати свідчать про відсутність вірогідного зв'язку поширення цієї патології з популяційно-географічним чинником, і тому роль саме антропоморфологічного та онтогенетичного чинників у патогенезі ХВК набуває ще більшої значущості та актуальності, принаймні стосовно території України.

Під час виконання дослідження вже на попередніх етапах було виявлено певні АТ, які з великим рівнем вірогідності асоціювалися з наявністю ХВК [7, 8]. За допомогою методу кількісної електроенцефалографії було також продемонстровано значущість антропологічного чинника в аспекті особливостей функціональної активності головного мозку та її порушень у пацієнтів з різними антропоморфологічними характеристиками [9, 10]. Ця інформація підтвердила актуальність дослідження і обґрунтувала необхідність подальшого збільшення вибірки для отримання більшого масиву даних для аналізу.

Загальні результати виконаного комплексного антропологічного обстеження свідчать про наявність дуже специфічних особливостей антропоморфологічної структури групи пацієнтів з діагнозом хвороби Вільсона — Коновалова і різних відмінностей за цим показником між цією групою та загальною популяцією, відповідні антропоморфологічні характеристики якої відбиває контрольна група (рис. 1).

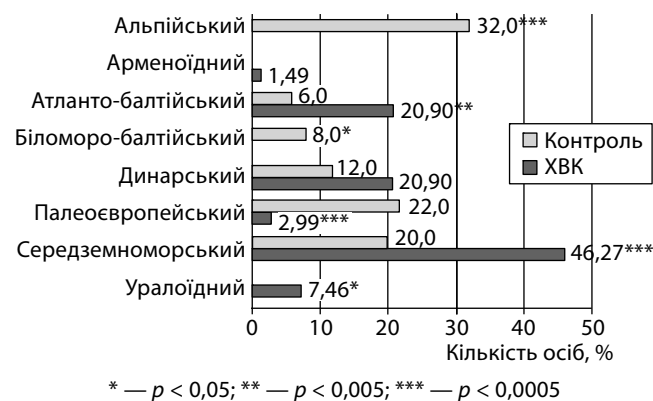


Рис. 1. Загальна антропологічна структура групи пацієнтів з хворобою Вільсона — Коновалова та контрольної групи

Проведений аналіз даних комплексного антропологічного обстеження виявив у контрольній групі наявність 6-ти антропоморфологічних комплексів з 9-ти, які входять до складу великої європейської раси за класифікацією О. М. Хрисанфовой та І. М. Перевозчикова [4] (10-й АТ — ефіопіодний — ніколи в історично-му часі не був представлений на території сучасної України, і тому його відсутність в обох групах дослідження є цілком очікуваною), а саме: альпійський

(або центральноєвропейський), атлантико-балтійський, біломоро-балтійський, динарський, палеоевропейський та середземноморський. Згідно з даними антропологічних обстежень сільського населення України [11, 12], п'ять з цих АТ (альпійський, біломоро-балтійський, динарський, палеоевропейський та середземноморський) є характерними та достатньо стабільними компонентами антропологічної структури сучасного населення України, тобто складають або вагомий відсоток, або стали протягом часу меншості серед постійного населення, зокрема в історичній перспективі, з різною пропорційною представленістю в антропологічній структурі популяцій залежно від конкретного регіону країни. Що стосується атлантико-балтійського АТ, то, хоча він не є властивим компонентом антропологічної структури жодного регіону, але протягом етнодемографічної історії теренів сучасної України неодноразово відбувалися припливи на ці землі певної кількості носіїв цього АТ. Отже міг бути сформований елемент генетичної структури загальної популяції, який за певних умов експресується у фенотипічних ознаках.

Дуже відмінну картину дає аналіз результатів комплексного антропологічного обстеження популяції пацієнтів з ХВК. У складі цієї популяції також було виявлено 6 із 9-ти АТ великої європеїдної раси, але тільки 4 з них були наявні у контрольній групі. Уралоїдний та арменіїдний АТ, зафіксовані в основній групі, у контрольній групі представлені не були. Натомість домінуючий за чисельністю у загальній популяції (що збігається і з даними попередніх досліджень) альпійський АТ, а також біломоро-балтійський АТ були повністю відсутніми серед пацієнтів з ХВК, і цей факт можна вважати одним з найважливіших результатів проведених досліджень.

Поряд з якісними відмінностями, між контрольною та основною групами існували і дуже яскраві кількісні розходження щодо їх антропоморфологічного складу. Відсоток пацієнтів з ХВК — носіїв 3-х із 4-х наявних в обох групах АТ (атлантико-балтійський, палеоевропейський та середземноморський) вірогідно відрізнявся від відповідного показника у загальній популяції. Отже, дослідження виявили наявність чітко визначеного та характерного антропоморфологічного профілю популяції хворих на ХВК.

Під час аналізу отриманих результатів за окремими антропоморфологічними комплексами, насамперед, слід наголосити, що практично половину основної групи складали пацієнти — носії середземноморського АТ, і їхня кількість була вірогідно вищою порівняно із контрольною групою (46,27 % та 20,00 %, відповідно; $p < 0,0005$). Згідно з літературними даними, середземноморський АТ належить до історично поширених на теренах сучасної України, передусім у південних та південно-східних регіонах [11], але при цьому в жодному з цих регіонів носії середземноморського антропологічного комплексу не складають більшості.

Отже, результати дослідження свідчать про позитивну асоційованість середземноморського АТ з наявністю хвороби Вільсона — Коновалова. Цей зв'язок не можна пояснити варіативністю поширення середземноморського АТ в антропологічній структурі загальних популяцій окремих регіонів, оскільки пацієнти — носії середземноморського АТ походили з 15 різних областей країни, включаючи ті, в яких цей АТ практично не представлений у структурі загальної популяції. Тому слід припустити саме біологічну (генетичну) природу цієї асоційованості.

Під час проведення більш деталізованого аналізу антропоморфологічних показників пацієнтів основної групи було виявлено, що з усіх локальних антропологічних варіантів, які виявлені у складі середземноморського АТ серед пацієнтів з ХВК були представлені лише носії так званих понтійських варіантів цього АТ. Ці антропологічні комплекси є історично притаманними для східних середземноморських популяцій, тобто населення Північного та Північно-Східного Причорномор'я та, частково — Східноєвропейської рівнини [12]. Отже, їх наявність в основній групі у такій кількості може пояснюватися домінуванням саме цих варіантів у структурі середземноморського АТ загальної популяції України, однак, з другого боку, абсолютна відсутність серед пацієнтів з ХВК представників інших варіантів середземноморського АТ дозволяє припустити, що ця патологія є асоційованою, передусім, саме з понтійськими антропологічними комплексами, що конкретизує потенційну популяційну базу для генетичних досліджень у майбутньому.

Альпійський АТ (іноді званий центральноєвропейським) характеризувався цілком іншим співвідношенням його представників в основній та контрольній групі. Цей АТ є домінуючим в антропологічній структурі населення України, у чималій кількості регіонів він є найпоширенішим з усіх, і загалом його носії складають до 60 % сільського населення [11]. У повній відповідності до цього, альпійський АТ був широко представлений у складі контрольної групи нашого дослідження (32,00 %, найбільший показник серед усіх АТ). При цьому у групі пацієнтів з ХВК не було виявлено жодного носія альпійського АТ (0,00 %). Описані відмінності мають високий рівень вірогідності та однозначно вказують на негативну асоційованість між належністю особи до носіїв альпійського антропоморфологічного комплексу та наявністю у неї ХВК. Про практичне значення цього висновку свідчить клінічний випадок, який був зареєстрований під час виконання дослідження.

До ДУ «ІНПН НАМН України» було направлено з іншої області пацієнтку з діагнозом ХВК; виконане комплексне антропологічне обстеження цієї пацієнтки класифікувало її як носія альпійського АТ. За результатами подальшого обстеження та диференціальної діагностики попередній діагноз ХВК не підтвердився і був встановлений уточнений діагноз: Залізодефіцитна анемія. Це підтвердило обґрунтованість вищезазначеного висновку та можливість використання даних антропоморфологічного обстеження як додаткового критерію під час ранньої та диференціальної діагностики хвороби Вільсона — Коновалова.

Про ту ж саму яскраво виражену негативну асоційованість між ХВК та певними антропоморфологічними комплексами свідчать дані дослідження щодо палеоевропейського АТ, відносно широко представленого у деяких північних регіонах України (Полісся та Волинь) [11]. Частка представників цього типу у контрольній групі також виявилася чималою (22,00 %), тоді як у групі пацієнтів з ХВК він був зареєстрований лише у 2,99 % випадків. У разі палеоевропейського АТ рівень статистичної значущості цих розходжень є також надзвичайно високим і беззаперечно вказує на негативну асоційованість між палеоевропейським антропоморфологічним комплексом і наявністю ХВК. До цього варто додати, що обидва пацієнти — носії палеоевропейського АТ — походили з північних регіонів України, історичного ареалу концентрації популяцій з високою

його часткою, тому у цьому разі не можна відкидати й певного внеску чинника географічної обумовленості отриманих результатів.

Особливо важливими є результати, що стосуються так званих «мінорних» антропологічних комплексів, тобто тих АТ, які не складають помітного відсотку в жодному з регіонів країни і, відповідно у антропологічній структурі загальної популяції. Ці АТ також ніколи не були властивими для населення території України в історичній ретроспективі.

Вірогідні кількісні відмінності між основною та контрольною групою було виявлено стосовно представленості у їхній структурі атлантико-балтійського АТ (20,90 % та 6,00 %, відповідно; $p < 0,005$). Така велика кількість представників цього антропоморфологічного комплексу серед популяції пацієнтів з ХВК (2-й за кількістю носіїв АТ після середземноморського) підтверджує та посилює попередньо зроблений нами висновок про позитивну асоційованість атлантико-балтійського АТ з наявністю ХВК. Слід окремо зазначити, що 14 пацієнтів — носіїв цього АТ — походили з різних областей і представляли усі 5 великих регіонів України, тобто були географічно рівномірно розподілені, що дозволяє виключити вплив географічної складової і стверджувати, що, порівняно з усіма іншими АТ, атлантико-балтійський АТ разом із середземноморським є антропологічним комплексом, асоційованим з наявністю ХВК найбільш сильно.

Біломоро-балтійський антропологічний комплекс загалом не був властивим для відповідної структури населення компонентом у будь-якому регіоні України, за дуже рідкими винятками [11]. Однак, наразі його частка у загальній популяції дещо зросла, переважно внаслідок міграцій населення протягом останнього сторіччя, і він почав складати певний відсоток у деяких регіонах, насамперед східних та південних [13], про що свідчить і склад контрольної групи дослідження. На відміну від цієї групи, серед пацієнтів з ХВК носіїв біломоро-балтійського АТ не було виявлено взагалі (8,00 % та 0,00 %, відповідно; $p < 0,05$). Грунтуючись на цьому, можна припустити, що цей АТ також є найімовірніше негативно пов'язаним з наявністю ХВК у досліджуваній популяції.

У групі пацієнтів з ХВК було зафіксовано 5 носіїв (7,46 %) уралоїдного АТ, з історичного погляду, не притаманного для загальної популяції території сучасної України. Він є пов'язаним, передусім, з окремими невеликими групами, які мають відмінне від основної маси населення етногенетичне походження та складають практично зникаючий відсоток у його структурі, тому представники цього АТ були відсутніми у контрольній групі. Непропорційно велика кількість носіїв уралоїдного АТ у популяції пацієнтів з ХВК дозволяє припустити наявність позитивної асоційованості між цими ознаками. З другого боку, три з 5-ти пацієнтів з переважанням уралоїдного АТ мали загалом змішані антропологічні характеристики, і другим компонентом у них був компонент понтійських варіантів середземноморського АТ, який має дуже високий ступень позитивного зв'язку з наявністю ХВК. Можливо, саме цим компонентом і зумовлена наявність цих осіб в основній групі, тому для більш обґрунтованих висновків потрібно подальше розширення досліджуваної вибірки.

Завершуючи аналіз представленості у антропологічній структурі популяції з ХВК «мінорних» АТ, слід зазначити факт наявності в основній групі однієї особи

(1,49 %), що належала до арменоїдного АТ, також відсутнього у складі контрольної групи. У жодній з груп дослідження також не було зафіксовано осіб — носіїв індо-афганського АТ. Ці антропоморфологічні комплекси представлено у структурі загальної популяції вкрай малим відсотком, тому, на нашу думку, дійти висновку про асоційованість цих АТ з наявністю ХВК на матеріалі досліджуваної популяції дуже складно.

Окремо слід розглянути динарський антропоморфологічний комплекс, який за результатами аналізу посідає особливе місце у виявленому діапазоні від позитивної до негативної асоційованості різних АТ з наявністю ХВК. Він є єдиним з широко представлених у досліджуваній популяції АТ, для якого, незважаючи на його неабияку присутність у пацієнтів з ХВК, у структурі основної та контрольної груп не було зафіксовано вірогідних відмінностей (20,90 % та 12,00 %, відповідно). Навіть більше, за літературними даними, його поширеність серед українців сільської місцевості у середньому по країні складає також приблизно 12—14 % [11]. Отже, отримані дані вказують на те, що між динарським АТ та наявністю ХВК вірогідно не спостерігається ані позитивної, ані негативної асоційованості, хоча й є тенденція до більшої його представленості серед пацієнтів з ХВК порівняно із загальною популяцією.

Узагальнення отриманих під час проведення комплексного антропологічного обстеження пацієнтів з ХВК результатів підкріплює ще один висновок, зроблений нами раніше [8], який має дуже велике значення з погляду вивчення патогенезу хвороби Вільсона — Коновалова в аспекті довготривалого формування різних антропологічних варіантів людських популяцій. АТ, відповідно до загальноновизнаних морфологічних класифікацій, можна поділити за конституціональними характеристиками на дві великі групи [5]: доліхоморфні (зокрема, атлантико-балтійський, динарський, індо-афганський, середземноморський та ефіопідо-нічний) та брахіморфні АТ (альпійський, арменоїдний, біломоро-балтійський, палеоевропейський та уралоїдний). Хоча серед пацієнтів з ХВК було представлено по три АТ з кожної групи, під час аналізу за критерієм особливостей морфологічної конституції виявляється наявність надзвичайно різних морфоконституційних відмінностей антропологічної структури групи пацієнтів з ХВК і загальної популяції на дослідженій території (таблиця).

Розподіл пацієнтів з хворобою Вільсона — Коновалова та осіб контрольної групи за ознакою доліхо-/брахіморфності

Морфологічна група АТ	Основна група (n = 67)		Контрольна група (n = 50)	
	абс., осіб	% ± m%	абс., осіб	% ± m%
Доліхоморфна	59	88,06 ± 3,99****	19	38,00 ± 6,93
Брахіморфна	8	11,94 ± 4,99****	31	62,00 ± 6,93

Примітка: **** — $p < 0,00001$

Серед досліджених осіб контрольної групи здебільшого (62,00 %) переважають носії брахіморфних антропоморфологічних комплексів, що повністю узгоджується з літературними даними, за якими приблизно 70—80 % сільського українського населення входило саме до цієї морфологічної групи АТ [11, 12].

Натомість, серед пацієнтів з ХВК абсолютно домінують особи, що є носіями одного з АТ доліхоморфної групи (88,06 %). Отже, отримані дані дозволяють дійти обґрунтованого висновку про міцну позитивну асоційованість цієї спадкової патології з тими популяціями населення, антропологічною базою яких були доліхоморфні антропоморфологічні комплекси. Спираючись на теорії антропогенезу, які постулюють ближчу спорідненість кожної із двох морфоконституційних груп АТ між собою на ґрунті спільного походження, можна висунути припущення, що носійство хвороби Вільсона — Коновалова історично було пов'язане саме з доліхоморфними популяціями, і передається переважно всередині них.

Більш ранніми дослідженнями продемонстровано, що важливим аспектом для аналізу антропоморфологічних характеристик пацієнтів, зокрема з психоневрологічними патологіями, який обов'язково потрібно брати до уваги, є включення до цього аналізу гендерної складової [13]. Отримані дані внаслідок невеликого розміру загальної вибірки та водночас великої кількості підгруп аналізу не дозволяють зробити достатньо статистично обґрунтованих висновків. Утім, навіть у такому обсязі вони свідчать про наявність чималих розходжень між антропоморфологічною структурою чоловічої і жіночої підгруп пацієнтів з ХВК, і ці відмінності мають як якісний, так і кількісний характер (рис. 2).

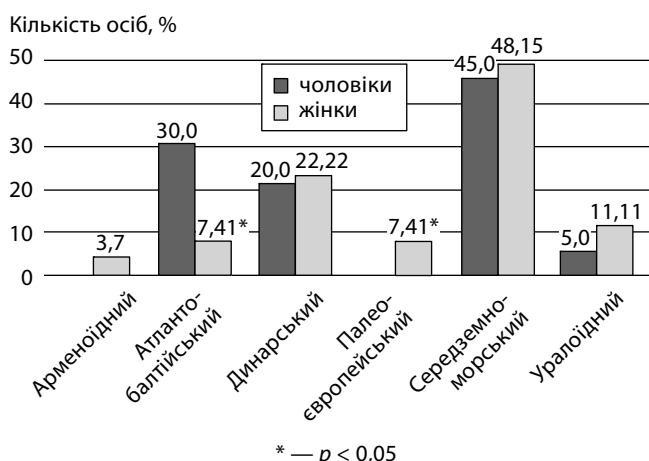


Рис. 2. Розподіл пацієнтів з хворобою Вільсона — Коновалова за антропоморфологічними характеристиками та статтю (%)

Якісною особливістю підгрупи пацієнтів-чоловіків з ХВК був високий рівень її антропоморфологічної консолідованості порівняно з відповідною підгрупою жінок. Із наявних в основній групі 6-ти АТ серед чоловіків з ХВК було представлено лише чотири АТ, і три з них належали до найбільш властивих для групи пацієнтів з ХВК загалом антропоморфологічних комплексів, а ступінь їх представленості повністю збігався зі ступенем позитивної асоційованості кожного АТ з наявністю ХВК за даними аналізу. Здебільшого пацієнти з ХВК чоловічої статі (95,00 %) становили доліхоморфну групу АТ, яка з надзвичайно високою вірогідністю асоціюється з цією патологією. Ще 2 пацієнти (5,00 %) мали домінуючі характеристики уралоїдного АТ, але саме у них надзвичайно вираженим був другий антропологічний компонент середземноморського АТ. Тому є велика ймовірність, що наявність ХВК у цих

двох осіб може бути пов'язаною саме з цим АТ, хоча підтвердити або спростувати це припущення у межах дослідженої вибірки неможливо. Отже, підгрупа чоловічої статі основної групи найкраще відображає усі антропоморфологічні особливості, притаманні групі пацієнтів з ХВК загалом.

На відміну від чоловіків, для підгрупи пацієнтів з ХВК жіночої статі була властивою більша антропоморфологічна різноманітність (представлено усі шість АТ, зареєстрованих у групі пацієнтів з ХВК). При переважанні пацієнок — носіїв середземноморського АТ (48,15 %) кількісний розподіл за різними антропоморфологічними типами всередині підгрупи жінок був також більш збалансований, ніж у чоловіків. Варто підкреслити, що носії усіх невластивих для популяції з ХВК АТ опинилися саме в складі підгрупи пацієнток жіночої статі. Що стосується загальної пропорції представленості доліхо- та брахіморфних АТ, то серед жінок ці показники склали 77,78 % та 22,22 %, відповідно, що істотно відрізняється від такої пропорції серед чоловіків.

Були зареєстровані і певні кількісні відмінності з погляду представленості певних антропоморфологічних типів всередині кожної з гендерних підгруп. Зокрема, у підгрупі чоловіків порівняно із жінками була вірогідно вищою частка осіб — носіїв атлантико-балтійського АТ (30,00 % та 7,41 %, відповідно; $p < 0,05$), що дозволяє припустити, що чоловіча стать для цього АТ є додатковим чинником, що позитивно асоціюється з наявністю ХВК. Кількість представників інших властивих для популяції з ХВК загалом АТ була приблизно однаковою в обох підгрупах (45,00 % та 48,15 % для середземноморського АТ і 20,00 % та 22,22 % для дніпровського АТ), це ж, хоча і меншою мірою, стосувалося і носіїв уралоїдного АТ (5,00 % та 11,11 %). Серед жінок також виявлено 2 носії палеоєвропейського типу (7,41 %) при відсутності таких серед чоловіків ($p < 0,05$). Описані особливості свідчать про велике значення гендерної складової під час дослідження антропоморфологічних характеристик, асоційованих з наявністю ХВК, та про необхідність подальших досліджень у цьому напрямку, передусім шляхом накопичення більш великих вибірок пацієнтів.

Отже, результати дослідження переконливо підтверджують існування міцного зв'язку між фенотипічними характеристиками людини (сформованими у вигляді сталого антропоморфологічного комплексу ознак, або антропологічного типу) та наявністю хвороби Вільсона — Коновалова. На базі виконаного аналізу для досліджуваної популяції можна побудувати спектр ступеня асоційованості основних АТ з ризиком ХВК. Позитивна асоційованість характеризує середземноморський АТ та атлантико-балтійський АТ (дуже високий ступінь), при цьому для осіб — носіїв атлантико-балтійського АТ додатковим позитивним чинником, пов'язаним з хворобою Вільсона — Коновалова, є чоловіча стать. Помірний ступінь позитивної асоційованості можна припустити для уралоїдного АТ. Нейтральна асоційованість є властивою для дніпровського АТ. Негативна асоційованість з ХВК притаманна біломорфно-балтійському АТ (помірний ступінь), палеоєвропейському АТ (високий ступінь) та альпійському АТ (дуже високий ступінь). Зазначені особливості треба зважати як допоміжний діагностичний критерій під час обстеження хворих та проведення диференціальної діагностики у разі підозри на наявність ХВК.

Список літератури

1. Волошин-Гапонов І. К. Сучасні уявлення про етіологію та патогенез хвороби Вільсона — Коновалова // Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20, вип. 3 (72). С. 19—21.
2. Надирова К. Д., Аринова А. А. Болезнь Вильсона. Современные аспекты, анализ клинического опыта. СПб. : С.-петерб. мед. изд-во, 2001. 126 с.
3. Cox D. W., Fraser F. C., Sass-Kortsak A. A genetic study of Wilson's disease: evidence for heterogeneity // Am. J. Hum. Genetics. 1972. Vol. 24. P. 646—666.
4. Хрисанфова Е. Н., Перевозчиков И. В. Антропология. М. : Изд-во МГУ, 1991. 320 с.
5. Морфология человека. 2-е изд., перераб., доп. / под ред. Б. А. Никитюка, В. П. Чтецова. М. : Изд-во МГУ, 1990. 344 с.
6. Бунак В. В. Антропометрия. Практический курс. М. : «Учпедгиз», 1941. 367 с.
7. Kutikov O. Ye., Voloshyn-Gaponov I. K. The role of a physical anthropological factor in epidemiology of Wilson's disease // Український вісник психоневрології. 2014. Т. 22, вип. 4 (81). С. 33—37.
8. The physical anthropological factor in diagnosis of Wilson's disease / I. V. Bogdanova, O. Ye. Kutikov, N. P. Voloshyna, I. K. Voloshyn-Gaponov. In : Abstr. of 3rd Congr. of Eur. Acad. of Neurol. (Amsterdam, The Netherlands, June 24—27, 2017) // Eur. J. Neurol. 2017. Vol. 24, S. 1. P. 431.
9. Паттерны ЭЭГ при болезни Вильсона — Коновалова у пациентов с различными антропоморфологическими характеристиками / И. Н. Нишкишова, И. К. Волошин-Гапонов, А. Е. Кутиков, Л. П. Забродина // Медицина сьогодні і завтра. 2015. № 3 (68). С. 93—98.
10. Нишкишова И. Н., Кутиков А. Е., Волошин-Гапонов И. К. Особенности функциональной активности головного мозга при болезни Вильсона — Коновалова у пациентов с различными антропоморфологическими характеристиками // Эксперимент. і клін. медицина. 2016. № 1 (70). С. 120—126.
11. Дяченко В. Д. Антропологічний склад українського народу. К. : Наукова думка, 1965. 126 с.
12. Сегеда С. П. Антропологічний склад українського народу: етногенетичний аспект : автореф. дис. на здобуття наукового ступеня д-ра істор. наук : 07.00.05, 03.00.14 / Сегеда Сергій Петрович ; Інститут мистецтвознавства, фольклористики та етнології ім. М. Т. Рильського НАН України. К., 2002. 35 с.
13. Кутиков О. Є. Антропологічний чинник у формуванні невротичних розладів: постановка проблеми та дослідження популяції Харківського регіону // Експеримент. і клін. медицина. 2015. № 1 (66). С. 130—139.

Надійшла до редакції 10.01.2019 р.

КУТІКОВ Олександр Євгенович, кандидат біологічних наук, старший науковий співробітник; Учений секретар Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: akutikov@ukr.net

KUTIKOV Oleksandr, MSc, PhD (Biological Sciences), Associate Professor; Academic Secretary of the "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" State Institution, Kharkiv, Ukraine; e-mail: akutikov@ukr.net

Т. С. Міщенко, В. М. Міщенко, І. В. Здесенко
**ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ
 НА ФОНІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ**

Т. С. Мищенко, В. Н. Мищенко, И. В. Здесенко
Лечение больных с дисциркуляторной энцефалопатией на фоне метаболического синдрома

T. S. Mishchenko, V. M. Mishchenko, I. V. Zdesenko
Treatment of patients with dyscirculatory encephalopathy on a background of metabolic syndrome

Статтю присвячено дослідженню динаміки змін неврологічного та когнітивного статусу у пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією на фоні метаболічного синдрому. Показано, що лікування препаратом Мемокор дозволяє вірогідно прискорити відновлення порушених неврологічних функцій, підвищити показники повсякденної життєвої активності, поліпшити стан когнітивних функцій. Застосування препарату Мемокор є безпечним і може бути рекомендовано в реабілітації пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією на фоні метаболічного синдрому для більш повного і швидкого їх функціонального відновлення.

Ключові слова: дисциркуляторна енцефалопатія, метаболічний синдром, реабілітація, Мемокор

Статья посвящена исследованию динамики изменений неврологического и когнитивного статуса у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией на фоне метаболического синдрома. Показано, что лечение препаратом Мемокор позволяет достоверно ускорить восстановление нарушенных неврологических функций, повысить показатели повседневной жизненной активности, улучшить состояние когнитивных функций. Применение препарата Мемокор является безопасным и может быть рекомендовано в реабилитации пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией на фоне метаболического синдрома для более полного и быстрого их функционального восстановления.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, метаболический синдром, реабилитация, Мемокор

The article is devoted to investigations of dynamics of neurological and cognitive status changes in patients with dyscirculatory encephalopathy on a background of metabolic syndrome. It was demonstrated, that therapy with Memokor enables to fasten significantly recovery of impaired neurological functions, to improve parameters of daily life activities, to ameliorate cognitive functioning. Usage of Memokor is safe and might be recommended for rehabilitation of patients with dyscirculatory encephalopathy on a background of metabolic syndrome for their more complete and rapid functional recovery.

Key words: dyscirculatory encephalopathy, metabolic syndrome, rehabilitation, Memokor

Цереброваскулярна патологія є найбільш поширеною в сучасному світі. У популяції збільшується кількість не тільки гострих, але і хронічних порушень мозкового кровообігу, які передують мозковим інсультам і часто призводять до розвитку судинної деменції.

Проблема судинних захворювань головного мозку є дуже актуальною для України. За даними офіційної статистики МОЗ України, 2016 року було зареєстровано 2 528 013 хворих з цереброваскулярною патологією, що на 100 тис. населення становить 7 227,7 випадків.

Найбільш вагомий внесок у розвиток цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) вносить артеріальна гіпертензія (АГ). Майже 62 % всіх ЦВЗ зумовлено АГ. Серед усіх форм ЦВЗ найбільш поширеною є дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ), яка становить 90 % в структурі захворюваності на ЦВЗ [1].

Згідно з сучасними даними, ДЕ є синдромом багатовогнищового або дифузного ураження головного мозку, що проявляється неврологічними, нейропсихологічними і/або психічними порушеннями, зумовленим хронічною судинною мозковою недостатністю і/або повторними епізодами гострих порушень мозкового кровообігу [2].

Облігатними ознаками ДЕ, крім неврологічних розладів, є когнітивні порушення (зниження уваги, концентрації, переключення, оперативної пам'яті, розумової працездатності, інтегративної сенсомоторної активності та ін.) [2—4]. Наслідками ДЕ, які істотно обмежують життєдіяльність і чинять негативний вплив на якість життя пацієнтів, є мозкові інсульти і судинна деменція [2—5]. Тому ДЕ становить найважливішу медичну і соціальну проблему.

В останні роки як фактору ризику розвитку цереброваскулярних порушень все більше уваги надають

метаболічному синдрому (МС) [6]. У поняття МС входить сукупність факторів ризику серцево-судинних захворювань, об'єднаних загальною патогенетичною складовою — інсулінорезистентністю.

Неврологічні ускладнення МС часто мають субклінічний перебіг, особливо на ранніх стадіях, що ускладнює діагностику і сприяє їх прогресуванню. За даними низки досліджень показано, що МС підвищує ризик цереброваскулярної та кардіоваскулярної патології приблизно в два, а ризик смертності — в півтора рази, при цьому відсутність цукрового діабету (ЦД) 2 типу не виключає ризик розвитку судинної патології [7].

МС і його компоненти, особливо підвищений артеріальний тиск і гіперглікемія, зумовлюють підвищений ризик розвитку ДЕ й інсульту в популяції. Імовірність розвитку інсульту в осіб з МС у 2,4 рази вище порівняно з особами без нього. Серед хворих з ішемічним інсультом зустрічальність МС становить від 40 до 50 % [8]. Когнітивні порушення у пацієнтів з МС спостерігаються на 20 % частіше, ніж у загальній популяції, а розвиток судинних ускладнень потенціує їх прогресування [9].

Отже, полікомпонентність МС зумовлює високий ризик розвитку цереброваскулярної патології.

Для уповільнення прогресування судинного ураження головного мозку та інших неврологічних проявів у хворих на МС очевидна необхідність розроблення заходів метаболічної «реабілітації», спрямованих на корекцію комплексу порушень гомеостазу — порушень жирового і вуглеводного обміну, інсулінорезистентності, а також на корекцію змін гемореології та гемостазу.

Отже, вивчення проблеми цереброваскулярних порушень на тлі МС, розроблення методів їх профілактики та лікування — є одним з пріоритетних напрямків сучасної медицини.

Чимала поширеність ЦВЗ, зокрема в осіб молодого віку, зростання алергізації населення, наявність небажаних побічних ефектів при застосуванні фармакологічних препаратів, збільшення їх вартості зумовлюють актуальність широкого використання в медичній практиці лікарських препаратів з рослинної сировини. Саме в фітопрепаратах біологічно активні речовини рослин надають найбільш сприятливу комплексну дію на організм людини. До таких комплексних препаратів рослинного походження належить досліджуваний препарат Мемокор, капсули (ТОВ «Валартін фарма», Україна).

Мемокор, капсули (ТОВ «Валартін фарма», Україна) — препарат, який об'єднує комплекс натуральних біологічно активних речовин рослинного походження і пірацетам, які активізують розумову діяльність і сприяють нормалізації функціонального стану серцево-судинної системи. Стабільну активність Мемокору забезпечує використання стандартизованих екстрактів екологічно чистих лікарських рослин виробництва «Naturex S.A.» (Франція): глоду, кореня пуерарії і листя гінкго білоба.

Екстракт глоду містить більше як 15 видів флавоноїдів: гіперозид, кверцетин, вітексин та інші. Гіперозид глоду, порівняно з гіперозидами інших рослин, забезпечує більш виражену кардіотонічну дію. Екстракт глоду сприяє нормалізації серцевого ритму, знижує збудливість нервової системи, надає антиатеросклеротичну, спазмолітичну і антиоксидантну дію, посилює енергетичний обмін міокарда та головного мозку завдяки підвищенню утилізації глюкози та використанню кисню.

Екстракт кореня пуерарії містить пуерарин, який належить до ізофлавоноїдів і рідко міститься в складі інших рослин. Пуерарин підсилює мозковий кровообіг, знижує вміст вільних радикалів, має протизапальну і нейропротекторну дію. Пуерарин і інші ізофлавоноїди екстракту пуерарії виявляють судинорозширювальний ефект на коронарні артерії і артеріоли мозку, мають гіпотензивні властивості, сприяють попередженню проявів ішемії міокарду.

Екстракт листя гінкго білоба містить більше як 40 біологічно активних речовин: флавоноїди, терпени, органічні кислоти, амінокислоти, гінголеві кислоти, вітаміни, мікроелементи та інші. Гінгозиди підсилюють мікроциркуляторні процеси в тканинах мозку, поліпшують обмін речовин, стимулюють активність нервових клітин, надають нейропротекторну дію. Екстракт листя гінкго білоба поліпшує церебральний кровообіг, впливає на реологічні властивості крові, має антигіпоксичну та антиоксидантну дію.

Крім того, екстракт листя гінкго білоба запобігає ослабленню пам'яті, розумової діяльності і здатності до адаптації, його застосовують у лікуванні тривожних розладів.

Пірацетам є ноотропним засобом, який активізує функції головного мозку — підвищує інтелект, здатність до засвоєння знань, поліпшує пам'ять і концентрацію уваги, полегшує обмін інформацією між півкулями головного мозку, сприяє уповільненню процесів старіння і зменшенню вираженості погіршення розумових здібностей, підвищує стійкість до впливу на мозок небезпечних факторів. Важливим є те, що пірацетам не чинить токсичної і психотропної побічної дії.

Мемокор завдяки синергічній дії біологічно активних компонентів, які входять до його складу, сприяє підвищенню функціональної активності головного мозку, зокрема посиленню когнітивної функції, а також нормалізує діяльність серцево-судинної системи.

Мемокор сприяє:

— поліпшенню мозкового кровообігу, збільшенню утилізації кисню і засвоєння глюкози клітинами головного мозку, особливо при судинній недостатності та ішемії мозку;

— поліпшенню пам'яті, здатності до навчання, концентрації уваги, підвищенню розумової і фізичної працездатності, уповільненню втрати пам'яті з віком, нормалізації порушення сну;

— підвищенню кровопостачання серцевого м'яза, його скорочувальної і насосної функції, нормалізації артеріального тиску і частоти серцевих скорочень, поліпшенню кровообігу в кінцівках, запобіганню тромбозів судин, діабетичних ускладнень і вегетосудинних проявів;

— підвищенню життєздатності мозку, серця і судин в умовах гіпоксії, інтоксикації, стресу, перенавантажень.

З урахуванням вищевикладеного становило інтерес вивчення клінічної ефективності, переносимості препарату Мемокор у хворих з цереброваскулярними порушеннями на тлі МС.

Метою цього дослідження була оцінка ефективності та переносимості препарату Мемокор, капсули (ТОВ «Валартін фарма», Україна) у пацієнтів з ДЕ II стадії на тлі МС.

Для здійснення поставленої мети і завдань були застосовані такі методи: загальноклінічні, клініко-неврологічні з оцінкою загального клінічного враження за шкалами CGI-S та CGI-I, психодіагностичні (шкала MMSE), клініко-лабораторні, статистичні.

Для проведення дослідження були відібрані 60 пацієнтів обох статей у віці від 35 до 75 років із ДЕ II стадії на тлі МС, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні судинної патології головного мозку і реабілітації ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України».

З усіх обстежуваних було 33 жінки (55 %) і 27 чоловіків (45 %). За характером судинного захворювання у 36 хворих діагностовано гіпертонічну хворобу, у 14 — атеросклероз, у решти 10 — поєднання гіпертонічної хвороби з атеросклерозом.

Усі хворі страждали на цукровий діабет (ЦД) 2 типу. Також в усіх хворих виявлені: абдомінальне ожиріння, дисліпідемія, ішемічна хвороба серця, ознаки ендотеліальної дисфункції.

Усі пацієнти, які брали участь в дослідженні, методом простої рандомізації в співвідношенні 1:1 були поділені на дві групи — основну і контрольну, по 30 осіб у кожній.

Групи хворих були однорідними за віком (середній вік хворих становив в основній групі $(53,8 \pm 6,2)$ роки, в контрольній — $(54,2 \pm 5,8)$ років), статтю, масою тіла, вираженістю суб'єктивної та об'єктивної неврологічної симптоматики (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл хворих за статтю, віком і масою тіла

Показник	Основна група	Контрольна група
Кількість хворих	30	30
Чоловіки	14 (53 %)	13 (43 %)
Жінки	16 (47 %)	17 (57 %)
Вік, роки	$53,8 \pm 6,2$	$54,2 \pm 5,8$
Маса тіла, кг	$79,1 \pm 12,12$	$78,7 \pm 13,11$

Найбільш істотними і поширеними скаргами у хворих були: головний біль («стягує голову»), часто пов'язаний з коливаннями артеріального тиску, відчуття тяжкості, шум у голові, запаморочення, хиткість при ходьбі («земля йде з-під ніг»), зниження пам'яті, уваги, працездатності, зміни настрою, підвищена дратівливість, стомлюваність («швидке настання втоми після невеликих навантажень»). Пацієнти скаржилися на неухвалюваність, уповільнення кмітливості, вказували, що їм «важко зібратися з думками». Вираженість скарги відповідала 2—3 балам («висока» вираженість симптому — 3 бали, «середня» — 2 бали, «слабка вираженість» — 1 бал, «відсутність ознаки» — 0 балів).

Погіршення загального самопочуття супроводжувалося погіршенням сну: труднощі засипання, неспокійний сон з частими пробудженнями, страхітливими сновидіннями, раннім і остаточним пробудженням, відсутністю відчуття відпочинку після сну.

Під час об'єктивного дослідження в усіх хворих встановлено дифузну органічну симптоматику в поєднанні з вогнищевими розладами. Превалювали окорухові порушення: слабкість конвергенції, обмеження погляду вгору, недостатність відвідних нервів.

У хворих виявлялися асиметрія лицьової мускулатури, ністагм при крайніх відведеннях, порушення статичної і координації, рухові (різного ступеня вираженості), чутливі, тонусні порушення, анізорефлексія. Виявлялася група симптомів: зниження корнеальних рефлексів, набряклість язика з відбитками зубів, болючість очних яблук при натисканні, які розцінювалися як непрямі ознаки лікворної гіпертензії. Крім того, у хворих виявлялися рефлекс орального автоматизму, патологічні знаки.

Аналіз суб'єктивної і об'єктивної неврологічної симптоматики дозволив виокремити провідні клінічні синдроми: цефалгічний (93,3 %), вестибуло-атактичний (86,7 %), лікворно-гіпертензійний (50—53,3 %), астеничний (93,3 %), когнітивних порушень (90—93,3 %).

Цефалгічний синдром характеризувався вираженістю, монотонністю і одноманітністю головного болю,

іноді тільки в одній половині голови, але частіше без чіткої локалізації.

Вестибуло-атактичний синдром характеризувався запамороченнями, хиткістю при ходьбі, які посилювалися при погляді на рухомі предмети і змінах положення тіла. Синдром супроводжувався порушеннями статичної і координації, атаксією в пробі Ромберга.

Лікворно-гіпертензійний синдром характеризувався стійким головним болем розпираючого характеру, з почуттям тиску на очні яблука, нудотою, і зумовлював розвиток і посилення неврологічної симптоматики вторинного ствольного характеру — окорухові порушення, пірамідні знаки, патологічні рефлексі, псевдобульбарні порушення. Наявність гіпертензійного синдрому підтверджувалася даними обстеження очного дна, даними комп'ютерної томографії, непрямими електроенцефалографічними ознаками та ультразвуковою доплерографією.

Астеничний синдром був представлений переважно у вигляді вираженого компонента фізичної і психічної стомлюваності і зниженням сенсорної толерантності.

Когнітивні порушення різного ступеня вираженості спостерігалися у 90,0—93,3 % хворих.

За шкалою загального клінічного враження щодо тяжкості захворювання (CGI-S) стан хворих було кваліфіковано як пограничний розлад у 9 пацієнтів основної групи і 10 — контрольної, а в інших спостереженнях (21 пацієнт основної групи, 20 пацієнтів — контрольної) — як «легке захворювання».

Всі пацієнти, включені в дослідження, отримували стандартну базисну терапію, на тлі якої пацієнти основної групи застосовували досліджуваний препарат Мемокор, капсули (ТОВ «Валартін фарма», Україна) по 1 капсулі за 10—15 хвилин до їди 2 рази на день.

Тривалість лікування для всіх досліджуваних становила 4 тижні.

Динаміку суб'єктивної неврологічної симптоматики та вираженості провідних неврологічних синдромів у досліджених хворих до і після лікування подано в табл. 2—4.

Таблиця 2. Динаміка суб'єктивної неврологічної симптоматики у досліджених хворих до та після лікування

Симптом	Основна група				Контрольна група			
	до лікування		після лікування		до лікування		після лікування	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Головний біль	28	93,3	10	33,3*	27	90,0	16	53,3
Запаморочення	26	86,7	12	40,0*	25	83,3	16	53,3
Хиткість при ходінні	26	86,7	10	33,3*	26	86,7	16	53,3
Оніміння у кінцівках	13	43,3	9	30,0	10	33,3	7	23,3
Порушення сну	20	66,6	7	23,3*	24	80,0	16	53,3
Дратівливість, зниження настрою	23	76,6	5	16,7*	22	73,3	16	53,3
Порушення пам'яті, уваги, мислення	27	90,0	8	26,7*	28	93,3	18	60,0
Астенична симптоматика	28	93,3	6	20,0*	28	93,3	18	60,0

Примітка. Тут і далі: * — $p < 0,05$ між результатами до лікування та після лікування

Як видно з таблиць, синдромальна структура, характер і вираженість неврологічної симптоматики у хворих обох груп до початку лікування були практично ідентичними, кількісно подібними. Пацієнти як основної, так і контрольної груп оцінювали ви-

раженість досліджуваних показників як «висока» (3 бали) і «середня» (2 бали). На момент включення в дослідження ніхто з хворих не оцінював клінічні симптоми як «слабка вираженість» (1 бал) або «відсутність ознаки» (0 балів).

Таблиця 3. Динаміка вираженості клінічної симптоматики у досліджених хворих до та після лікування

Симптом	Вираженість симптому, бали			
	Основна група		Контрольна група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Головний біль	2,92 ± 0,32	1,08 ± 0,05*	2,95 ± 0,31	1,90 ± 0,09
Відчуття тяжкості в голові	2,96 ± 0,20	0,95 ± 0,08*	2,94 ± 0,22	1,95 ± 0,09
Запаморочення	2,87 ± 0,34	1,25 ± 0,02*	2,77 ± 0,26	2,08 ± 0,08
Хиткість при ходінні	2,88 ± 0,33	0,98 ± 0,07*	2,92 ± 0,30	1,72 ± 0,09
Шум в голові і вухах	2,87 ± 0,34	0,85 ± 0,05*	2,80 ± 0,29	1,72 ± 0,06
Підвищена стомлюваність	2,84 ± 0,37	0,72 ± 0,28*	2,90 ± 0,27	1,56 ± 0,10
Порушення пам'яті	2,81 ± 0,39	0,91 ± 0,09*	2,78 ± 0,40	2,01 ± 0,09
Порушення уваги	2,72 ± 0,45	0,72 ± 0,08*	2,76 ± 0,45	2,09 ± 0,09
Порушення сну	2,61 ± 0,49	0,62 ± 0,09*	2,70 ± 0,45	1,92 ± 0,09

Таблиця 4. Динаміка вираженості провідних неврологічних синдромів у досліджених хворих до та після лікування

Синдроми	Основна група				Контрольна група			
	до лікування		після лікування		до лікування		після лікування	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Цефалгічний	28	93,3	10	33,3*	27	90,0	16	53,3
Лікворно-гіпертензійний	16	53,3	9	30,0	15	50,0	10	33,3
Вестибуло-атактичний	26	86,7	10	33,3*	26	86,7	12	40,0*
Астенічний	28	93,3	6	20,0*	28	93,3	18	60,0
Когнітивних порушень	27	90,0	8	26,7*	28	93,3	18	60,0

В процесі дослідження під впливом терапії у хворих основної та контрольної груп відбувалися односпрямовані позитивні зміни. Однак, у пацієнтів основної групи під впливом лікування препаратом Мемокор набагато зменшувалися обсяг скарг, показники суб'єктивної і об'єктивної неврологічної симптоматики.

Наприкінці лікування пацієнти основної групи давали оцінку вираженості досліджуваних ознак, переважно, як «слабка» (1 бал) або «відсутність ознаки» (0 балів). «Високого» ступеня вираженості ознаки наприкінці курсу лікування ніхто з пацієнтів основної групи не вказував. Пацієнти контрольної групи, завершивши лікування, вираженість ознак здебільшого оцінювали як «середнього» ступеня (2 бали).

Під впливом лікування препаратом Мемокор відбувалася статистично значуща позитивна динаміка у відновленні когнітивних функцій і послабленні астенічної симптоматики. Пацієнти констатували зменшення стомлюваності, поліпшення нічного сну, зростання активності і працездатності (пацієнти вказували, що

«в голові прояснилося», «додалося сил»). Поряд з редукцією астенічних розладів, відновленням емоційної стійкості осіб, які отримували Мемокор, позитивну динаміку у них зазнавали і порушення когнітивного функціонування. Поліпшувалася концентрація уваги, зменшувалася загальмованість, прискорювався темп психічної діяльності, що відбивалося в кращих показниках за шкалою MMSE (табл. 5).

Під час первинного психодіагностичного дослідження загальний показник за шкалою MMSE у пацієнтів основної та контрольної груп не відрізнявся, становив (25,3 ± 2,2) балів з 30 можливих, і відповідав переддементним когнітивним порушенням.

Спостерігалися звуження обсягу вербальної пам'яті — (4,6 ± 0,9) в основній і (4,7 ± 0,3) в контрольній групі, порушення рахункових операцій — (3,8 ± 0,2) бали в основній і (4,0 ± 0,8) балів у контрольній, перцептивно-гностичних функцій — (7,8 ± 0,3) бали в основній і (7,3 ± 0,4) бали у контрольній, орієнтації — (9,1 ± 0,8) балів в основній і (9,3 ± 0,7) балів у контрольній (див. табл. 5).

Таблиця 5. Динаміка показників продуктивності когнітивних функцій у досліджених хворих до і після лікування (за шкалою MMSE)

Показник (в балах)	Основна група		Контрольна група	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
Орієнтація (max 10 балів)	9,1 ± 0,8	9,7 ± 0,3	9,3 ± 0,7	9,6 ± 0,4
Пам'ять (max 6 балів)	4,6 ± 0,9	5,3 ± 0,7*	4,7 ± 0,3	4,9 ± 0,3
Рахункові операції (max 5 балів)	3,8 ± 0,2	4,6 ± 0,4*	4,0 ± 0,8	4,3 ± 0,2
Перцептивно-гностичні функції (max 9 балів)	7,8 ± 0,3	8,8 ± 0,2*	7,3 ± 0,4	7,5 ± 0,3
Загальний показник когнітивної продуктивності (max 30 балів)	25,3 ± 2,2	28,4 ± 1,6*	25,3 ± 2,2	26,3 ± 0,5

Аналіз динаміки когнітивних функцій в процесі лікування хворих показав, що у пацієнтів основної групи, які вживали Мемокор, відбувалося статистично значуще поліпшення всіх показників когнітивної сфери (пам'яті, уваги, орієнтації, рахункових функцій). У цих хворих після лікування загальний показник когнітивної продуктивності збільшився на 3 бали і склав ($28,4 \pm 1,6$) балів, що відповідало відсутності когнітивних порушень. У пацієнтів контрольної групи динаміка показників когнітивної сфери була несуттєвою, показник когнітивної продуктивності за шкалою MMSE збільшився лише на 1 бал і становив ($26,3 \pm 0,5$) балів, що відповідало переддементним когнітивним порушенням.

Отже, динаміка показників продуктивності когнітивних функцій (за шкалою MMSE) у хворих, які отримували Мемокор, перевищувала таку у пацієнтів контрольної групи.

Наприкінці лікування (через 4 тижні) загальна частота поліпшення різного ступеня вираженості (шкала CGI-I) становила в основній групі 100 %, в контрольній — 73,3 %. У пацієнтів, які отримували Мемокор, помірне поліпшення спостерігалось у 73,3 %, виражене поліпшення було встановлено у 16,7 %, мінімальне поліпшення — в 10,0 % випадків.

У пацієнтів контрольної групи помірне поліпшення зафіксовано у 43,3 % хворих, виражене поліпшення — лише у 10,0 %, мінімальне поліпшення — в 20,0 % випадків. У 26,7 % пацієнтів цієї групи стан не змінився (рисунок).

Кількість пацієнтів, %



Ефективність лікування у досліджуваних хворих за шкалою CGI-I

Огляд та опитування пацієнтів основної та контрольної груп в процесі клінічного дослідження не виявили будь-яких скарг, неочікуваних побічних реакцій, ускладнень або непереносимості. Жоден з пацієнтів в обох порівнюваних групах не пред'являв скарг і не відчував будь-яких неприємних відчуттів.

Призначення протягом чотирьох тижнів препарату Мемокор не виявило жодного впливу на показники морфологічного складу периферичної крові, на рівні її основних біохімічних констант і не відбилося на показниках клінічного аналізу сечі. Узагальнена оцінка показників переносимості препарату Мемокор відповідно характеризувалася як «хороша» в усіх пацієнтів основної групи.

Виходячи з отриманих результатів, згідно з Протоколом дослідження, проведена підсумкова оцінка ефективності препарату Мемокор.

В процесі лікування препаратом Мемокор встановлено позитивну динаміку психічного стану хворих

загалом і когнітивних функцій зокрема. Отримано статистично вірогідне зменшення астеничних порушень, збільшення показників когнітивної продуктивності. Після лікування загальний показник когнітивної продуктивності (за шкалою MMSE) склав ($28,4 \pm 1,6$) балів, збільшуючись більш ніж на 3 бали, що відповідало відсутності когнітивних порушень. Загальна частота поліпшення різного ступеня вираженості (шкала CGI-I) склала у пацієнтів основної групи 100 %, виражене поліпшення встановлено в 16,7 % випадків.

Отримані дані дозволяють оцінити препарат Мемокор як ефективний в лікуванні пацієнтів з ДЕ II стадії на тлі МС, його ефективність перевищує таку при лікуванні пацієнтів із застосуванням тільки базисної терапії.

Результати проведених досліджень дозволяють рекомендувати препарат Мемокор не тільки для лікування хворих з ДЕ II стадії на тлі МС, але і для редукції астеничних розладів, уповільнення темпів прогресування дементувального процесу.

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

Препарат Мемокор, капсули, виробництва ТОВ «Валартін фарма», Україна є ефективним засобом для лікування хворих з ДЕ II стадії на тлі МС.

Препарат Мемокор добре переноситься пацієнтами і не спричиняє побічних ефектів при призначенні його по 1 капсулі за 10—15 хвилин до їди 2 рази на день протягом 4-х тижнів.

Мемокор позитивно впливає як на загальний клінічний стан, так і на клініко-неврологічні симптоми і когнітивне функціонування.

У пацієнтів з ДЕ II стадії на тлі МС лікування з застосуванням препарату Мемокор у поєднанні з базисною терапією є більш ефективним, ніж в групі хворих, які приймають тільки препарати базисної терапії, про що свідчить позитивна динаміка показників загального клінічного враження і когнітивних функцій.

Ефективність та безпечність препарату Мемокор, капсули, виробництва ТОВ «Валартін фарма», Україна, визначають перспективу більш широкого використання його в медичній практиці, не тільки для лікування хворих з ДЕ II стадії на тлі МС, але і для редукції астеничних розладів, уповільнення темпів прогресування дементувального процесу.

Список літератури

1. Міщенко Т. С. Стан неврологічної служби в Україні в 2016 році. Х., 2017. 22 с.
2. Дамулін І. В., Захаров В. В. Дисциркуляторная энцефалопатия : методические рекомендации. М., 2000. 20 с.
3. Трещинская М. А. Теоретические и практические аспекты применения L-аргинина с целью профилактики cerebrovascularной патологии // Укр. мед. часопис. 2011. С. 1—12.
4. Сторожаков Г. И., Федотова Г. С., Червякова Ю. Б. Эндотелиальная дисфункция при артериальной гипертензии // Лечебное дело. 2005. № 4. С. 58—64.
5. Коноплева Л. Ф. Эндотелиальная дисфункция в патогенезе сердечно-сосудистых заболеваний и методы ее коррекции // Терапия. 2011. № 3 (56). С. 26—30.
6. Клінічні особливості перебігу гострих порушень мозкового кровообігу у хворих з метаболічним синдромом / Т. І. Насонова, В. Л. Весельський, В. Ю. Крилова, Г. В. Горева // Международный неврологический журнал. 2008. № 1. С. 51—53.
7. Стронгина М. Л. Клинико-патогенетические особенности неврологических нарушений при метаболическом синдроме у больных сахарным диабетом 2 типа : автореф. дис. на со-

искание уч. степени канд. мед. наук : 14.00.13 — Нервные болезни. Нижний Новгород, 2005. 24 с.

8. Вірстюк О. А., Герасимчук Р. Д. Особливості перебігу гострого ішемічного інсульту за наявності метаболічного синдрому // Український неврологічний журнал. 2009. № 3 (12). С. 011—015.

9. Бачинська Н. Ю., Копчак О. О. Роль чинників ризику, які модифікуються, у розвитку помірних когнітивних порушень у хворих з дисциркуляторною енцефалопатією та метаболічним синдромом // Там само. 2014. № 1. С. 53—60. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/UNJ_2014_1_10.

10. Ефимова И. Ю., Калашникова Т. П., Лишманов Ю. Б. Влияние антигипертензивной терапии на церебральную гемодинамику у больных с метаболическим синдромом // Клиническая медицина. 2012. Т. 90, № 8. С. 36—40.

11. Сергеев В. Метаболический синдром: причины, лечение и профилактика // Врач. 2009. № 2. С. 36—41.

12. Чазова И. Е., Мычка В. Б. Метаболический синдром. М. : Media Medica, 2004. С. 47—49.

13. Роль свободных и эстерифицированных жирных кислот при формировании метаболического синдрома / Новгородцева К. П., Караман Ю. К., Антонюк М. В., Жукова Н. В. // Клиническая медицина. 2009. № 5. С. 33—37.

14. Эстерифицированные и неэстерифицированные индивидуальные жирные кислоты липидов сыворотки крови у пациентов с гиперлипидемией при приеме статинов / Титов В. Н., Кухарчук В. В., Федоров С. В. [и др.] // Клиническая лабораторная диагностика. 2006. № 1. С. 1—8.

15. Frequency of the WHO metabolic syndrome in European cohorts and an alternative definition of an insulin resistance syndrome / Balkau B., Charles M. A., Drivsholm T. [et al.] // Diabetes Metab. 2002. 28(5). P. 364—376. URL : <http://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/75372>.

16. Драпкина О. П. Особенности течения и лечения артериальной гипертензии у пожилых пациентов с метаболическим синдромом // Фарматека. 2010. № 8. С. 39—44.

17. Smith T. Growth hormone — induced insulin resistance: role of the insulin receptor, IRS1, GLUT1 // Am J Physiol. 1997. 272. P. 1071—1079.

18. Third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adults Treatment Panel III) // JAMA. 2001, 285. P. 2447—2486.

19. Маньковский Б. Н. Инсульт и сахарный диабет: взгляд эндокринолога // Здоров'я України. 2011. № 1 (15). С. 38.

20. Insulin Resistance and Hyper-secretion in Obesity / Ferrannini E., Natali A., Bell P. [et al.] // J. Clin. Invest. 1997. Vol. 100. P. 1166—1173.

21. Impact of blood pressure and insulin on the relationship between body fat and left ventricular structure / K. Karasona, L. Sjöström, I. Wallentin [et al.] // Eur. Heart J. 2003. Vol. 24. P. 1500—1505.

22. Insulin resistance and hyperinsulinemia: no independent relation to left ventricular mass in humans / A. Q. Galvan, F. Galetta, A. Natali [et al.] // Circulation. 2000. Vol. 102. P. 2233—2238.

Надійшла до редакції 20.12.2018 р.

МИЩЕНКО 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

МИЩЕНКО Владислав Миколайович, доктор медичних наук, старший науковий співробітник, науковий керівник 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: 1976mv@ukr.net

ЗДЕСЕНКО Ірина Володимирівна, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу судинної патології головного мозку та реабілітації ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: zdesenkoiv@gmail.com

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

MISHCHENKO Vladyslav, Doctor of Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Brain Vascular Pathology and Rehabilitation of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: 1976mv@ukr.net

ZDESENKO Iryna, MD, PhD, Associate Professor, Leading Researcher of the Department of Brain Vascular Pathology and Rehabilitation of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: zdesenkoiv@gmail.com

І. М. Нікішкова, В. М. Мищенко, Д. О. Кутіков

ЧУТЛИВІСТЬ КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ ДО ТЯГАРЯ ХВОРОБИ МАЛИХ СУДИН ГОЛОВНОГО МОЗКУ

И. Н. Никишкова, В. Н. Мищенко, Д. А. Кутиков

Чувствительность когнитивных функций к бремени болезни малых сосудов головного мозга

I. M. Nikishkova, V. M. Mishchenko, D. O. Kutikov

Sensitivity of cognitive functions to the burden of cerebral small vessel disease

Хвороба малих судин (ХМС) головного мозку є однією з головних причин когнітивного зниження. Кількість та якість МРТ-ознак хвороби може впливати на профіль залучення до патологічних змін різних когнітивних доменів.

З 50 пацієнтів (зокрема 30 жінок) віком від 45 до 72 років (середній вік $62,05 \pm 1,46$ роки) з МРТ-ознаками патології малих судин головного мозку та без інсульту в анамнезі було сформовано основну групу (ОГ), в якій за шкалою «загального бала за ХМС мозку» було виокремлено 2 підгрупи: з тягарем хвороби у 1—2 бали (20 пацієнтів), у 3—4 бали (20 пацієнтів). До групи контролю (ГК) було включено 20 практично здорових осіб (зокрема 12 жінок) віком від 48 до 76 років (середній вік: $57,36 \pm 3,79$ років). В обох групах було досліджено стан когнітивних функцій шляхом комп'ютерного нейрокогнітивного тестування (КНТ) на планшетному комп'ютері з тач-екраном за допомогою батареї тестів Tempus Test Set, що складалася з тестів «odd-ball», «Go/NoGo», флангової задачі, кольорового та цифрового тестів Струпа; тесту безперервного впізнання. Для дослідження нейрофізіологічних складових когнітивного функціонування під час виконання завдань «odd-ball» тесту в обох групах було вивчено показники когнітивних викликаних потенціалів (КВП).

Результати КНТ та КВП продемонстрували чутливість до тягаря ХМС мозку, яка проявилася у тенденції до зниження ефективності проходження тестів і збільшення кількості уражених когнітивних функцій зі збільшенням бала за шкалою хвороби. Найбільш вразливі до ХМС мозку і чутливі до тягаря хвороби були увага (пильність, селективність, концентрація, утримання), швидкість оброблення інформації та виконавська функція (когнітивна гнучкість, планування і контроль дій). Відчутний внесок у когнітивні зміни при ХМС мозку робить емоційна складова. Для пацієнтів з ХМС мозку КНТ з використанням планшетного комп'ютера з тач-екраном є точним, швидким та економічним методом оцінки та моніторингу когнітивних порушень.

Ключові слова: хвороба малих судин головного мозку, тягар хвороби, когнітивні функції, комп'ютерне нейрокогнітивне тестування (КНТ)

Болезнь малых сосудов (БМС) головного мозга — одна из основных причин когнитивного снижения. Количество и качество МРТ-признаков болезни может влиять на профиль разных когнитивных доменов, вовлеченных в патологические изменения.

Из 50 пациентов (в том числе 30 женщин) в возрасте от 45 до 72 лет (средний возраст $62,05 \pm 1,46$ года) с МРТ-признаками патологии малых сосудов головного мозга и без инсульта в анамнезе была сформирована основная группа (ОГ), в которой в соответствии со шкалой «общего балла по БМС мозга» было выделено 2 подгруппы: с бременем болезни в 1—2 балла (20 пациентов) и в 3—4 балла (20 пациентов). В группу контроля (ГК) было включено 20 практически здоровых лиц (в том числе 12 женщин) в возрасте от 48 до 76 лет (средний возраст: $57,36 \pm 3,79$ лет). В обеих группах исследовано состояние когнитивных функций путем компьютерного нейрокогнитивного тестирования (КНТ) на планшетном компьютере с тач-экраном с помощью батареи тестов Tempus Test Set, состоявшей из тестов «odd-ball», «Go/NoGo», фланговой задачи, цветного и цифрового тестов Струпа, теста непрерывного узнавания. Для исследования нейрофизиологических составляющих когнитивного функционирования во время выполнения заданий «odd-ball» теста в обеих группах были изучены показатели когнитивных вызванных потенциалов (КВП).

Результаты КНТ и КВП продемонстрировали чувствительность к бремени БМС мозга, проявившуюся в тенденции к снижению эффективности прохождения тестов, увеличению числа пораженных когнитивных функций с увеличением балла по шкале болезни. Наиболее уязвимыми к БМС мозга и чувствительными к бремени болезни были внимание (бдительность, селективность, концентрация, удержание), скорость обработки информации и исполнительская функция (когнитивная гибкость, планирование и контроль действий). Ощутимый вклад в когнитивные изменения при БМС мозга вносит эмоциональная составляющая. Для пациентов с ХМС мозга КНТ с применением планшетного компьютера с тач-экраном — точный, быстрый и экономичный метод оценки и мониторинга когнитивных нарушений.

Ключевые слова: болезнь малых сосудов головного мозга, бремя болезни, когнитивные функции, компьютерное нейрокогнитивное тестирование

The cerebral small vessel disease (cSVD) is one of the main causes of cognitive decline. The quantity/quality of MRI-sings of the disease can affect the profile of different cognitive domains involved in pathological changes.

The main group (MG) consisted of 50 patients (including 30 women) aged 45 to 72 years (mean age 62.05 ± 1.46 years) with MRI signs of cSVD and without history of stroke. The MG was divided into 2 subgroups according to the scale of the "total score for the cSVD": 1st with patients ($n = 20$) with 1—2 points of the cSVD burden, and 2nd with patients ($n = 20$) with 3—4 points of the cSVD burden. The control group (CG) consisted of 20 practically healthy persons (including 12 women) aged 48—76 years (mean age 57.36 ± 3.79 years). In both groups, the state of cognitive functions was studied by means of computer neurocognitive testing (CNT) on a tablet personal computer (PC) with a touch-screen with using of Tempus Test Set battery consisted of "odd-ball" task, Go/NoGo task, Eriksen Flanker task, Stroop effect, Numerical Stroop effect, continuous recognition task. To investigate the neurophysiological components of cognitive functioning during the performance of odd-ball tasks in both groups, cognitive-induced event-related potentials (ERP) were studied.

The results of CNT and ERP showed a sensitivity to the burden of cSVD. This sensitivity was manifested in a tendency to decrease the efficiency of passing of tests and increase of the amount of affected cognitive functions with an increase in the score of the cSVD scale. Attention (vigilance, selectivity, concentration, retention), information processing speed, and executive functions (cognitive flexibility, planning and control of actions) were a most vulnerable to the cSVD and a sensitive to the cSVD burden. The emotional component contributes substantially to the cognitive changes in cSVD. For patients with cSVD, the CNT by means of a tablet PC with a touch screen is an accurate, fast, cost-effective method for assessing and monitoring of cognitive impairment.

Key words: cerebral small vessel disease, burden of disease, cognitive functions, computerized neurocognitive testing

Хвороба малих судин (ХМС) головного мозку є однією з головних причин судинних когнітивних порушень різного ступеня тяжкості [1—4], які не пов'язані зі старінням, мають поширеність серед хворих з ХМС мозку до 80,19 % ($p < 0,0001$), у 98,05 % випадків ($p < 0,0001$) проявляються ознаками лобової дисфункції [5, 6]. За даними літератури і власних досліджень, при ХМС мозку спостерігається ураження різних когнітивних доменів залежно від ступеня когнітивного зниження [6—8]. На стадії недементних когнітивних розладів для судинних когнітивних порушень характерним є відносна збереженість пам'яті на тлі зниження концентрації уваги, швидкості оброблення інформації, прийняття рішення, а також порушення функцій планування та контролю [1, 2]. Наявність зв'язку когнітивних порушень при ХМС мозку з тягарем хвороби (збільшення на 1 бал тягара ХМС мозку призводить до зниження когнітивної продуктивності за шкалами MoCA і FAB в середньому на 1—1,5 бала, $p < 0,0001$) [5, 6] дозволяє очікувати, що кількість та якість МРТ-ознак хвороби може впливати на профіль залучення когнітивних доменів до патологічних змін.

Для встановлення особливостей дисфункції вразливих до ХМС мозку когнітивних доменів було проведено комп'ютерне нейрокогнітивне тестування (КНТ) 50 пацієнтам (зокрема 30 жінок) віком від 45 до 72 років (середній вік $62,05 \pm 1,46$ роки) з МРТ-ознаками ХМС мозку та без інсульту в анамнезі (основна група — ОГ). За шкалою «загального бала за ХМС мозку» [9] в ОГ було виокремлено 2 підгрупи: з тягарем хвороби у 1—2 бали (20 пацієнтів) і у 3—4 бали (20 пацієнтів). До групи контролю (ГК) було включено 20 практично здорових осіб (зокрема 12 жінок) віком від 48 до 76 років (середній вік: $57,36 \pm 3,79$ років). КНТ проводили за допомогою додатку Tempus Test Set «Екосистеми програмних компонентів ROTesMANU» [10] для планшетного комп'ютера з тач-екраном. До складу батареї КНТ входили тести нейрокогнітивної хронометрії, які добре зарекомендували себе у комп'ютерному тестуван-

ні [11—13]: «odd-ball» тест (1975) [14] з 2-ма модифікаціями (зворотний «odd-ball», «Go/NoGo» (Go/NoGo task)) [15], флангова задача (Flanker task) (1974) [16], 3-етапний кольоровий тест Струпа (Stroop effect task) (1935) [17], 2-етапний цифровий тест Струпа (numerical Stroop effect task) (1982) [18]; тест безперервного впізнання (1975) [19]. Відповіді під час тестування приймалися через тач-екран шляхом натискання безпосередньо на графічний об'єкт (літера, слово, цифра, фігура). Час пред'явлення стимулу складав 1500 мс (у 2-му етапі кольорового тесту Струпа — 3000 мс). Для встановлення нейрофізіологічних особливостей проходження «odd-ball» тесту в обох групах було досліджено показники когнітивних викликаних потенціалів (КВП) з використанням 100 візуальних стимулів тривалістю 150 мс, які подавалися у псевдовипадковому порядку з періодом слідування $1,5 \text{ с} \pm 15 \%$; вірогідність цільового стимулу — 20—30 %. Реєстрацію КВП здійснювали за допомогою комп'ютерного діагностичного комплексу «Нейроком» («ХАІ-Медика», Україна) від 21 електрода, розташованого згідно з Міжнародною системою «10—20», у референціальному монтажі від додаткового референтного електрода (A0), з електродом заземлення на лобі [20]. Процедура накопичення проводили після автоматичного видалення артефактів за методом ICA (Independent component analysis) [21]. ВП реєстрували у смузі частот 0,5—75 Гц, з епохою аналізу у 1100 мс (100 мс до, 1000 мс після подання стимулу), якість накопичення — від 70 % і більше. Виокремлювали кількісні показники основних компонентів ВП (P1, N1, P2, N2, P3, N3): латентний період (мс), амплітуду (мкВ), що вимірювали як міжпікову амплітуду (для N1 — амплітуда за P1N1; для P3 — амплітуда за N2P3) [22]. Статистичне оброблення результатів тестування було проведено за допомогою t -критерію Стьюдента.

Порівняльний аналіз результатів КНТ показав, що особи з ОГ проходили КНТ у середньому на 2 хвилини довше ($p < 0,05$), ніж контроль (12 хв. 12 с vs. 10 хв. 02 с) (табл. 1).

Таблиця 1. Загальний час проходження Tempus Test Set

Час виконання КНТ	Група контролю ($n = 20$)	Основна група ($n = 50$)	Підгрупи за тягарем ХМС мозку	
			1—2 бали ($n = 20$)	3—4 бали ($n = 20$)
Мінімальний, с	496,54	579,82	579,82	627,34
Максимальний, с	971,22	972,43	858,18	972,43
Середній ($M \pm m$), с	$601,84 \pm 36,21$	$721,20 \pm 20,45^*$	$711,88 \pm 19,80^*$	$736,11 \pm 39,64^*$

Примітка. Тут і далі: n — кількість пацієнтів; * — $p < 0,05$ — відмінність від ГК. Середні значення подано у форматі ($M \pm m$), де M — середнє арифметичне; m — стандартна похибка

Пацієнти з різним тягарем ХМС мозку вірогідно не відрізнялися між собою за швидкістю проходження Tempus Test Set. Частина пацієнтів з ОГ краще сприймали завдання, приймали рішення, реалізовували моторну частину реакції під час проходження складних тестів, тоді як у разі простих тестів вони проявляли неувважність та поспіх. На тлі зниження рівня пильності, зменшення контролю імпульсивності та проблеми з селективною увагою хворі з великим тягарем ХМС мозку демонстрували знижену

здатність до переключення/гальмування реакції, до відстеження та реагування на єдиний визначений стимул протягом певного часу. Більшість пацієнтів з ОГ заздалегідь запускали прості рухи, але пацієнти з 3—4-бальним тягарем хвороби або слабо контролювали ці рухи, що призводило до помилок при необхідності відмови від відповіді, або взагалі не розробляли зручний руховий стереотип (тримання рук наготові, закріплення пальців за літерами у певному порядку).

Ефективність безперервного впізнання в ОГ складала 49 %, що було на 25,6 % менш, ніж у ГК ($p < 0,05$), хоча пацієнти з тягарем хвороби у 1—2 бали вірогідно не відрізнялися за цим показником від здорових однолітків (табл. 2). Не впізнали одне з 5 слів у ГК 8 з 10 осіб (80,0 %), у ОГ — 48 з 50 осіб (96 %). За кількістю помил-

ково впізнаних слів групи не відрізнялися між собою (див. табл. 2), але у ГК, на відміну від ОГ, помилково обирали синоніми слів, які мали запам'ятати, що найімовірніше свідчило про неувважність. Збільшення тягара ХМС мозку вплинуло здебільшого на ефективність вибору відповіді, а не на її відміну.

Таблиця 2. Результати тесту безперервного впізнання

Група	Кількість пацієнтів, n	Відповідь		Відміна	
		правильна ($n = 5$)	неправильна	правильна ($n = 15$)	неправильна
Контроль	20	3,74 ± 0,23	1,36 ± 0,11	13,36 ± 0,78	1,66 ± 1,18
Основна, загалом	50	2,45 ± 0,26*	2,55 ± 0,26*	13,77 ± 0,36	2,23 ± 0,33
Підгрупи за тягарем ХМС мозку:					
1—2 бали	20	2,94 ± 0,28	2,06 ± 0,28	14,19 ± 0,38	1,88 ± 0,31
3—4 бали	20	2,30 ± 0,40*	2,70 ± 0,40*	12,80 ± 0,52	2,30 ± 0,60

Під час виконання 1-го (монохромного) етапу кольорового тесту Струпа ОГ вірогідно ($p < 0,05$) відрізнялася від ГК за відсотком правильних відповідей (68,25 % vs. 82,25 %), за кількістю пропущених відповідей (рис. 1), за часом реалізації вибору відповіді (1 с 53 мс vs. 1 с 18 мс) (рис. 2). В обох групах помилкові відповіді та швидкість їх реалізації, яка у 2,5—3 рази перевищувала швидкість вибору правильних відповідей ($p > 0,001$), поєднувалися з імпульсивністю та неувважністю, а пропуски відповіді — із затримкою моторної реакції через втрату часу на пошук потрібної літери.

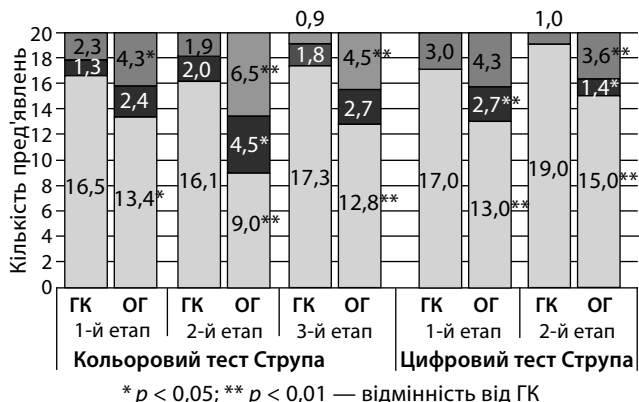


Рис. 1. Результати виконання тестів Струпа в основній (ОГ) та контрольній (ГК) групах

На 2-му (поліхромному) етапі тесту у контролі та ОГ час вибору правильної відповіді збільшився у середньому на 400—500 мс, а час помилкової — у 3—4 рази порівняно з 1-м етапом (див. рис. 2). Але у ГК це збільшення корелювало з високим рівнем правильних відповідей (до 85 %) на відміну від ОГ, у якій цей показник у середньому знизився до 45 % ($p > 0,01$). Окрім того, кількість неправильних та пропущених відповідей у ОГ була відповідно у 2 ($p < 0,05$) та 3 ($p < 0,01$) рази більшою, ніж у ГК. Різка відмінність між ефективністю тестування осіб ОГ у моно- та поліхромному етапах тесту Струпа є зумовленою відволіканням уваги на автоматичне чи-

тання слів, яке, зменшуючи її вільний обсяг, доступний для обробки інформації про колір, впливало на час обробки інформації. Тобто, пропуски пред'явлень у ОГ були пов'язані із затримкою моторної реакції через проблеми зі швидкістю оброблення інформації, а помилки — з порушенням селективності уваги.

При проходженні 3-го етапу тесту пацієнти з ОГ, порівняно з ГК, надали меншу кількість правильних відповідей (64,0 % vs. 86,70 %) ($p < 0,01$), у 5 разів частіше не встигали обрати відповідь ($p < 0,01$) (див. рис. 1). Як і при виконанні 1-го етапу тесту, час помилкових реакцій в обох групах був у декілька разів меншим, ніж час правильних відповідей ($p > 0,01$) (див. рис. 2). Тобто, в умовах зменшення складності завдання у осіб ОГ спостерігалось зниження концентрації та селективності уваги на тлі прискорення реакції вибору.

Під час виконання 1-го етапу цифрового тесту Струпа пацієнти з ОГ правильно розрізнили значення цифр у 65,1 % пред'явлень, що було на 20 % менше, ніж у контролі ($p > 0,01$) (див. рис. 1). Вибір цифр за розміром на 2-му етапі тесту Струпа в осіб ОГ був більш успішним, хоча за ефективністю вони знову поступилися ГК (77,25 % vs. 95,45 %) ($p < 0,01$) та спізнувалися з відповіддю у 15—20 % випадків ($p < 0,01$). Тобто, вибір цифр за значенням очікувано виявився складнішим для пацієнтів ОГ, ніж вибір за розміром; з другого боку, спрощення завдання призвело до зниження пильності.

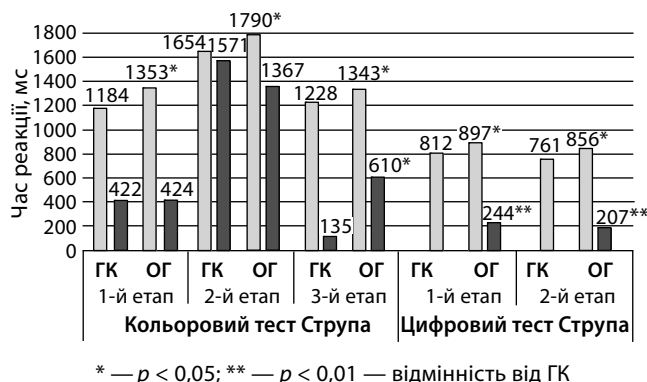


Рис. 2. Час реакції при виконанні тестів Струпа в основній та контрольній групах

Тягар ХМС мозку відбився на ефективності виконання тестів Струпа, особливо цифрової модифікації (рис. 3), але не позначився на швидкості правильних реакцій (рис. 4). Пацієнти з 3—4-бальним тягарем хвороби під час поліхромного етапу та при виборі цифрових значень правильно відповіли на таку ж саму кількість пред'явлень, на яку не встигли відповісти (див. рис. 2).

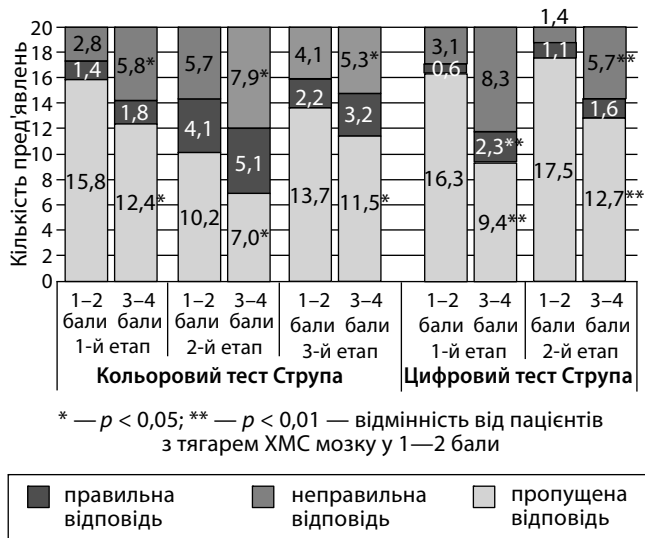
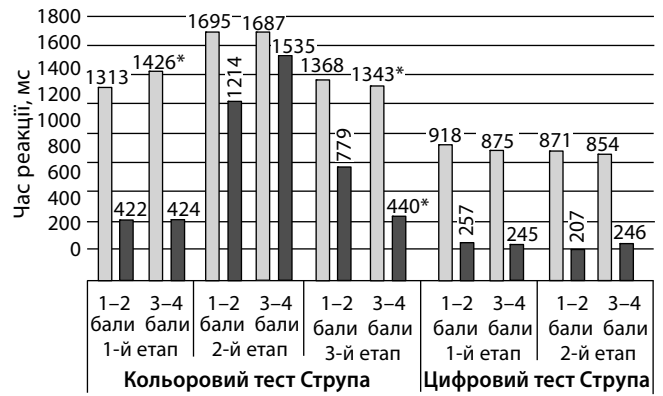


Рис. 3. Результати виконання тестів Струпа пацієнтами з різним тягарем ХМС мозку



* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ — відмінність від пацієнтів з тягарем ХМС мозку у 1—2 бали

□ правильна відповідь ■ неправильна відповідь

Рис. 4. Час реакцій при виконанні тестів Струпа пацієнтами з різним тягарем ХМС мозку

Результати виконання флангової задачі продемонстрували наявність у пацієнтів ОГ проблем з утриманням уваги та швидкістю переключення типу реагування, про що свідчили у 2,5 рази менша кількість правильних відмов від відповідей ($p < 0,01$), у 12,5 разів частіша помилкова відмова від відповіді ($p < 0,01$), ніж у ГК (табл. 3). Пацієнти з 3—4-бальним тягарем ХМС мозку продемонстрували найгірший результат виконання флангової задачі.

Таблиця 3. Результати флангової задачі

Група	Параметри	Відповідь		Відмова від відповіді	
		правильна ($n = 10$)	неправильна	неправильна	правильна ($n = 10$)
Контроль ($n = 20$)	Відповідь, $M \pm t$	9,00 $\pm$ 0,34	1,00 $\pm$ 0,43	0,50 $\pm$ 0,48	9,65 $\pm$ 0,19
	Час реакції, мс	884,07 $\pm$ 39,00	600,83 $\pm$ 388,96	—	—
Основна ($n = 50$)	Відповідь, $M \pm t$	8,04 $\pm$ 0,35	2,08 $\pm$ 0,12	6,25 $\pm$ 0,80*	3,77 $\pm$ 0,90*
	Час реакції, мс	886,45 $\pm$ 32,89	408,17 $\pm$ 66,38	—	—
1—2 бали ($n = 20$)	Відповідь, $M \pm t$	8,24 $\pm$ 0,39	1,80 $\pm$ 0,18	5,45 $\pm$ 0,97*	4,90 $\pm$ 1,36*
	Час реакції, мс	874,41 $\pm$ 43,39	428,75 $\pm$ 101,43	—	—
3—4 бали ($n = 20$)	Відповідь, $M \pm t$	7,70 $\pm$ 0,34	2,40 $\pm$ 0,13*	7,40 $\pm$ 1,13*	2,56 $\pm$ 1,03*
	Час реакції, мс	908,91 $\pm$ 48,07	358,50 $\pm$ 30,50	—	—

Ефективність виконання усіх етапів «odd-ball» тесту у ОГ була нижчою, ніж у ГК (табл. 4). У ОГ виникали проблеми з селективністю та концентрацією уваги на усіх етапах тесту, на 2-му та 3-му етапах траплялися збої з переключенням і утриманням уваги, помилки при виконанні етапу з відміною реакції свідчили про зниження когнітивної гнучкості. Під час «odd-ball» тестів, як і у інших тестах, пацієнти з різним тягарем ХМС мозку вірогідно не відрізнялися між собою за швидкістю реакцій, але порівняно з особами ГК хворі з 3—4-бальним тягарем мали істотно нижчу кількість правильних дій, ніж хворі з тягарем у 1 або 2 бали.

Дослідження за «odd-ball» парадигмою КВП у ОГ і ГК дозволило уточнити ключові ланки порушень уваги та виконавської функції у пацієнтів з ХМС мозку, при

цьому складові кожної відповіді умовно було оцінено за латентним періодом відповідних компонентів КВП: сприйняття (P1N2), впізнання (N2P3), прийняття рішення (P3N3) [22—25]. Амплітуда комплексу P1—N1—P2, яка прямо корелює з рівнем пильності та ефективністю виконання завдання [23, 24], у осіб ОГ була вдвічі нижчою ($p < 0,01$), ніж у контролі (табл. 5), що підтвердило зниження пильності та зменшення контролю реакцій у пацієнтів з ХМС мозку. При 1—2-бальному тягарі хвороби зниження у 2 рази амплітуди N1-компонента КВП спостерігалось лише у передньо-фронтальних відведеннях, у темені значення цього параметра вірогідно не відрізнялось від такого у осіб ГК. У пацієнтів з великим тягарем ХМС мозку амплітуда N1-компонента КВП в усіх відведеннях була втричі нижчою, ніж у осіб ГК (див. табл. 5).

Таблиця 4. Результати 3-х етапів «Odd-ball» тесту

Група	Параметри	Правильна відповідь		
		«Odd-ball»(n = 8)	Зворотний «Odd-ball»(n = 17)	«Go/NoGo»(n = 10)
Контроль (n = 20)	Відповідь, $M \pm m$	6,75 $\pm$ 1,00	16,61 $\pm$ 0,63	9,88 $\pm$ 0,11
	Час реакції, мс	688,98 $\pm$ 17,48	904,53 $\pm$ 28,75	2597,34 $\pm$ 191,50
Основна (n = 50)	Відповідь, $M \pm m$	3,62 $\pm$ 0,60**	12,62 $\pm$ 0,67**	8,00 $\pm$ 0,40*
	Час реакції, мс	810,74 $\pm$ 49,04*	828,05 $\pm$ 25,87	2275,52 $\pm$ 207,90
1—2 бали (n = 20)	Відповідь, $M \pm m$	4,38 $\pm$ 0,76	13,25 $\pm$ 0,82*	8,33 $\pm$ 0,50
	Час реакції, мс	731,01 $\pm$ 44,94	818,18 $\pm$ 32,42	2352,72 $\pm$ 260,06
3—4 бали (n = 20)	Відповідь, $M \pm m$	2,40 $\pm$ 0,88**†	11,60 $\pm$ 1,14**	7,33 $\pm$ 0,62**
	Час реакції, мс	841,48 $\pm$ 95,74*	876,24 $\pm$ 35,03	2138,26 $\pm$ 362,01

Примітка: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$ — відмінність від ГК; † — $p < 0,05$ — відмінність від пацієнтів з тягарем ХМС мозку у 1—2 бали

Таблиця 5. Амплітуда N1-компонента КВП

Група	Кількість пацієнтів, n	Амплітуда ($M \pm m$), мкВ			
		Fpz	Fz	Cz	Pz
Контроль	20	9,95 $\pm$ 1,00	9,76 $\pm$ 0,61	9,41 $\pm$ 0,22	9,41 $\pm$ 0,28
Основна	50	3,93 $\pm$ 0,67**	4,37 $\pm$ 0,78**	4,57 $\pm$ 0,74**	3,91 $\pm$ 0,78**
1—2 бали	20	4,81 $\pm$ 0,67**	6,63 $\pm$ 0,83*	7,02 $\pm$ 0,93	6,46 $\pm$ 1,12*
3—4 бали	20	3,31 $\pm$ 0,82**	3,14 $\pm$ 0,81**†	3,40 $\pm$ 0,78**†	2,96 $\pm$ 0,82**†

Примітка: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$ — відмінність від ГК; † — $p < 0,05$ — відмінність від пацієнтів з тягарем ХМС мозку у 1—2 бали

У пацієнтів ОГ оброблення інформації, що складається, умовно, з часу сприйняття та впізнання стимулу, тривало у середньому 454 мс, що на 25 % було довшим ($p < 0,05$), ніж у осіб ГК (табл. 6). Істотно більшим, ніж у ГК, у ОГ був і час прийняття рішення: у 1,8 раза ($p < 0,05$).

Між пацієнтами з різним тягарем хвороби розбіжність за швидкістю оброблення інформації складала лише 18 %, але час прийняття рішення у пацієнтів з тягарем хвороби у 3—4 бали був вдвічі більшим ($p < 0,01$), ніж у хворих з 1—2 балами.

Таблиця 6. Час складових КВП

Групи	Кількість пацієнтів, n	Час ($M \pm m$), мс		
		Сприйняття	Впізнання	Прийняття рішення
Контроль	20	246,54 $\pm$ 6,86	112,07 $\pm$ 6,11	140,14 $\pm$ 27,33
Основна	50	306,43 $\pm$ 6,65*	147,86 $\pm$ 15,53*	262,36 $\pm$ 32,82*
1—2 бали	20	287,20 $\pm$ 7,17	116,40 $\pm$ 9,55	155,20 $\pm$ 14,91
3—4 бали	20	313,40 $\pm$ 7,73*†	164,29 $\pm$ 26,82*†	308,43 $\pm$ 42,53**†

Примітка: * — $p < 0,05$ — відмінність від ГК; † — $p < 0,05$ — відмінність від пацієнтів з тягарем ХМС мозку у 1—2 бали; ** — $p < 0,01$ — відмінність від пацієнтів з тягарем ХМС мозку у 1—2 бали

Кількісні характеристики РЗ-компонента (латентний період, амплітуда) КВП підтверджують наявність у пацієнтів ОГ проблем з часом, що потрібний для класифікування стимулів ($p < 0,05$) (табл. 7). Водночас латентний період РЗ у пацієнтів з тягарем хвороби у 1—2 бали

був на 17,5 % коротшим, ніж у пацієнтів з 3—4 балами за ХМС мозку (404 мс vs. 475 мс) ($p < 0,05$), що підтверджує зв'язок між кількістю МРТ-ознак ХМС мозку та станом когнітивних функцій, оскільки параметри РЗ корелюють зі ступенем когнітивних порушень [24, 25].

Таблиця 7. Параметри РЗ-компонента КВП

Група	Латентний період ($M \pm m$), мс			Амплітуда ($M \pm m$), мкВ		
	Fz	Cz	Pz	Fz	Cz	Pz
Контроль	368,41 $\pm$ 12,56	364,24 $\pm$ 10,01	354,62 $\pm$ 5,18	15,45 $\pm$ 0,25	12,09 $\pm$ 1,65	10,50 $\pm$ 0,40
Основна	434,22 $\pm$ 11,60*	424,22 $\pm$ 9,95*	420,44 $\pm$ 10,96*	9,35 $\pm$ 1,20*	10,64 $\pm$ 0,70	7,97 $\pm$ 0,65*

Отже, результати КВП демонструють причини, з яких, з одного боку, під час виконання КНТ тягар ХМС мозку практично не відбився на швидкості правильних реакцій, але, з другого боку, пацієнти з більшою кількістю МРТ-ознак ХМС мозку частіше помилялися та не встигали відповісти. Більша кількість пропусків пред'явлень при більшому тягарі ХМС мозку була пов'язаною не з моторною частиною реакції, а зі зниженням пильності (передубаги) та темпу когнітивних процесів: збільшення часу, потрібного на впізнання і розрізнення стимулів безпосередньо відбивалося на зростанні часу, потрібного на планування та прийняття рішення. Саме тому пацієнти з різним тягарем ХМС мозку мали різні стратегії виконання складних завдань. При 1—2-бальному тягарі хвороби ускладнення завдань змушувало пацієнтів зосередитися, збільшити контроль, що уповільнювало оброблення інформації, збільшуючи час реакції, але не впливало на ефективність виконання, оскільки ці хворі мали більший резерв часу, ніж пацієнти з великим тягарем хвороби, про що свідчила менша різниця між латентними періодами складових КВП у хворих з 1—2 балами за ХМС мозку та у осіб ГК. Через велике збільшення тривалості сприйняття, впізнання та прийняття рішення на тлі зниження гнучкості когнітивних процесів та порушення функції планування і контролю дій, пацієнти з 3—4-бальним тягарем ХМС мозку під час виконання складних тестів мали труднощі з переключенням типу реагування, тому реалізовували тактику «натиснути про всяк випадок», що призводило до накопичення помилкових відповідей, після яких хворі запускали тактику «не натискати про всяк випадок», що призводило до помилкових відмов від відповіді. При спрощенні завдань в усіх пацієнтів з ХМС мозку спостерігалось зниження рівня селективності уваги на тлі підвищення кількості імпульсивних реакцій, через які пацієнти скорочували собі час, потрібний для оброблення інформації, що призводило до збільшення кількості помилок. Імпульсивність рішень/рухів, зниження уваги через схильність до відволікання для коментарів/зауважень, переживань з приводу помилок, пропусків і забудькуватості у пацієнтів з ХМС мозку були пов'язаними з емоційною складовою, що впливало на результативність реакції під час тестування.

Отже, показники КНТ та КВП продемонстрували чутливість до тягаря ХМС мозку, яка проявилася у тенденції до зниження ефективності проходження тестів і збільшення уражених когнітивних функцій зі збільшенням бала за шкалою хвороби. Найбільш вразливими до ХМС мозку і чутливими до тягаря хвороби були увага (пильність, селективність, концентрація, утримання), швидкість оброблення інформації та виконавська функція (когнітивна гнучкість, планування і контроль дій). Відчутний вклад у когнітивні зміни при ХМС мозку вносить емоційна складова, що потребує подальшого вивчення та врахування під час оцінювання когнітивного статусу цієї когорти пацієнтів.

Для пацієнтів з ХМС мозку КНТ з використанням планшетного персонального комп'ютера з тач-екраном є точним, швидким та економним методом оцінки та моніторингу когнітивних порушень.

Список літератури

1. Structural network connectivity and cognition in cerebral small vessel disease / A. M. Tuladhar, E. van Dijk, M. P. Zwiers

[et al.] // Hum. Brain Mapp. 2016. Vol. 37. No. 1. P. 300—310. DOI: 10.1002/hbm.23032.

2. Structural network efficiency is associated with cognitive impairment in small-vessel disease / A. J. Lawrence, A. W. Chung, R. G. Morris [et al.] // Neurology. 2014. Vol. 83. No. 4. P. 304—311. DOI: 10.1212/WNL.0000000000000612.

3. Cerebral small vessel disease: Capillary pathways to stroke and cognitive decline / L. Østergaard, T. S. Engedal, F. Moreton [et al.] // J. Cereb. Blood Flow Metab. 2016. Vol. 36. No. 2. P. 302—325. DOI: 10.1177/0271678X15606723.

4. Capillary dysfunction: its detection and causative role in dementias and stroke / L. Østergaard, S. N. Jespersen, T. S. Engedal [et al.] // Curr. Neurol. Neurosci. Rep. 2015. Vol. 15. No. 6. P. 37. DOI: 10.1007/s11910-015-0557-x.

5. Когнітивні порушення при хворобі малих судин мозку / Т. С. Міщенко, І. М. Нікішкова, В. М. Міщенко, Д. О. Кутіков // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 3 (92). С. 8—12.

6. Нікішкова І. М., Міщенко В. М., Кутіков Д. О. «Лобовий» характер когнітивних порушень при хворобі малих судин мозку // Там само. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 95—96.

7. Захаров В. В., Вахнина Н. В. Дифференциальный диагноз и лечение когнитивных нарушений // Рос. мед. журнал «Неврология». 2013. № 10. С. 518—523.

8. White matter microstructural damage in small vessel disease is associated with Montreal Cognitive Assessment but not with Mini Mental State Examination performances: vascular mild cognitive impairment Tuscany study / M. Pasi, E. Salvadori, A. Poggesi [et al.] // Stroke. 2015. Vol. 46. No. 1. P. 262—264. DOI: 10.1161/STROKEAHA.114.007553.

9. Stroke subtype, vascular risk factors, and total MRI brain small-vessel disease burden / J. Staals, S. Makin, F. Doubal [et al.] // Neurology. 2014. Vol. 83. No. 14. P. 1228—1234. DOI: 10.1212/WNL.0000000000000837.

10. А. с. 78399 України. Комп'ютерна програма «Кросплатформова екосистема програмних компонентів Prototypus Operationis Testificationis pro Morbi Anime et Nervii» («Екосистема програмних компонентів POTesMANU») / Д. О. Кутіков (Україна). № 79539; заявл. 11.04.2018; реєстр. 19.04.2018; опубл. 27.07.2018, Бюл. Авторське право і суміжні права № 49. С. 184.

11. Gualtieri C. T., Johnson L. G. Neurocognitive testing supports a broader concept of mild cognitive impairment // Am. J. Alzheimers Dis. Other Dement. 2005. Vol. 20(6). P. 359—366. DOI: 10.1177/153331750502000607.

12. Validity of a novel computerized cognitive battery for mild cognitive impairment / T. Dwolatzky, V. Whitehead, G. Doniger [et al.] // BMC Geriatrics. 2003. Vol. 3. P. 4—15. DOI: 10.1186/1471-2318-3-4.

13. Intraindividual cognitive decline using a brief computerized cognitive screening test / Darby D. G., Pietrzak R. H., Fredrickson J. [et al.] // Alzheimers Dement. 2012. Vol. 8. P. 95—104. DOI: 10.1016/j.jalz.2010.12.009.

14. Squires N. K., Squires K. C., Hillyard S. A. Two varieties of long-latency positive waves evoked by unpredictable auditory stimuli in man // Electroencephalography and Clinical Neurophysiology. 1975. Vol. 38. No. 4. P. 387—401. URL : [https://doi.org/10.1016/0013-4694\(75\)90263-1](https://doi.org/10.1016/0013-4694(75)90263-1).

15. Huettel S., McCarthy G. What is odd about the odd-ball task? Prefrontal cortex is activated by dynamic changes in response strategy // Neuropsychologia. 2004. Vol. 42. P. 379—386.

16. Eriksen B. A., Eriksen C. W. Effects of noise letters upon identification of a target letter in a non-search task // Perception and Psychophysics. 1974. Vol. 16. P. 143—149.

17. Stroop J. R. Studies of interference in serial verbal reactions // J. Experimental. Psychology. 1935. Vol. 18. No. 6. P. 643—662.

18. Henik A., Tzelgov J. Is three greater than five: The relation between physical and semantic size in comparison tasks // Memory & Cognition. 1982. Vol. 10. No. 4. P. 389—395.

19. Craik F. I. M., Tulving E. Depth of processing and the retention of words in episodic memory // J. Experimental Psychology. 1975. Vol. 104. P. 268—294.

20. American Clinical Neurophysiology Society Guideline 3: A proposal for standard montages to be used in clinical EEG / J. N. Acharya, A. J. Hani, P. D. Thirumala, T. N. Tsuchida // J. Clin. Neurophysiol. 2016. Vol. 33. P. 312—316. DOI: 10.1097/WNP.0000000000000317.

21. A Unifying Information-Theoretic Framework for Independent Component Analysis / T.-W. Lee, M. Girolami, A. J. Bell, T. J. Sejnowski // Computers & Mathematics with Application. 2000. Vol. 39. P. 1—21. URL : [https://doi.org/10.1016/S0898-1221\(00\)00101-2](https://doi.org/10.1016/S0898-1221(00)00101-2).

22. Luck S. J. An Introduction to the Event-Related Potential Technique. Second Edition. Cambridge, MA : MIT Press, 2014. 416 pp.

23. Наатанен Р. Внимание и функции мозга / под ред. Соколова Е. Н. М. : Изд-во МГУ, 1998. 559 с.

24. Гнездицкий В. В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике. Таганрог : Изд-во ТРТУ, 1997. 252 с.

25. Гнездицкий В. В. Обратная задача ЭЭГ и клиническая электроэнцефалография (картирование и локализация источников электрической активности мозга). М. : МЕДпресс-информ, 2004. 624 с.

Надійшла до редакції 04.01.2019 р.

НИКИШКОВА Ірина Миколаївна, кандидат біологічних наук, старший науковий співробітник, провідний науковий співробітник відділу нейроінфекцій та розсіяного склерозу Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), м. Харків, Україна; e-mail: irinanikishkova@ukr.net

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

КУТІКОВ Дамір Олександрович, лаборант відділу нейроінфекцій та розсіяного склерозу ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: damirkut@gmail.com

NIKISHKOVA Iryna, MSc, PhD in Biological Sciences, Associate Professor, Leading Researcher of the Department of Neuroinfections and Multiple Sclerosis of the "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" State Institution ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine; e-mail: irinanikishkova@ukr.net

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

KUTIKOV Damir, CMCT, Research Laboratory Assistant of the Department of Neuroinfections and Multiple Sclerosis of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: damirkut@gmail.com

УДК 613.861:616.895:613.816

К. Д. Гапонов

СТРУКТУРНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО АФЕКТИВНО-КОНАТИВНОГО АРАНЖУВАННЯ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ У ХВОРИХ РІЗНИХ СОЦІАЛЬНИХ ГРУП З РІЗНИМ РІВНЕМ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ

К. Д. Гапонов

Структурный анализ психопатологической аффективно-конативной аранжировки клинической картины алкогольной зависимости у больных разных социальных групп с разным уровнем психосоциального стресса

К. D. Gaponov

Psychopathological affective-conative structural analysis of the clinical picture and alcohol dependence arrangement for patients with various social groups and different levels of psychosocial stress

З метою дослідження особливостей афективно-конативного аранжування клініко-психопатологічної картини алкогольної залежності (АЗ) у хворих з різним рівнем психосоціального стресу, для розуміння шляхів модифікації сучасних терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням негативного впливу зазначених феноменів на її формування й перебіг, клініко-психопатологічним і психодіагностичним методами обстежено 312 чоловіків, хворих на АЗ: 107 комбатантів, 89 вимушено переміщених осіб та 116 осіб — мешканців м. Харкова і Харківської області. В результаті дослідження встановлено, що клінічна картина АЗ у осіб різних соціальних груп характеризується різноманітними констеляціями клініко-психопатологічних проявів синдрому залежності від алкоголю, афективної, поведінкової і диссомнічно-вегетативної симптоматики, які частково визначаються рівнем психосоціального стресу, притаманним хворим. Вираженість і варіативність аддиктивної складової клінічної картини АЗ лінійно асоційована з рівнем пережитого пацієнтами психосоціального стресу: чим тяжче стресове навантаження, тим більше виражені симптоми АЗ. В афективно-конативному аранжуванні клінічної картини АЗ виокремлені афективний і поведінковий психопатологічні кластери, кожен з яких складається з трьох клінічних варіантів, що реалізуються на тлі соматовегетативних порушень. При цьому розподіл і вираженість афективної і поведінкової симптоматики не має лінійного зв'язку з рівнем психосоціального стресу, притаманним хворому. В структурі афективного кластера у хворих на АЗ з будь-яким рівнем психосоціального стресу преvalюють тривожно-депресивні або депресивні прояви, а в структурі поведінкового — спостерігається абсолютне домінування проявів ворожості.

Виявлені закономірності треба зв'язати під час розроблення лікувально-реабілітаційних та профілактичних заходів для осіб, що страждають на АЗ.

Ключові слова: психосоціальний стрес, алкогольна залежність, афективний і поведінковий кластери, депресія, тривога, ворожість, диссомнія

С целью исследования особенностей аффективно-конативной аранжировки клинико-психопатологической картины алкогольной зависимости (АЗ) у больных с различным уровнем психосоциального стресса, для понимания путей модификации существующих терапевтических и реабилитационных стратегий с учетомотягающего действия указанных феноменов на ее формирование и течение, клинико-психопатологическим и психодиагностическим методами обследовано 312 мужчин, больных АЗ: 107 комбатантов, 89 вынужденно перемещенных лиц и 116 человек — жителей г. Харькова и Харьковской области. В результате исследования установлено, что клиническая картина АЗ у лиц разных социальных групп характеризуется различными констелляциями клинико-психопатологических проявлений синдрома зависимости от алкоголя, аффективной, поведенческой и диссомнически-вегетативной симптоматики, которые частично определяются уровнем испытываемого пациентами психосоциального стресса, присущим больным. Выраженность и вариативность аддиктивной составляющей клинической картины АЗ линейно ассоциирована с уровнем испытываемого пациентами психосоциального стресса: чем тяжелее стрессовая нагрузка, тем более выражены симптомы АЗ. В аффективно-конативной аранжировке клинической картины АЗ выделены аффективный и поведенческий психопатологические кластеры, каждый из которых состоит из трех клинических вариантов, реализуемых на фоне соматовегетативных нарушений. При этом распределение и выраженность аффективной и поведенческой симптоматики не имеет линейной связи с уровнем психосоциального стресса, присущим больному. В структуре аффективного кластера у больных АЗ с любым уровнем психосоциального стресса преvalируют тревожно-депрессивные или депрессивные проявления, а в структуре поведенческого — наблюдается абсолютное доминирование проявлений враждебности. Выявленные закономерности следует учитывать при разработке лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий для лиц, страдающих АЗ.

Ключевые слова: психосоциальный стресс, алкогольная зависимость, аффективный и поведенческий кластеры, депрессия, тревога, враждебность, диссомния

In order to study the features of the clinical-psychopathological picture of alcohol dependence for patients with different levels of psychosocial stress, for the ways understanding of existing therapeutic and rehabilitation strategies modification in view of the aggravating effect of the indicated phenomena on its formation and course, 312 alcohol addicted men were examined by clinical psychopathological and psychodiagnostic methods: 107 combatants, 89 internally displaced persons and 116 people, which are residents of Kharkiv and Kharkiv region. As a result of the research, was found, that the clinical picture of alcohol addiction in individuals of different social groups is characterized by various clinical and psychopathological manifestation constellations of the syndrome of dependence on alcohol, affective, behavioral and dysmomanic-vegetative symptoms, which are partly determined belonging to the patient by the level of psychosocial stress. Evidence and variability of the addictive component of the clinical alcohol dependence picture is linearly associated with the level of psychosocial stress felt by patients: when stress load increase, then the symptoms of alcoholic addiction going to increase the same way. In the affective-conative arrangement of the clinical picture of alcohol addiction allocated affective and behavioral psychopathological clusters, each of which consists of three clinical options implemented against the background of somatovegetative disorders. At the same time, the distribution and severity of affective and behavioral symptomatic does not have a linear connection with the level of psychosocial stress belonged to the patient. In the structure of the affective cluster for the alcohol addicted patients with any level of psychosocial stress, anxiety-depressive or depressive manifestations prevail, and in the structure of behavioral stress, there is absolute dominance of hostility manifestations. The revealed patterns should be taken into account when developing treatment-and-rehabilitation and preventive measures for people with alcohol addiction.

Key words: psychosocial stress, alcohol addiction, affective and behavioral clusters, depression, anxiety, hostility, dysomnia

За підрахунками ВООЗ, на цей момент у світі вживають алкоголь 2,3 мільярда осіб, причому найвища кількість споживачів алкоголю спостерігається саме в Європі [1]. На жаль, серед країн європейського регіону Україна займає шосте місце за рівнем споживання алкоголю на душу населення з показником, який, за різними даними, коливається від 11 до 13,9 літрів на рік, пропускаючи вперед такі країни, як Румунія (14,4 л), Росія (15,1), Литва (15,4), Молдова (16,8) та Білорусь (17,5 літрів) [2]. Крім того, Україна посідає друге місце в світі за кількістю років, втрачених через непрацездатність або передчасні смерті через вживання алкоголю (DALY) та друге місце в світі за кількістю років, які українці живуть з алкоголізмом (YLD) [3]. Ці показники суттєво вищі, ніж у більшості розвинених країн Європи, і, на думку фахівців, однією з ключових причин, яка зумовлює такий стан, є гібридна війна, яка ведеться проти нашої держави з 2014 року, що суттєво підвищила тягар патологічного стресового навантаження на населення країни [4, 5] та породжує зростання рівня вживання алкоголю, яке виникає як несприятливий механізм компенсації нервово-психічної напруги [6–9].

Взаємозв'язок між наявністю стресового навантаження та вживанням алкоголю підтверджений великою кількістю досліджень з вагомою доказовою базою і визнається усіма науковими школами та напрямками [10–14]. Проте, незважаючи на очевидну необхідність, накопичення цих знань не призвело поки що до розуміння того, яким способом, використовуючи нові знання, вплинути на зменшення шкоди від вживання алкоголю та ефективність лікування алкогольної залежності (АЗ) у осіб, що переживають надмірний стрес. Зважаючи на системний взаємовплив двох зазначених феноменів, підходи до лікування АЗ із коморбідними постстресовими станами мають базуватися на біопсихосоціальних засадах, а наявні терапевтичні й реабілітаційні стратегії треба суттєво модифікувати з урахуванням вектора дії стресу на формування й перебіг АЗ.

Мета роботи — дослідити особливості афективно-конативного аранжування клініко-психопатологічної картини АЗ у хворих з різним рівнем психосоціального стресу, для розуміння шляхів модифікації сучасних терапевтичних і реабілітаційних стратегій з урахуванням негативного впливу стресу та коморбідних психопатологічних феноменів на формування й перебіг АЗ.

Дослідження було здійснено на базі КНП ХОР «Обласний наркологічний диспансер» протягом 2014–2018 рр., де за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики і деонтології обстежено 312 чоловіків, хворих на АЗ: 107 комбатантів, які мали досвід участі у бойових діях на Сході України як учасники Антитерористичної операції та Операції об'єднаних сил; 89 вимушено переміщених осіб з тимчасово окупованих районів Донецької та Луганської області; та 116 осіб — мешканців м. Харкова і Харківської області, які не були комбатантами або вимушено переміщеними особами.

Дослідження проводили за допомогою клініко-психопатологічного, психодіагностичного й статистичного методів. Діагностику АЗ здійснювали за допомогою клініко-психопатологічного методу, що був доповнений, окрім клінічного структурованого інтерв'ю, відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10 [15], психодіагностичним дослідженням з використанням тесту AUDIT (для виявлення розладів, пов'язаних з зловживанням

алкоголю та визначення ступеня небезпечності його вживання) [16] та шкали важкості алкогольної залежності SADQ-C [17]. Вираженість психосоціального стресу оцінювали за однойменною шкалою Л. Рідера [18] й шкалою психологічного стресу Lemyr-Tessier-Fillion в адаптації Н. Є. Водопьянкової (PSM-25) [19]. Оцінювання стану афективно-конативної сфери проводили з використанням шкал депресії і тривоги М. Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression — HRDS та Hamilton Anxiety Rating Scale — HARS) [20], Опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики Symptom Check-List-90-Revised (SCL-90-R) в адаптації Н. В. Тарабріної [21] та «Опитувальника діагностики агресивних та ворожих реакцій людини» А. Басса і А. Даркі (Buss — Durkee Hostility Inventory, BDHI) в адаптації А. А. Хвана, Ю. А. Зайцева, Ю. А. Кузнецової [22].

Статистико-математичний аналіз включав формування описової статистики, а аналіз відмінностей було здійснено з використанням точного критерію Фішера.

На початку обстеження респонденти були поділені на три групи за критерієм важкості переживання психосоціального стресу (за шкалою Л. Рідера): з низьким рівнем — 35 осіб (показник за шкалою до 0,99 балів), з помірним рівнем — 84 особи (показник від 1,00 до 1,99 балів), та з високим рівнем — 193 особи (показник понад 2,00 бали). Розподіл обстежених за рівнем сприйняття стресового навантаження наведено на рис. 1.

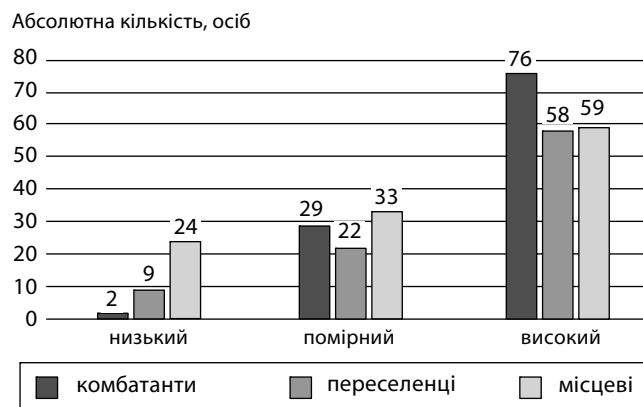


Рис. 1. Розподіл респондентів різних категорій за рівнем психосоціального стресу

Відносно низький рівень психосоціального стресу визначено у 2 (1,9 %) комбатантів, 9 (10,1 %) переселенців і 24 (20,7 %) місцевих мешканців (середній показник по групі $0,62 \pm 0,21$ балів). Помірний рівень стресу було виявлено у 29 (27,1 %) комбатантів, 22 (24,7 %) переселенців й 33 (28,4 %) місцевих мешканців (середній показник — $1,39 \pm 0,30$ балів). Високий рівень стресового навантаження встановлено у 76 (71,0 %) комбатантів, 58 (65,2 %) переселенців та 59 (50,9 %) місцевих мешканців (середній показник — $2,47 \pm 0,38$ балів). Відмінності при порівнянні середньої вираженості психосоціального стресу в цих групах були статистично значущими ($p < 0,01$). Середні показники вираженості психосоціального стресу в осіб різних соціальних груп склали: серед комбатантів — $2,24 \pm 0,63$ бали; переселенців — $2,03 \pm 0,72$ бали; місцевих мешканців — $1,68 \pm 0,78$ балів (відмінності статистично значущі при порівнянні груп комбатантів і місцевих, та переселенців і місцевих мешканців, $p < 0,01$).

Схожа тенденція була виявлена щодо вразливості до психологічного стресу (методика PSM-25): у комбатантів середня його вираженість становила $151,62 \pm 25,82$ бали, у переселенців — $143,56 \pm 31,20$ балів, місцевих мешканців — $131,09 \pm 36,04$ бали (відмінності при порівнянні комбатантів і переселенців — $p > 0,05$, комбатантів і місцевих — $p < 0,01$, переселенців і місцевих — $p < 0,01$). Середній показник в групі осіб з легким рівнем реагування на психосоціальний стрес був $72,46 \pm 9,37$ балів, помірним реагуванням — $123,30 \pm 19,97$ балів, важким — $162,25 \pm 9,43$ бали (відмінності статистично значущі при порівнянні всіх груп між собою, $p < 0,01$).

За клінічною вираженістю і змістовним наповненням симптомів АЗ, оцінених із застосуванням діагностичних критеріїв МКХ-10, у хворих різних соціальних груп виявлені деякі особливості, а саме [23]:

- сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага»), а також психологічна або соматична шкода були наявні в усіх обстежених (при порівнянні попарно усіх груп — $p > 0,05$);

- порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю») та фізіологічна, поведінкова або психологічна толерантність виявлені в усіх комбатантів і переселенців та у 97,4 % і 95,7 % місцевих жителів ($p > 0,05$, $p < 0,05$ та $p < 0,05$ відповідно);

- уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції виявлено у 72,9 % комбатантів, 69,7 % переселенців і 57,8 % місцевих ($p > 0,05$, $p < 0,05$, $p > 0,05$);

- стан абстиненції — відповідно, у 79,4 %, 71,9 % та 62,1 % (при попарному порівнянні всіх груп — $p < 0,01$);

- звуження асортименту спиртних напоїв, які вживаються — у 68,2 %, 64,0 % та 50,9 %, відповідно ($p > 0,05$, $p < 0,05$, $p < 0,01$);

- прогресивне звуження спектра альтернативних задовольень, форм поведінки або інтересів — відповідно, у 41,1 %, 36,0 % та 23,3 % ($p > 0,05$, $p < 0,05$, $p < 0,01$);

- постійне вживання алкоголю, незважаючи на очевидні докази його шкідливих наслідків — у 48,6 %, 43,8 % та 41,4 %, відповідно ($p > 0,05$ для усіх груп).

Натомість, суттєво більш виражені відмінності виявлені під час аналізу клінічної симптоматики АЗ з урахуванням рівня психосоціального стресу, що дозволило вважати цей фактор провідним у визначенні поширеності тих або інших симптомів АЗ [23]:

- сильне бажання або непереборне прагнення вживати алкоголь («спрага») та психологічна або соматична шкода виявлені в усіх обстежених ($p > 0,05$);

- порушена здатність контролювати вживання алкоголю («втрата контролю») — у 91,4 % хворих з низьким рівнем стресового реагування і в усіх пацієнтів із помірним і високим стресовим навантаженням ($p < 0,05$, $p < 0,01$, $p > 0,05$);

- толерантність (фізіологічна, поведінкова або психологічна) — у 85,7 % хворих з низьким рівнем стресу і у всіх обстежених з помірним та високим рівнями переживання стресу ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p > 0,05$);

- уживання алкоголю з метою пом'якшення або запобігання симптомів абстиненції не виявлено в осіб із низьким рівнем і відзначено у 20,2 % пацієнтів із помірним та у 98,4 % — з високим рівнем стресу ($p < 0,01$, $p < 0,01$);

- стан абстиненції не виявлено у хворих із низьким рівнем переживання стресу, натомість, виявлено у 33,0 % обстежених з помірним та у всіх — з високим

рівнем стресового навантаження ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,01$);

- звуження асортименту спиртних напоїв, які вживаються, не виявлене у хворих з легкою та помірною формами стресового реагування і було наявне у 97,9 % пацієнтів із високим рівнем стресової дезадаптації ($p > 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,01$);

- прогресивне звуження спектра альтернативних задовольень, форм поведінки або інтересів не виявлено в обстежених із низьким та помірним рівнями психосоціального стресу, і наявне у 53,4 % хворих із високим рівнем стресового навантаження ($p > 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,01$);

- постійне вживання алкоголю, незважаючи на очевидні докази його шкідливих наслідків, виявлено у 2,9 % хворих з низьким, у 38,1 % — з помірним і у 54,9 % — з високим рівнем стресу ($p < 0,01$, $p < 0,01$, $p < 0,05$).

Вираженість клінічних проявів АЗ (за AUDIT) серед комбатантів становила $30,43 \pm 7,31$ балів, переселенців — $28,60 \pm 7,78$ балів, місцевих мешканців — $25,43 \pm 8,19$ балів (відмінності статистично значущі ($p < 0,01$) при порівнянні комбатантів і місцевих, переселенців і місцевих). Серед осіб з низьким рівнем стресу середній показник за AUDIT виявився $15,17 \pm 2,32$ бали, з помірним реагуванням на стрес — $21,53 \pm 1,99$ балів, з високим рівнем стресу — $31,51 \pm 6,35$ балів (відмінності статистично значущі при порівнянні всіх груп між собою, $p < 0,01$).

Різниці за вираженістю та клінічною варіативністю стану відміни (шкала SADQ-C) також мали суттєві відмінності з погляду вираженості психосоціального стресу: середній показник у хворих з низьким рівнем психосоціального стресу склав $9,14 \pm 6,03$ бали, з помірним рівнем — $36,89 \pm 5,40$ балів, з високим рівнем — $46,65 \pm 7,62$ бали (різниці статистично значущі при порівнянні всіх груп, $p < 0,01$), тоді як між пацієнтами різних соціальних груп відмінності здебільшого не мали статистичної значущості (комбатанти — $43,48 \pm 9,17$ балів, переселенці — $41,04 \pm 13,18$ балів, $p > 0,05$; місцеві — $35,49 \pm 16,02$ бали, $p < 0,01$).

Під час оцінювання афективно-конативного аранжування клініко-психопатологічної симптоматики у обстежених пацієнтів виокремлено афективний і поведінковий клінічні кластери психопатологічних змін у хворих на АЗ, кожен з яких включав три варіанти залежно від переважання тієї чи іншої симптоматики; крім того, встановлено також додатковий — вегетативно-диссомнічний кластер, в якому також виокремлено три варіанти.

До першого, афективного кластера, що відображує зміни у емоційному реагуванні, увійшла симптоматика депресивного і тривожного спектрів. Для оцінювання вираженості депресивної симптоматики на ґрунті аналізу сумарного показника депресії за даними шкали депресії Гамільтона визначали ступінь вираженості депресії: від 0 до 7 балів — відсутність ознак депресії, від 8 до 13 балів — легкий депресивний розлад, від 14 до 18 балів — депресивний розлад середнього ступеня важкості, від 19 до 22 балів — важкий депресивний розлад, 23 і більше балів — вкрай важкий депресивний розлад. Також на ґрунті аналізу кількісних значень за шкалою «Депресія» опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R, визначали рівень депресії: від 0,1 до 0,4 балів — дуже низький рівень, від 0,5 до 1,4 балів — низький рівень,

від 1,5 до 2,4 балів — середній рівень, від 2,5 до 3,4 балів — підвищений рівень, від 3,5 до 4,0 балів — високий рівень. Отже, за кожною зі шкал визначали 5 ґрадацій вираженості депресії — від мінімальної до максимальної, які порівнювали попарно. Остаточний рівень вираженості депресії визначали за найвищим з двох рівнів. Для оцінювання вираженості тривожної симптоматики на ґрунті аналізу сумарного показника тривоги за даними шкали тривоги Гамільтона визначали ступінь вираженості тривоги: до 6 балів — відсутність симптомів тривоги, від 7 до 13 балів — дуже низький рівень, від 14 до 17 балів — низький рівень, від 18 до 24 балів — середній рівень, 25 і більше балів — високий рівень. Також на ґрунті аналізу кількісних значень за шкалою «Тривожність» опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R, визначали рівень тривоги: від 0,1 до 0,4 балів — дуже низький рівень, від 0,5 до 1,4 балів — низький рівень, від 1,5 до 2,4 балів — середній рівень, від 2,5 до 3,4 балів — підвищений рівень, від 3,5 до 4,0 балів — високий рівень. Остаточний рівень вираженості тривоги визначали попарним порівнянням відповідних рівнів (з урахуванням особливостей ґрадацій кожної зі шкал) за найвищим рівнем.

Залежно від домінування депресивних або тривожних тенденцій, що оцінювали порівнянням відповідних рівнів, виокремлені три варіанти афективного кластера: з переважанням проявів депресії (рівень вираженості депресії перевищує рівень вираженості тривоги), з переважанням проявів тривоги (рівень вираженості тривоги перевищує рівень вираженості депресії) та змішаний тривожно-депресивний (рівні вираженості депресії і тривоги однакові).

До другого, поведінкового кластера, включено прояви, що відображують порушення у поведінковій сфері. Для цього ми оцінювали прояви ворожості та обсесивно-компульсивної симптоматики. Оцінювання вираженості проявів ворожості проводили за показником шкали «Ворожість» опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R. Визначали рівень ворожості таким способом: від 0,1 до 0,4 балів — дуже низький рівень, від 0,5 до 1,4 балів — низький рівень, від 1,5 до 2,4 балів — середній рівень, від 2,5 до 3,4 балів — підвищений рівень, від 3,5 до 4,0 балів — високий рівень. Також визначали рівень ворожості на підставі оцінки кількісного значення «Індексу ворожості» опитувальника агресивності А. Басса — Е. Даркі. При цьому показник від 0 до 14 балів інтерпретували як низький рівень ворожості, від 15 до 36 балів — як середній рівень, від 37 до 58 балів — як підвищений рівень, від 59 до 69 балів — як високий, від 70 балів — як дуже високий. Остаточний рівень вираженості ворожості визначали попарним порівнянням відповідних рівнів за найвищим рівнем. Оцінювання вираженості обсесивно-компульсивної симптоматики здійснювали за показником шкали «Обсесивно-компульсивні розлади» опитувальника вираженості психопатологічної симптоматики SCL-90-R таким способом: від 0,1 до 0,4 балів — дуже низький рівень, від 0,5 до 1,4 балів — низький рівень, від 1,5 до 2,4 балів — середній рівень, від 2,5 до 3,4 балів — підвищений рівень, від 3,5 до 4,0 балів — високий рівень. Рівень вираженості обсесивно-компульсивної симптоматики визначали на ґрунті аналізу кількісних показників за шкалою «Обсесивна та компульсивна симптоматика» шкали депресії Гамільтона таким способом: 0 балів — відсутність обсесивно-компульсивної симптоматики, 1 бал — слабо виражена,

2 бали — сильно виражена обсесивно-компульсивна симптоматика. Остаточний рівень вираженості обсесивно-компульсивної симптоматики визначали попарним порівнянням відповідних рівнів за найвищим рівнем.

Залежно від переважання проявів ворожості або проявів обсесивно-компульсивної симптоматики, що оцінювали порівнянням відповідних рівнів, виокремлено три варіанти поведінкового кластера: з переважанням проявів ворожості, з переважанням обсесивно-компульсивних проявів, а також змішаний (обсесивно-ворожий) варіант. У разі наявності істотної вираженості у пацієнта ознак і афективного, і поведінкового кластерів, таких осіб відносили до змішаного психопатологічного кластера.

До додаткового, вегетативно-диссомнічного кластера, включено прояви, що відображують порушення у вегетативній сфері та наявність різних видів диссомнії. Статус додаткового цей кластер отримав, тому що практично не проявлявся самостійно, а здебільшого був тлом для наявної афективної або поведінкової симптоматики. Оцінювання вираженості симптоматики за цим кластером проводили окремо — за вираженістю диссомнічних порушень і за вираженістю вегетативної симптоматики. Показник вираженості диссомнії обчислювали за шкалою «Інсомнія» шкали тривоги Гамільтона таким способом: 0 балів — відсутність, 1 бал — слабкий ступінь, 2 бали — помірний ступінь, 3 бали — важкий ступінь, 4 бали — дуже важкий ступінь. Показник вираженості вегетативних розладів обчислювали за шкалою «Вегетативні симптоми» шкали тривоги Гамільтона таким способом: 0 балів — відсутність, 1 бал — слабкий ступінь, 2 бали — помірний ступінь, 3 бали — важкий ступінь, 4 бали — дуже важкий ступінь.

Залежно від переважання проявів диссомнії або вегетативної симптоматики, що оцінювали за різницею рівнів відповідних показників, виокремлено три варіанти вегетативно-диссомнічного кластера: з переважанням диссомній, з переважанням вегетативної симптоматики та змішаний (з однаковою вираженістю диссомнічної та вегетативної симптоматики).

За результатами домінування афективного чи поведінкового кластера обстежені хворі розподілилися так (табл. 1)6 серед комбатантів розподіл основних кластерів виявився приблизно рівномірним: у 36,4 % обстежених комбатантів виявлено переважання афективного кластера, у 25,2 % — поведінкового, і у 38,4 % — змішаного. На відміну від них, більше ніж у половини переселенців виявлено домінування змішаного кластера (56,2 %), у 23,6 % домінували поведінкові, і у 20,2 % — афективні прояви. Серед половини місцевих, навпаки, встановлено переважання поведінкових порушень (50,9 %), рідше виявлявся змішаний характер змін (34,4 %) і найрідше — афективні порушення (14,7 %).

Більш значущі відмінності встановлені під час аналізу розподілу домінуючих кластерів залежно від рівня стресового навантаження. Зокрема, серед хворих з високим рівнем психосоціального стресу (всього 193 особи) здебільшого спостерігалися порушення афективного спектра — змішаний кластер домінував у 49,7 %, афективний — у 35,2 % (поведінкові прояви були у 15,0 %). У пацієнтів з помірним рівнем стресу (вибірка 84 особи) більш ніж в половині випадків спостерігалися поведінкові порушення (58,3 %), змішані встановлені у 34,5 %, афективні — у 7,1 %. У хворих з низьким рівнем стресу у 82,9 % випадків превалювали поведінкові порушення, у решти 17,1 % — змішані психопатологічні прояви.

У комбатантів з низьким рівнем психосоціального стресу у 50,0 % виявлено домінування поведінкового та змішаного кластерів, з помірним рівнем психосоціального стресу — у 10,3 % переважав афективний кластер, та по 44,8 % — поведінковий та змішаний кластери, а у комбатантів з високим рівнем стресу виявлено переважання афективних змін над поведінковими: 47,4 % проти 17,1 % при питомій вазі змішаного кластера 35,5 %.

У вимушених переселенців загальні закономірності були, загалом, тотожними з такими у комбатантів, однак, виявлені і певні відмінності (див. табл. 1). Зокрема, у 77,8 % переселенців з низьким рівнем

психосоціального стресу домінував поведінковий кластер, у 22,2 % — змішаний; з помірним рівнем стресу — у 4,5 % домінував афективний, у 40,9 % — поведінковий, у 54,6 % — змішаний кластер; з високим рівнем стресу — у 29,3 % домінував афективний, у 8,6 % — поведінковий, і у 62,1 % — змішаний.

У місцевих мешканців домінували поведінкові прояви, при цьому ця тенденція проявлялася у групах з низьким (87,5 %) та помірним (81,8 %) рівнями стресу, тоді як у групі з високим стресом переважав змішаний кластер (56,0 %). Афективні зміни були найбільшою мірою виражені у місцевих мешканців з високим (25,4 %) та помірним (6,1 %) рівнями стресу (див. табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл за домінуючим кластером психопатологічної симптоматики у хворих на АЗ різних соціальних груп з різним рівнем психосоціального стресу

Варіант домінуючого кластера	Рівень психосоціального стресу								p_{1-2}	p_{1-3}	p_{2-3}
	низький		помірний		високий		разом				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Комбатанти											
Афективний	0	0,0	3	10,3	36	47,4	39	36,4	> 0,05	> 0,05	< 0,01
Поведінковий	1	50,0	13	44,8	13	17,1	27	25,2	> 0,05	> 0,05	< 0,01
Змішаний	1	50,0	13	44,8	27	35,5	41	38,4	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Вимушені переселенці											
Афективний	0	0,0	1	4,5	17	29,3	18	20,2	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Поведінковий	7	77,8	9	40,9	5	8,6	21	23,6	> 0,05	> 0,05	< 0,01
Змішаний	2	22,2	12	54,6	36	62,1	50	56,2	> 0,05	< 0,05	> 0,05
Місцеві мешканці											
Афективний	0	0,0	2	6,1	15	25,4	17	14,7	> 0,05	< 0,01	< 0,05
Поведінковий	21	87,5	27	81,8	11	18,6	59	50,9	> 0,05	< 0,01	< 0,01
Змішаний	3	12,5	4	12,1	33	56,0	40	34,4	> 0,05	< 0,01	< 0,01

Примітка. p_{1-2} , p_{1-3} , p_{2-3} — відмінності при попарному порівнянні різних соціальних груп

Під час структурного аналізу особливостей розподілу обстеженого контингенту за основними варіантами в межах окремих кластерів виявлені такі результати: із складових афективного кластера в обстежених усіх соціальних груп домінували тривожно-депресивний (змішаний) або депресивний психопатологічні феномени (табл. 2).

Зокрема, серед комбатантів у 42,0 % виявлено переважання тривожно-депресивного симптомокомплексу, у 39,3 % — депресії, у 18,7 % — тривоги. Серед вимушених переселенців чимала частина хворих демонструвала переважання змішаної тривожно-депресивної симптоматики (42,7 %) та проявів депресії (40,4 %); переважання тривожних проявів було характерним для 16,9 %. У місцевих мешканців виявлено тенденцію до домінування змішаного варіанту реагування — 61,2 %, на другому місці виявились депресивні прояви — 31,9 %, переважання тривоги було характерним для 6,9 % респондентів.

Вивчення особливостей домінування компонентів афективного кластера залежно від рівня пережитого хворими психосоціального стресу, загалом, продемонструвало схожість структурного розподілу афективних феноменів. У осіб з високим рівнем стресового навантаження більше ніж в половині випадків (53,4 %) характерними були тривожно-депресивні ознаки, у 27,5 % — прояви депресії, і у 19,1 % — патологічної

тривоги. Серед хворих з помірним рівнем стресу переважали особи з вираженими проявами депресії (61,9 %), у 35,7 % спостерігалась змішана симптоматика і у 2,4 % — тривожні прояви. Пацієнти з низьким рівнем стресу були схильні до тривожно-депресивного реагування (60,0 %), близько третини (28,6 %) були піддані депресивним переживанням, а у 11,4 % встановлено домінування симптомів тривоги.

У комбатантів з низьким і помірним рівнями психосоціального стресу переважали прояви депресії (50,0 % та 75,9 % відповідно), а з високим — тривожні (26,3 %) і змішані (48,7 %) прояви.

Серед вимушених переселенців питома вага хворих з переважанням проявів депресії при низькому рівні психосоціального стресу склала 33,3 %, при помірному — 63,6 %, при високому — 32,8 %; з переважанням проявів тривоги — відповідно 22,2 %, 4,5 %, 20,7 %, зі змішаним характером проявів — відповідно 44,5 %, 31,9 %, 46,5 %.

У місцевих мешканців виявлено тенденцію до домінування змішаного варіанту реагування. У цієї групи питома вага хворих з переважанням проявів депресії при низькому рівні психосоціального стресу склала 25,0 %, при помірному — 48,5 %, при високому — 25,4 %; з переважанням проявів тривоги — відповідно 8,3 %, 3,0 %, 8,5 %; зі змішаним характером проявів — відповідно 66,7 %, 48,5 %, 66,1 %.

Таблиця 2. Розподіл за структурою варіантів афективного кластера у хворих на АЗ різних соціальних груп з різним рівнем психосоціального стресу

Варіант	Рівень психосоціального стресу								p_{1-2}	p_{1-3}	p_{2-3}
	низький		помірний		високий		разом				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Комбатанти											
З переважанням проявів депресії	1	50,0	22	75,9	19	25,0	42	39,3	> 0,05	> 0,05	< 0,01
З переважанням проявів тривоги	0	0,0	0	0,0	20	26,3	20	18,7	> 0,05	> 0,05	< 0,01
Змішаний	1	50,0	7	24,1	37	48,7	45	42,0	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Вимушені переселенці											
З переважанням проявів депресії	3	33,3	14	63,6	19	32,8	36	40,4	> 0,05	> 0,05	< 0,05
З переважанням проявів тривоги	2	22,2	1	4,5	12	20,7	15	16,9	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Змішаний	4	44,5	7	31,9	27	46,5	38	42,7	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Місцеві мешканці											
З переважанням проявів депресії		25,0	16	48,5	15	25,4	37	31,9	> 0,05	> 0,05	< 0,05
З переважанням проявів тривоги	2	8,3	1	3,0	5	8,5	8	6,9	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Змішаний	16	66,7	16	48,5	39	66,1	71	61,2	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Структурний аналіз розподілу клінічних варіантів, що склали поведінковий кластер, продемонстрував (табл. 3) що серед хворих на АЗ усіх соціальних груп переважали прояви ворожості: серед комбатантів таких осіб виявлено 82,2 %, переселенців — 77,5 %, місцевих мешканців — 77,5 %. На другому місці за по-

ширеністю виявився змішаний обсесивно-ворожий варіант, який був притаманний 15,0 % комбатантів, 20,3 % переселенців і 15,5 % місцевих мешканців. Обсесивно-компульсивний варіант діагностовано у 2,8 % комбатантів, 2,2 % переселенців, 2,6 % місцевих мешканців.

Таблиця 3. Розподіл за структурою варіантів поведінкового кластера у хворих на АЗ різних соціальних груп з різним ступенем психосоціального стресу

Варіант	Рівень психосоціального стресу								p_{1-2}	p_{1-3}	p_{2-3}
	низький		помірний		високий		разом				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Комбатанти											
3 переважанням ворожості	2	100,0	26	89,7	60	78,9	88	82,2	> 0,05	> 0,05	> 0,05
3 переважанням obsесивно-компульсивних проявів	0	0,0	0	0,0	3	3,9	3	2,8	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Змішаний	0	0,0	3	10,3	13	17,2	16	15,0	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Вимушені переселенці											
3 переважанням ворожості	6	66,7	20	90,9	43	74,1	69	77,5	> 0,05	> 0,05	> 0,05
3 переважанням obsесивно-компульсивних проявів	0	0,0	0	0,0	2	3,4	2	2,2	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Змішаний	3	33,3	2	9,1	13	22,5	18	20,3	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Місцеві мешканці											
3 переважанням ворожості	24	100,0	29	87,9	42	71,2	95	81,9	> 0,05	< 0,01	> 0,05
3 переважанням obsесивно-компульсивних проявів	0	0,0	0	0,0	3	5,1	3	2,6	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Змішаний	0	0,0	4	12,1	14	23,7	18	15,5	> 0,05	< 0,01	> 0,05

Під час дослідження специфіки розподілу клінічних варіантів в структурі психопатологічного поведінкового кластера залежно від вираженості стресового навантаження була зафіксована схожа тенденція щодо перевагування у обстежених проявів ворожості: серед хворих з високим рівнем стресу таких осіб виявилось 75,1 %, з помірним — 89,3 %, низьким — 91,4 %. Схильність до змішаного реагування була виявлена у 20,7 % респондентів з високим рівнем стресу, у 10,7 % — з помірним, у 8,6 % — з низьким. Обсесивно-компульсивні прояви були характерні для 4,1 % осіб з високим рівнем стресу.

У комбатантів виявлено переважання проявів ворожості при всіх рівнях психосоціального стресу: 100,0 % — при низькому, 89,7 % — при помірному, 78,9 % — при високому. Варіант з переважанням обсесивно-компульсивних розладів виявлено лише у комбатантів з високим рівнем стресу (3,9 %). Змішаний варіант виявлений у 10,3 % комбатантів з помірним рівнем стресу, у 17,2 % — з високим, та у 15,0 % — загалом. Натомість, у вимушених переселенців також виявлено чітку тенденцію до переважання варіанту з ворожостю: 66,7 % — при низькому рівні стресу, 90,9 % — при помірному, 74,1 % — при високому.

Обсесивно-компульсивний варіант виявлений у 3,4 % переселенців з тяжким рівнем стресу. Змішаний варіант виявлений у 33,3 % переселенців з низьким рівнем стресу, у 9,1 % — з помірним, у 22,5 % — з високим. У місцевих мешканців також питома вага хворих з переважанням ворожості виявилась найбільшою: при низькому рівні психосоціального стресу — 100 %, при помірному — 87,9 %, і при високому — 71,2 %.

Аналіз особливостей розподілу вегетативно-диссомнічних симптомів, на тлі яких проявлялись клінічні варіанти афективного й поведінкового кластерів, виявив таку картину (табл. 4): загалом, прояви диссомнії і вегетативної дисфункції спостерігались в ізольованих варіантах у 46,7 % і 35,5 % комбатантів, 44,9 % і 34,8 % переселенців, 31,0 % і 50,9 % місцевих мешканців, відповідно. Мікст диссомнічно-вегетативної симптоматики виявлено у 17,8 % комбатантів, 20,3 % переселенців і 18,1 % місцевих мешканців.

Пошук закономірностей розподілу диссомнічно-вегетативних проявів залежно від рівня психосоціального стресу, як і в попередніх випадках, не дав однозначної відповіді: серед хворих з високим стресовим навантаженням у 52,8 % характерною була диссомнія, в 28,0 % випадків — вегетативна дисфункція,

в 19,2 % — змішана симптоматика. У 58,3 % пацієнтів з помірним рівнем стресу спостерігались вегетативні порушення, у 22,6 % — диссомнічні, у 19,0 % — змішані. 71,4 % респондентів з низьким рівнем стресу страждали на вегетативні розлади, решта — по 14,3 % — відповідно, на диссомнічні або змішані.

У комбатантів з низьким рівнем психосоціального стресу виявлено лише вегетативний та змішаний варіант переважання (по 50,0 %), з помірним рівнем психосоціального стресу — у 31,0 % виявлено переважання диссомнічних проявів, у 51,7 % — вегетативних, і у 17,3 % змішаних; з високим рівнем психосоціального стресу — відповідно, 53,9 %, 28,9 % та 17,2 %. У вимушених переселенців при низькому рівні психосоціального стресу переважання диссомнічних проявів виявлено у 11,1 %, вегетативних — у 77,8 %, змішаних — у 11,1 %, при помірному — відповідно, 27,3 %, 50,0 % і 22,7 %; при високому — відповідно, 56,9 %, 22,4 %, 20,7 %. У місцевих мешканців при низькому рівні психосоціального стресу переважання диссомнічних проявів виявлено у 16,7 %, вегетативних — у 70,8 %, змішаних — у 12,5 %, при помірному — відповідно, 12,1 %, 69,7 % і 18,2 %; при високому — відповідно, 47,5 %, 32,2 %, 20,3 %.

Таблиця 4. Розподіл за структурою варіантів додаткового вегетативно-диссомнічного кластера у хворих на АЗ різних соціальних груп з різним рівнем психосоціального стресу

Варіант	Рівень психосоціального стресу								p _{1—2}	p _{1—3}	p _{2—3}
	низький		помірний		високий		разом				
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%			
Комбатанти											
З переважанням диссомній	0	0,0	9	31,0	41	53,9	50	46,7	> 0,05	> 0,05	< 0,05
З переважанням вегетативної симптоматики	1	50,0	15	51,7	22	28,9	38	35,5	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Змішаний	1	50,0	5	17,3	13	17,2	19	17,8	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Вимушені переселенці											
З переважанням диссомній	1	11,1	6	27,3	33	56,9	40	44,9	> 0,05	< 0,05	< 0,05
З переважанням вегетативної симптоматики	7	77,8	11	50,0	13	22,4	31	34,8	> 0,05	< 0,01	< 0,05
Змішаний	1	11,1	5	22,7	12	20,7	18	20,3	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Місцеві мешканці											
З переважанням диссомній	4	16,7	4	12,1	28	47,5	36	31,0	> 0,05	< 0,01	< 0,01
З переважанням вегетативної симптоматики	17	70,8	23	69,7	19	32,2	59	50,9	> 0,05	< 0,01	< 0,01
Змішаний	3	12,5	6	18,2	12	20,3	21	18,1	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Отже, результати дослідження дозволили дійти таких висновків.

Клінічна картина алкогольної залежності в осіб різних соціальних груп характеризується різноманітними констеляціями клініко-психопатологічних проявів синдрому залежності від алкоголю, афективної, поведінкової і диссомнічно-вегетативної симптоматики, які частково визначаються рівнем психосоціального стресу, притаманним хворим.

Виразеність і варіативність аддиктивної складової клінічної картини АЗ лінійно асоційована з рівнем пережитого пацієнтами психосоціального стресу: чим вище стресове навантаження, тим більше виражені симптоми АЗ.

В афективно-конативному аранжуванні клінічної картини АЗ виокремлені афективний і поведінковий

психопатологічні кластери, кожен з яких складається з трьох клінічних варіантів, що реалізуються на тлі соматовегетативних порушень. При цьому розподіл і вираженість афективної і поведінкової симптоматики не має лінійного зв'язку з рівнем психосоціального стресу, притаманним хворим.

В структурі афективного кластера у хворих на АЗ з будь-яким рівнем психосоціального стресу превалюють тривожно-депресивні або депресивні прояви, а в структурі поведінкового — спостерігається абсолютне домінування проявів ворожості. Зважаючи на той факт, що у більшості пацієнтів усіх соціальних груп та з будь-яким рівнем пережитого ними психосоціального стресу спостерігаються виражені прояви ворожості в структурі психопатологічного поведінкового кластера, та з урахуванням її деструктивного

впливу на вираженість проявів АЗ, вважаємо, що значущий феномен є одночасно предиктором і похідним АЗ, створюючи таким способом порочне коло патологічних взаємовпливів.

Зважаючи на викладені результати, наша подальша робота буде спрямована на створення системи таргетно персоналізованих лікувально-реабілітаційних і профілактичних заходів, з урахуванням дії психосоціального стресу на АЗ, і впровадження її в наявну комплексну систему надання спеціалізованої медичної допомоги хворим на АЗ.

Список літератури

1. Prevalence of and potential influencing factors for alcohol dependence in Europe / Rehm J., Anderson P., Barry J. [et al.] // Eur Addict Res. 2015. Vol. 21. P. 6—18. DOI: 10.1159/000365284.
2. Сочинська С. За рівнем споживання алкоголю Україна — шоста у світі. URL : <https://wz.lviv.ua/news/374076>. (дата відвідування 11.07.2018).
3. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990—2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016 // Lancet Psychiatry. 2018. Vol. 392, Issue 10152. P. 1015—1035. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31310-2.
4. Марута Н. О., Маркова М. В. Інформаційно-психологічна війна як новий виклик сучасності: стан проблеми та напрямки її подолання // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). С. 21—28.
5. Маркова М. В., Козира П. В. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми // Медична психологія. 2015. № 1 (37). С. 8—13.
6. Денисенко М. М., Лакинський Р. В., Шестопалова Л. Ф., Лінський І. В. Основні клінічні варіанти постстресових розладів у комбатантів // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 2 (91). С. 40—44.
7. Марута Н. О., Каленська Г. Ю., Явдак І. О., Малюта Л. В. Розлади психічного здоров'я у внутрішньо переміщених осіб // Там само. 2018. Т. 26, вип. 2 (95). С. 68—71.
8. Roberts B., Ezard N. Why are we not doing more for alcohol use disorder among conflict-affected populations? // Addiction. 2015. Vol. 110. P. 889—890. DOI: 10.1111/add.12869.
9. Mackey T. K., Strathdee S. A. Responding to the public health consequences of the Ukraine crisis: an opportunity for global health diplomacy // J Int AIDS Soc. 2015. Vol. 18. P. 19410. DOI: 10.7448/IAS.18.1.19410.
10. Palmisano M., Pandey S. C. Epigenetic mechanisms of alcoholism and stress-related disorders // Alcohol. 2017 May. Vol. 60. P. 7—18. DOI: 10.1016/j.alcohol.2017.01.001.
11. Becker H. C. Effects of alcohol dependence and withdrawal on stress responsiveness and alcohol consumption // Alcohol Research. 2012. Vol. 34(4). P. 448—458.
12. Cadet J. L. Epigenetics of stress, addiction, and resilience: therapeutic implications // Molecular Neurobiology. 2016. Vol. 53 (1). P. 545—560.
13. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність і соціальний стрес: біохімічні, нейрофізіологічні і психосоціальні механізми взаємодії // Український вісник психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 104—109.
14. Гапонов К. Д. Алкогольна залежність в умовах соціального стресу: епідеміологічні, клінічні і лікувальні аспекти // Там само. 2016. Т. 24, вип. 4 (89). С. 54—60.
15. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / сост. Дж. Э. Купер; под ред. Дж. Э. Купера; пер. с англ. Д. Полтавца. Киев : Сфера, 2000. 416 с.
16. AUDIT: the alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary care / Babor T. F., Higgins-Biddle J. C., Saunders J. B., Monteiro M. G. Geneva : WHO, 2001. 28 p. URL : <http://www.who.int/iris/handle/10665/67205>.
17. Stockwell T., Sithavan T., McGrath D. The measurement of alcohol dependence and impaired control in community samples // Addiction. 1994. Vol. 89. P. 167—174.
18. Сосін І. К., Гапонов К. Д., Гончарова О. Ю., Маркова М. В. Спосіб діагностики клінічної специфіки і прогнозу перебігу алкогольної залежності у осіб з різним психотравматичним досвідом і рівнем психосоціального стресу // Інформаційний лист МОЗ України № 249-2018. 4 с.
19. Водопьянова Н. Е. Психодиагностика стресса. СПб. : Питер, 2009. 336 с.
20. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии (Современная терапия). Харьков : Торнадо, 2003. 350 с.
21. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. : Питер, 2001. 272 с.
22. Хван А. А., Зайцев Ю. А., Кузнецова Ю. А. Стандартизация опросника А. Басса и А. Дарки // Психологическая диагностика. 2008. № 1. С. 35—58.
23. Гапонов К. Д. Особливості клінічного аранжування алкогольної залежності у осіб з різним рівнем психосоціального стресу // Психіатрія, неврологія, медична психологія. 2018. Т. 5, № 9. С. 41—52.

Надійшла до редакції 14.12.2018 р.

ГАПОНОВ Костянтин Дмитрович, кандидат медичних наук, головний лікар Комунального некомерційного підприємства Харківської обласної ради «Обласний наркологічний диспансер», доцент кафедри наркології Харківської медичної академії післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України, м. Харків, Україна; e-mail: kostiantyn1807@gmail.com; <http://orcid.org/0000-0002-2835-1027>

GAPONOV Kostiantyn, MD, PhD, Head Physician of the Communal Non-profit Enterprise of Kharkiv Regional Council "Regional Narcological Dispensary", an Associate Professor of the of the Narcology Department at the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine; e-mail: kostiantyn1807@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0002-2835-1027>

В. В. Задорожний
ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ПРИКУСЫВАНИЯ ЯЗЫКА ПРИ СУДОРОЖНЫХ ПРИПАДКАХ
У БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛЬНЫМ ДЕЛИРИЕМ

В. В. Задорожний
Прогностичне значення прикушування язика при судорожних припадках
у хворих на алкогольний делірій

V. V. Zadorozhnyi

The predictive value of biting the tongue during convulsive seizures in patients with delirium tremens

Цель исследования — изучение корреляции прикусывания языка при судорожных припадках у больных алкогольным делирием (АлД) с фундаментальными клиническими показателями — исходом заболевания и длительностью периода психических расстройств.

Из 527 больных АлД сформированы три группы: лица с АлД с судорожными припадками и наличием прикусывания языка (основная группа), пациенты с АлД и судорожными припадками без прикусывания языка, а также больные АлД, не имевшие судорожных припадков (группы сравнения). Основная группа пациентов набрана методом случайного отбора. Группы сравнения сформированы таким образом, чтобы средний возраст больных, а также оцененные по шкале DRS психопатологические и соматические проявления АлД были сопоставимы с таковыми в основной группе. У больных всех групп обращали внимание на состояние скелетной мышечной системы. Определяли соотношение мочевины: креатинин в сыворотке крови.

У больных АлД прикусывание языка при судорожных припадках коррелирует с достоверно более коротким периодом психических расстройств и лучшей выживаемостью (по сравнению с пациентами без судорожных припадков и лицами с судорожными приступами без прикусывания языка). Для больных АлД с прикусыванием языка при судорожных припадках характерна меньшая встречаемость хронической алкогольной миопатии. У них выявлено достоверно более низкое значение соотношения мочевины: креатинин.

Ключевые слова: судорожные припадки, прикусывание языка, выживаемость больных, алкогольный делирий

Мета дослідження — вивчити кореляції прикушування язика при судорожних припадках у хворих на алкогольний делірій (АлД) з фундаментальними клінічними показниками — виживаністю хворих і тривалістю періоду психічних розладів.

З 527 хворих АлД сформовані три групи: особи з АлД з судорожними припадками і наявністю прикушування язика (основна група), пацієнти з АлД і судорожними припадками без прикушування язика, а також хворі на АлД, які не мали судорожних припадків (групи порівняння). Основна група пацієнтів набрана методом випадкового відбору. Групи порівняння сформовані таким способом, щоб середній вік хворих, а також оцінені за рейтинговою шкалою DRS психопатологічні та соматичні прояви АлД можна було порівняти з такими в основній групі. У хворих усіх груп звертали увагу на стан скелетної м'язової системи. Визначали співвідношення сечовина: креатинін в сироватці крові.

У хворих на АлД прикушування язика при судорожних припадках корелює з вірогідно коротшим періодом психічних розладів і кращою виживаністю (порівняно з пацієнтами без судорожних припадків і особами з судорожними припадками без прикушування язика). Для хворих на АлД з прикушуванням язика при судорожних припадках характерна менша зустрічальність хронічної алкогольної міопатії. У них виявлено вірогідно нижче значення співвідношення сечовина: креатинін.

Ключові слова: судорожні припадки, прикушування язика, виживаність хворих, алкогольний делірій

The goal is to investigate the correlation of tongue biting during convulsive seizures in patients with delirium tremens (DT) with the fundamental clinical indicators — the outcome of the disease and the duration of the period of mental disorders.

Of the 527 patients with DT, three groups were formed: individuals with DT with convulsive seizures and the presence of tongue biting (main group), patients with DT and seizures without biting the tongue, and patients with DT who did not have seizures (comparison groups). The main group of patients recruited by random selection. Comparison groups are formed in such a way that the average age of patients, as well as the psychopathological and somatic manifestations of DT assessed on the DRS rating scale, are comparable to those in the main group. In patients of all groups, attention was paid to the state of the skeletal muscular system. The ratio of urea: creatinine was determined.

In patients with DT, tongue biting during convulsive seizures correlates with a significantly shorter period of mental disorders and better survival (compared with patients without convulsive seizures and individuals with convulsive seizures without biting the tongue). For patients with DT with a bite of the tongue during convulsive seizures, a less common chronic alcoholic myopathy is characteristic. They found a significantly lower value of the ratio of urea: creatinine.

Key words: convulsive seizures, tongue biting, patient survival, delirium tremens

Прикусывание языка во время пароксизмальных состояний с расстройством сознания является распространенным явлением. Считается, что возникновение прикусывания языка при судорожном приступе с выключением сознания — результат сочетания ряда непредсказуемых факторов: скорости развития расстройства сознания, дискоординации движений языка, а также соотношения размеров языка и его положения по отношению к зубному ряду. На этом основании исследовали значение прикусывания языка для дифференциальной диагностики эпилептических судорожных припадков и синкопальных состояний.

Кроме того, прикусывание языка нередко является диагностическим симптомом, который дает основание подозревать наличие судорожных припадков в тех случаях, когда об этом еще не знают сам пациент и его родственники [1—4].

Алкогольный делирий (АлД) закономерно сопровождается рядом неврологических проявлений как в предшествующее психозу время, так и в манифестном периоде. Приступы с потерей сознания и судорогами часто наблюдаются в остром периоде у больных АлД [5, 6]. Пациенты данной категории получают неотложную помощь в условиях стационара, вследствие чего круглосуточно находится в поле зрения медицинских работников, и возникновение судорожных

припадков, а также прикусывания языка при них, может быть надежно зафиксировано. Это создает дополнительные предпосылки для выявления значения прикусывания языка при судорожных припадках именно у данного контингента больных.

Целью работы явилось изучение корреляции прикусывания языка при судорожных припадках у больных АлД с фундаментальными клиническими показателями — исходом заболевания и длительностью периода психических расстройств.

В исследование включены 527 лиц. Это были больные АлД в остром периоде заболевания, которые находились на стационарном лечении в Центре неотложной психиатрии и наркологии Харьковской областной психиатрической больницы № 3. Все больные были мужчины в возрасте от 20 до 76 лет. Клинические проявления заболевания варьировали от «классического» АлД с преимущественно делириозной симптоматикой до проявлений тяжелого АлД с признаками аменции или даже снижения уровня сознания, наличием сопутствующих острых соматических расстройств. Психопатологические и соматические проявления у больных АлД оценивали при помощи рейтинговой шкалы Delirium Rating Scale (DRS) [7, 8].

Были сформированы 3 группы наблюдений: больные АлД с судорожными припадками и наличием прикусывания языка (1 группа), пациенты с АлД и судорожными припадками без прикусывания языка (2 группа), а также больные АлД, не имевшие судорожных припадков (3 группа). Первая группа пациентов (основная) была набрана методом случайного отбора. Средний возраст больных в ней оказался наименьшим. При формировании 2 и 3 групп наблюдений (группы сравнения) были предприняты меры к тому, чтобы выраженность психопатологических и соматических расстройств в них была максимально близка к показателям основной группы. Для этого оказалось достаточно из имевшихся пациентов групп сравнения последовательно исключать лиц наиболее старшего возраста до тех пор, пока средний возраст больных в них не приблизился к среднему показателю 1 группы. Таким образом, численность больных 1 группы составила 148 человек, 2 группы — 138 пациентов, 3 группы — 241 больной АлД. Данные, свидетельствующие о том, что по возрасту, психопатологическим и соматическим показателям больные АлД основной группы сопоставимы с пациентами групп сравнения, представлены в таблице 1.

Таблица 1. Характеристика изученных групп больных АлД по возрасту, психопатологическим и соматическим показателям

Показатели	Больные с судорожными припадками		Больные без судорожных припадков
	с прикусыванием языка	без прикусывания языка	
	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Средний возраст больных, лет	40,5 ± 0,94	40,4 ± 0,69; $P_1 = 0,932$	40,4 ± 0,58; $P_2 = 0,928$
Оценка психомоторного возбуждения по субшкале DRS, баллы	2,96 ± 0,019	2,96 ± 0,021; $P_1 = 1,00$	2,97 ± 0,013; $P_2 = 0,664$
Оценка когнитивных расстройств по субшкале DRS, баллы	2,70 ± 0,067	2,79 ± 0,080; $P_1 = 0,389$	2,63 ± 0,044; $P_2 = 0,383$
Оценка галлюцинаторных расстройств по субшкале DRS, баллы	2,88 ± 0,032	2,86 ± 0,043; $P_1 = 0,709$	2,80 ± 0,034; $P_2 = 0,087$
Оценка соматических расстройств по субшкале DRS, баллы	0,62 ± 0,048	0,68 ± 0,048; $P_1 = 0,377$	0,59 ± 0,034; $P_2 = 0,610$
Суммарная оценка проявлений заболевания по шкале DRS, баллы	22,6 ± 0,18	22,9 ± 0,20; $P_1 = 0,266$	22,5 ± 0,14; $P_2 = 0,661$

Примечания: P_1 — достоверность различий между пациентами группы 1 и группы 2; P_2 — достоверность различий между пациентами группы 1 и группы 3

Шкала DRS дает весьма полное и разностороннее описание АлД, однако среди ее разделов отсутствует оценка длительности периода психических расстройств. Для оценки этого параметра у больных АлД использовали разработанную нами шкалу (табл. 2) [9].

В основу ее положен известный клинический факт, отмеченный в свое время J. Salum (1972), о взаимосвязи длительности периода психических расстройств и особенностей психопатологических проявлений при АлД [10].

Таблица 2. Шкала оценки длительности периода психических расстройств у лиц в состоянии отмены алкоголя

Описание признака	Оценка, баллы
Психические расстройства не наблюдались	0
Длительность психотического состояния до 3 суток включительно	1
Длительность периода психических расстройств от 4 до 7 суток включительно	2
Длительность периода психических расстройств 8 суток и более	3

Помимо длительности периода психических расстройств, к фундаментальным клиническим показателям мы относили выживаемость больных. Выживаемость больных АлД рассчитывали как отношение числа выживших лиц к общему числу больных данной группы и выражали в процентах.

У больных АлД учитывали наличие ряда неврологических проявлений. Одним из них была хроническая алкогольная миопатия (ХАлМП), которая нередко является «фоновой» патологией и сопровождает АлД. Это заболевание проявлялось в различной степени выраженной атрофией мышц проксимальных отделов

конечностей, протекало малосимптомно и, как правило, не сопровождалось жалобами на снижение мышечной силы или болевые ощущения. Выбор для изучения именно этого неврологического показателя обусловлен тесной его связью с метаболической цепочкой, конечным продуктом которой является креатинин. Представленность ХАлМП в каждой из групп оценивали в процентах от общего числа ее пациентов.

Обращали внимание на состояние языка больных, прежде всего — наличие и выраженность его отека. Для количественной регистрации этого показателя использовали простейшую шкалу (табл. 3).

Таблица 3. Шкала оценки отека языка у лиц в состоянии отмены алкоголя

Описание признака	Оценка, баллы
Язык обычных размеров	1
Язык умеренно увеличен из-за отека	2
Язык значительно увеличен из-за отека, с опечатками зубов на боковых поверхностях	3

Для характеристики у больных АлД судорожных проявлений мы посчитали целесообразным применить оригинальную шкалу (табл. 4). В ее основу положен принцип учета общего количества зарегистрированных в период пребывания в стационаре судорожных эпизодов.

Таблица 4. Шкала оценки выраженности судорожных проявлений у лиц в состоянии отмены алкоголя

Описание признака	Оценка, баллы
Судорожные припадки не наблюдались	0
Один судорожный припадок	1
Два судорожных припадков	2
Серия (три или больше) судорожных припадков	3
Статус эпилептических припадков	4

Дополнительно к клиническим параметрам использовали несколько биохимических показателей крови. Их выбор был сделан с учетом классической работы S. Natelson et al. (1979) о биохимических особенностях крови, сопровождающих судорожные припадки [11]. В нашем исследовании уровни глюкозы крови, мочевины и креатинина в сыворотке крови больных определяли фотометрически с использованием соответствующих тест-систем. Референтными для уровня

глюкозы крови были значения 4,2—6,1 ммоль/л. Для уровня мочевины в сыворотке крови таковыми были значения 2,76—8,07 ммоль/л. Референтными для уровня креатинина в сыворотке крови были значения 62,0—106,0 мкмоль/л. Отношение мочевины : креатинин (urea : creatinine ratio, UCR), выраженное с использованием единиц измерения SI, рассчитывали после предварительного пересчета концентрации мочевины в мкмоль/л (путем умножения на 1000) и определяли как частное от деления концентрации первого вещества на концентрацию второго [12].

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программы SPSS 15.0. Для оценки статистической значимости различий использовали точный метод Фишера. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

У больных АлД изученных групп оценены фундаментальные клинические показатели — длительность периода психических расстройств и выживаемость больных, а также выраженность ряда неврологических проявлений — встречаемости ХАлМП, интенсивности судорожного синдрома, отека языка (табл. 5).

Прежде всего различия между больными разных групп касаются встречаемости ХАлМП. У больных АлД с судорожными припадками и наличием прикусывания языка проявления ХАлМП выявлялись сравнительно редко (в 19,3 % случаев). У лиц с АлД из групп сравнения ХАлМП определялись существенно чаще (28—29 %). Лучшая сохранность мышечной системы (а она составляет большую часть общей клеточной массы организма) у пациентов с АлД с судорожными припадками и наличием прикусывания языка может быть свидетельством более благоприятного протекания у них алкогольной болезни.

Отек языка у больных АлД с судорожными припадками и наличием прикусывания языка был наиболее выражен. У пациентов групп сравнения данный показатель оказался достоверно ниже. Наиболее значительную выраженность отека языка у больных АлД с судорожными припадками и прикусыванием языка можно частично объяснить за счет его травмы и дополнительного реактивного отека. Но нельзя исключить, что более значительным отек языка был у больных АлД основной группы и до возникновения прикусывания. В таком случае наиболее выраженный отек языка мог послужить причиной меньшей мобильности и координированности этого мышечного органа, т. е. мог являться predisposing механическим моментом для развития его прикусывания.

Таблица 5. Фундаментальные клинические показатели и неврологические проявления у больных АлД изученных групп

Показатели	Больные с судорожными припадками		Больные без судорожных припадков
	с прикусыванием языка	без прикусывания языка	
	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Встречаемость хронической алкогольной миопатии, %	19 ± 3	28 ± 4; $P_1 = 0,073$	29 ± 3; $*P_2 = 0,019$
Оценка отека языка, баллы	2,15 ± 0,070	1,88 ± 0,068; $*P_1 = 0,0060$	1,87 ± 0,055; $*P_2 = 0,0018$
Оценка интенсивности судорожного синдрома, баллы	1,82 ± 0,078	1,41 ± 0,077; $*P_1 = 0,00022$	—
Длительность периода психических расстройств, баллы	1,70 ± 0,055	1,89 ± 0,060; $*P_1 = 0,0202$	1,75 ± 0,054; $P_2 = 0,516$
Выживаемость больных, %	93 ± 2,0	89 ± 3; $P_1 = 0,268$	86 ± 2; $*P_2 = 0,014$

Примечания. Здесь и далее: P_1 — достоверность различий между пациентами группы 1 и группы 2; P_2 — достоверность различий между пациентами группы 1 и группы 3; * — различия между группами статистически значимы

Оценка интенсивности судорожных проявлений у больных АлД с судорожными припадками и наличием прикусывания языка достоверно выше, чем у пациентов с судорожными припадками без прикусывания языка. Такая ситуация естественным образом соответствует увеличению риска развития прикусывания языка у больных АлД основной группы.

Наиболее высокой оказалась выживаемость больных АлД с судорожными припадками и наличием прикусывания языка. Она даже достоверно выше, чем у лиц с АлД без судорожных припадков. Как тенденция это различие сохраняется также и по отношению к пациентам АлД с судорожными припадками без прикусывания языка. Факт наличия прикусывания языка явно коррелирует с лучшей выживаемостью больных данного контингента.

Длительность периода психических расстройств у больных АлД с судорожными припадками и наличием прикусывания языка совершенно непредсказуемо оказалась достоверно ниже, чем у пациентов с судорожными припадками без прикусывания языка.

Она сравнима с таковой у лиц с АлД без судорожных припадков. По сравнению с классическими неврологическими пациентами с судорожными припадками больные АлД имеют то преимущество в качестве объекта для изучения влияния прикусывания языка на состояние здоровья, что имеют дополнительный фундаментальный клинический показатель — длительность периода психических расстройств.

Чтобы выяснить, имеют ли больные АлД с судорожными припадками и наличием прикусывания языка какие-либо особенности внутренней среды организма, было проведено исследование ряда биохимических показателей крови (табл. 6).

Прежде всего, это уровень гликемии, который может оказывать влияние на уровень сознания как при повышенном, так и при пониженном значении этого показателя. Среднее содержание глюкозы в крови у больных АлД всех изученных групп оказалось в пределах нормы и практически одинаковым, что позволяет исключить влияние данного показателя на возникновение прикусывания языка.

Таблица 6. Биохимические особенности крови больных АлД изученных групп

Показатели	Больные с судорожными припадками		Больные без судорожных припадков
	с прикусыванием языка	без прикусывания языка	
	Группа 1	Группа 2	
Уровень глюкозы в сыворотке крови, ммоль/л	5,9 ± 0,14	5,8 ± 0,16; $P_1 = 0,638$	5,7 ± 0,11; $P_2 = 0,262$
Уровень мочевины в сыворотке крови, ммоль/л	5,3 ± 0,23	5,8 ± 0,29; $P_1 = 0,177$	6,1 ± 0,33; * $P_2 = 0,047$
Уровень креатинина в сыворотке крови, мкмоль/л	77 ± 3,14	76 ± 3,70; $P_1 = 0,836$	78 ± 3,14; $P_2 = 0,821$
Соотношение мочевины : креатинин в сыворотке крови (UCR), единиц	70 ± 1,64	77 ± 2,03; * $P_1 = 0,0077$	78 ± 1,50; * $P_2 = 0,00036$

Средний уровень мочевины в сыворотке крови у пациентов всех групп наблюдений оказался в пределах референтных значений. Однако у больных АлД основной группы он был достоверно ниже, чем у лиц АлД без судорожных припадков; по сравнению с пациентами АлД с судорожными припадками без прикусывания языка это относительное снижение среднего уровня мочевины в сыворотке крови наблюдается как тенденция.

Средний уровень креатинина у больных АлД всех изученных групп оказался одинаковым в пределах статистической ошибки и не выходил за рамки референтных значений.

Соотношение мочевины : креатинин (UCR) в сыворотке крови у пациентов с АлД изученных групп оказалось существенно различным. У больных АлД с судорожными припадками и прикусыванием языка оно выявилось достоверно более низким, чем у больных групп сравнения. Как показано в специальных работах, касающихся биохимических изменений при состояниях отмены алкоголя и алкогольных психозах, более низкое значение UCR у больных АлД судорожными припадками и прикусыванием языка можно трактовать как указание на меньшую интенсивность потребления белка, относительное преобладание анаболических процессов в организме [13, 14].

Таким образом, прикусывание языка при судорожных припадках — не вполне случайное явление. Оно в определенной мере обусловлено текущим физическим состоянием организма, особенностями внутренней среды, и поэтому способно оказывать влияние на фундаментальные клинические показатели.

У больных АлД прикусывание языка при судорожных припадках коррелирует с достоверно более коротким периодом психических расстройств и лучшей выживаемостью (по сравнению с пациентами без судорожных припадков и лицами с судорожными припадками без прикусывания языка).

Поскольку судорожные припадки во время АлД наиболее часто наблюдаются в первые несколько суток заболевания, прикусывание языка во время судорожных припадков можно рассматривать в качестве благоприятного прогностического признака.

Проведенные исследования позволяют сделать следующие выводы.

Прикусывание языка при судорожных припадках у больных АлД коррелирует с достоверно более коротким периодом психических расстройств и лучшей выживаемостью (по сравнению с пациентами без судорожных припадков и лицами с судорожными припадками без прикусывания языка).

У больных АлД прикусывание языка при судорожных припадках сопровождается определенными особенностями внутренней среды, в том числе изменением соотношения мочевины : креатинин в сыворотке крови в виде его достоверного снижения по сравнению с пациентами с судорожными приступами без прикусывания языка и лицами без судорожных припадков при АлД. Эти биохимические изменения можно расценивать как свидетельство преобладания анаболических процессов в организме.

Прикусывание языка при судорожных припадках у больных АлД возникает на фоне более сохранной

скелетной мышечной системы, достоверно более низкой встречаемости проявлений хронической алкогольной миопатии.

У больных АлД прикусывание языка при судорожных припадках — не вполне случайное явление. Оно в определенной мере обусловлено текущим физическим состоянием и особенностями внутренней среды организма.

Список литературы

1. Value of tongue biting in the diagnosis of seizures / Benbadis S. R., Wolgamuth B. R., Goren H. [et al.] // Arch Intern Med. 1995 Nov 27; 155 (21): 2346—9. PubMed PMID: 7487261.
2. The diagnostic value of oral lacerations and incontinence during convulsive "seizures" / Oliva J., Pattison C., Carino J. [et al.] // Epilepsia. 2008. Vol. 49, Is. 6, June, P. 962—967. DOI: 10.1111/j.1528-1167.2008.01554.x.
3. Brigo F., Nardone R., Bongiovanni L. G. Value of tongue biting in the differential diagnosis between epileptic seizures and syncope // Seizure. 2012. October, Vol. 21, Is. 8. P. 568—572. URL : <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2012.06.005>.
4. Akor F., Liu N. M., Besag F. M., Ahmed M. A. Value of tongue biting in differentiating between epileptic seizures and syncope // Ibid. 2013 May; 22 (4): 328. DOI: 10.1016/j.seizure.2013.01.004.
5. Christoffersen S. Death from seizures induced by chronic alcohol abuse — does it exist? // Ibid. 2007. Vol. 16, Issue 5. P. 379—383. DOI: 10.1016/j.seizure.2007.02.013.
6. Clinical predictors for delirium tremens in patients with alcohol withdrawal seizures / Kim D. W., Kim H. K., Bae E. K. [et al.] // Am J Emerg Med. 2015 May; 33(5): 701—4. DOI: 10.1016/j.ajem.2015.02.030.
7. Trzepacz P. T., Baker R. W., Greenhouse J. A symptom rating scale for delirium // Psychiatry Res. 1988 Jan; 23(1): 89—97. PubMed PMID: 3363018.
8. Validation of the Delirium Rating Scale-Revised-98: comparison with the delirium rating scale and the cognitive test for delirium / Trzepacz P. T., Mittal D., Torres R. [et al.] // J Neuropsychiatry Clin Neurosci. 2001 Spring; 13(2): 229—42. DOI: 10.1176/jnp.13.2.229.

9. Задорожний В. В. Шкала оценки длительности алкогольного делирия. В сб.: Матеріали XVIII Української наук.-практ. конф. «Довженківські читання». Х. : «Плеяда», 2018. С. 51—52.

10. Salum J. Delirium tremens and certain other acute sequels of alcohol abuse. A comparative clinical, social and prognostic study // Acta psychiatr. Scand. 1972. Suppl. 235: 1—145. PubMed PMID: 4508788.

11. Clinical biochemistry of epilepsy. I. Nature of the disease and a review of the chemical findings in epilepsy / Natelson S., Miletich D. J., Seals C. F. [et al.] // Clin Chem. 1979 Jun; 25(6): 889—97. PubMed PMID: 221136.

12. Higgins C. Urea and creatinine concentration, the urea : creatinine ratio. Available at : www.acutecaretesting.org October 2016.

13. Биохимия и алкоголизм (II): биохимические показатели при тяжелом алкогольном абстинентном синдроме / Рослый И. М., Абрамов С. В., Ахметов Р. Р. [и др.] // Вопросы наркологии. 2004. № 3. С. 69—78.

14. Забродина Е. С., Рослый И. М., Водолажская М. Г. Алкогольный абстинентный синдром в лабораторных показателях // Фундаментальные исследования в биологии и медицине : сб. науч. тр. Вып. 3. Ставрополь : Изд-во СевКавГТУ, 2007. С. 150—153.

Надійшла до редакції 20.12.2018 р.

ЗАДОРОВНИЙ Владимир Владимирович, кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела неотложной психиатрии и наркологии Государственного учреждения «Институт неврологии, психиатрии и наркологии Национальной академии медицинских наук Украины», г. Харьков, Украина; e-mail: zadorozhnyi_vladimir@ukr.net

ZADOROZHNYI Volodymyr, MD, PhD, Leading Researcher of the Department Emergency Psychiatry and Narcology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: zadorozhnyi_vladimir@ukr.net

С. П. Колядко

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ТА САМОСПРИЙНЯТТЯ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З ДЕПРЕСИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В СТРУКТУРІ ПСИХОЗУ

С. П. Колядко

Особенности клинико-психопатологических проявлений и самовосприятия у больных шизофренией с депрессивными нарушениями в структуре психоза

S. P. Kolyadko

Features of clinical and psychopathological manifestations and self-perception in patients with schizophrenia with depressive disorders in the structure of psychosis

У статті надані відомості про особливості депресивних порушень (ДП) в структурі шизофренії, їхній вплив на структуру психопатологічної симптоматики, а також особливості самосприйняття. Показано, що феноменологічна структура депресій у пацієнтів з ДП при шизофренії включала в себе наявність афективних, негативних симптомів та когнітивних порушень. У порівняльному аспекті у хворих на шизофренію з симптомами депресії та без них було встановлено, що серед психологічних особливостей особистості у пацієнтів з ДП виявлялася втрата цінностей і цілей, менш вираженою була здатність до самосприйняття і вираження своїх почуттів, спостерігалось зниження когнітивних потреб порівняно з групою хворих без ДП. Самооцінка хворих на шизофренію з ДП характеризувалася неадекватністю та була заниженою у порівняльному аспекті. Отримані дані можуть виступати як психопатологічні диференціально-діагностичні критерії оцінки ДП, на них слід зважати під час проведення диференційованої фармако- та психотерапії хворим на шизофренію з ДП.

Ключові слова: шизофренія, депресивні порушення, самосприйняття

В статье предоставлены сведения об особенностях депрессивных нарушений (ДН) в структуре шизофрении, их влиянии на структуру психопатологической симптоматики, а также особенности самовосприятия. Показано, что феноменологическая структура депрессий у пациентов с ДН при шизофрении включала в себя наличие афективных, негативных симптомов и когнитивных нарушений.

В сравнительном аспекте у больных шизофренией с симптомами депрессии и без них было установлено, что среди психологических особенностей личности у пациентов с ДН отмечалась утрата ценностей и целей, менее выраженной была способность к самовосприятию и выражению своих чувств, отмечалось снижение когнитивных потребностей по сравнению с группой больных без ДН.

Самооценка больных шизофренией с ДН характеризовалась неадекватностью и была занижена в сравнительном аспекте. Полученные данные могут выступать в качестве психопатологических дифференциально-диагностических критериев оценки ДН, их следует учитывать при проведении дифференцированной фармако- и психотерапии больным шизофренией с ДН.

Ключевые слова: шизофрения, депрессивные нарушения, самовосприятие

The article presents the features of depressive disorders (DD) in the structure of schizophrenia, their influence on the structure of psychopathological symptoms, as well as the features of self-perception. It was shown that the phenomenological structure of depression in patients with DD with schizophrenia included the presence of affective, negative symptoms and cognitive impairments. In the comparative aspect, in patients with schizophrenia with and without depression symptoms, it was found that among psychological peculiarities of personality in patients with DD there was a loss of values and goals, less was the expressed ability to self-acceptance and expression of their feelings, there was a decrease in cognitive needs compared with the group patients without DD. The self-esteem of patients with schizophrenia with DP was characterized by inadequacy and was underestimated in the comparative aspect. The obtained data can serve as psychopathological differential diagnostic criteria for assessment of DD, they should be taken into account when conducting differentiated pharmacological and psychotherapy for patients with schizophrenia with DD.

Keywords: schizophrenia, depressive disorders, self-perception

Шизофренія є важким психічним захворюванням, на яке страждають понад 50 мільйонів жителів Землі. Шизофренія вже довгі роки посідає центральне місце в психіатричній науці та практиці як один з найбільш тяжких психічних розладів, що характеризується важкими медико-соціальними наслідками у вигляді вираженої дезадаптації, інвалідизації, ризику протиправної, агресивної та аутоагресивної поведінки, скорочення тривалості життя і погіршення соціального функціонування самого хворого та його оточення [1, 2].

Однією з особливостей перебігу шизофренії є формування депресивної симптоматики в її структурі, яка має певний вплив на клінічну картину психозу та створює патогенетичне підґрунтя до формування його ускладнень, тобто зниження адаптаційних властивостей людини, серед яких важливе місце займає самосприйняття. Симптоми депресії при шизофренії також мають велике медико-соціальне значення, оскільки вони не тільки істотно посилюють страждання, що спричинені захворюванням, незалежно від ступеня гостроти або стабільності психотичної симптоматики,

але й посилюють порушення в психосоціальному функціонуванні хворого [3, 4].

Слід зауважити, що причина виникнення депресивної симптоматики в структурі шизофренії та її вплив на перебіг основного захворювання на сьогодні залишаються недостатньо вивченими. У роботах А. Б. Смулевича, Е. Б. Дубницької (2012) проведено аналіз структури депресій при шизофренії, яку автори співвідносять з параметрами негативної ефективності, серед яких переважають ознаки апатії, анергії, психічної анестезії та дисфоричні прояви [5—7].

Дані такого роду публікацій свідчать про атипії психопатологічної структури депресивних станів при шизофренії з уповільненим перебігом. Кількість робіт, присвячених депресіям в межах прогресивного ендogenous процесу (зокрема несприятливої шизофренії з уповільненим перебігом), порівняно невелика, а основні положення, що стосуються цієї проблеми, на цей момент залишаються суперечливими. Єдине питання, в якому досягнуто певної згоди: депресія — це інтегральна частина клінічної симптоматики шизофренії, яка може розвиватися при різних її формах та етапах перебігу [4, 8].

Аналіз літератури з проблеми депресивних порушень (ДП) в структурі шизофренії показав, що, незважаючи на визнання важливої ролі ДП при шизофренії, яка зумовлює поганий прогноз, однією з ланок якого є формування патологічного особистісного ставлення до себе та формування патологічного характеру самосприйняття, до теперішнього часу залишається недостатньо вивченими. Все вище означене підтверджує актуальність проведення комплексного дослідження, спрямованого на вивчення клініко-психопатологічних і психологічних особливостей ДП при шизофренії [9].

Мета дослідження: вивчити особливості клініко-психопатологічних проявів та самосприйняття у хворих на шизофренію з депресивними порушеннями в структурі психозу.

Обстежено 81 пацієнт, з діагнозом шизофренія (F20.0 — F20.9, відповідно до МКХ-10). Основну групу склали 39 хворих на шизофренію з наявністю депресивних порушень в клінічній картині. Групу порівняння склали 42 хворих на шизофренію без депресивних порушень. Вік хворих, які взяли участь в дослідженні, був від 20 до 59 років.

У комплекс методів обстеження увійшли:

1) клініко-психопатологічний метод, що включав оцінення психічного стану хворого (збирання скарг, анамнезу, вивчення симптомів, синдромів, з їх психопатологічною інтерпретацією) з подальшою постановкою діагнозу відповідно до критеріїв МКХ-10;

2) психометричний метод включав Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (Symptom CheckList-90-Revised — SCL-90-R), (Derogates et al., 1974) — для визначення психопатологічної симптоматики пацієнтів з ДП при шизофренії;

3) Психодіагностичний метод реалізовували за допомогою таких методик: Торонтська шкала алекситимії (Райгородський Д. Я., 2002) — для встановлення особливостей вербалізації емоційних станів у пацієнтів з ДП при шизофренії [10]; Тест «Знаходження кількісного вираження рівня самооцінки» за С. А. Будасі (Е. Ф. Іванова, І. І. Мельник, 1993) — для визначення особливостей самооцінки [11]; «Самоактуалізаційний тест» (Ю. Є. Альошина, Л. Я. Гозман, М. В. Загіка і М. В. Кроз, 1987) — для визначення особистісних особливостей у пацієнтів з ДП при шизофренії [10];

4) Методи статистичної обробки отриманих даних [12].

Загальна характеристика хворих на шизофренію, що включала освіту, сімейний, соціальний стан, характеризувалася такими показниками. Хворі на шизофренію основної групи (39 хворих) здебільшого мали середню освіту: 46,15 % — середню спеціальну і 41,03 % — повну середню, незакінчену вищу — 12,82 %. У групі порівняння (42 хворих) були хворі з різним рівнем освіти: 40,48 % пацієнтів мали повну загальну середню освіту, 42,86 % — середню спеціальну, 4,76 % хворих — вищу освіту і 11,90 % — незакінчену вищу освіту. В основній групі хворих на шизофренію переважали розлучені пацієнти — 79,49 %, одружених — 10,26% та незаміжніх/неодружених було 10,25 % пацієнтів. Пацієнти групи порівняння за сімейним станом розподілилися так: 50,00 % пацієнтів були розлучені, 28,57 % — незаміжні/неодружені, 14,29 % — заміжні/одружені і 7,14 % — вдівці. Варто наголосити, що серед пацієнтів основної групи показники «розлучені» та «незаміжні/неодружені» істотно відрізнялися

від відповідних показників групи порівняння ($p \leq 0,01$, $DK = 4,21$, $MI = 0,24$ та $p \leq 0,0001$, $DK = 4,23$, $MI = 0,74$), де DK — діагностичний коефіцієнт, MI — міра інформативності Кульбака.

Соціальний стан хворих на шизофренію характеризувався такими особливостями: у хворих основної групи велика частина пацієнтів — 66,67 % — не працювали, 28,21 % — мали групу інвалідності внаслідок шизофренії і 5,12 % були працевлаштовані. У групі порівняння пацієнти за соціальним станом розподілилися практично рівномірно: 45,24 % — не працювали, 30,95 % — мали групу інвалідності і 23,81 % — мали роботу. Слід наголосити, що частка працевлаштованих пацієнтів була більшою в групі порівняння ($p \leq 0,0025$, $DK = 6,82$, $MI = 1,21$).

Для виявлення особливостей психопатологічних проявів депресії у хворих на шизофренію з ДП проведено детальний аналіз клінічних ознак депресивного спектра в обстежуваній вибірці відповідно до тривалості захворювання і в зіставленні з групою порівняння.

Клініко-психопатологічний аналіз даних дозволив визначити основні негативні симптоми у хворих на шизофренію з ДП (рис. 1).

У хворих основної групи переважали астеничні прояви ($65,87 \pm 10,13$ %), апатія ($58,04 \pm 9,89$ %), редукція енергетичного потенціалу ($58,04 \pm 9,89$ %), загальмованість рухів ($53,85 \pm 9,63$ %), ангедонія ($53,85 \pm 9,63$ %), аутизм ($52,45 \pm 9,52$ %).

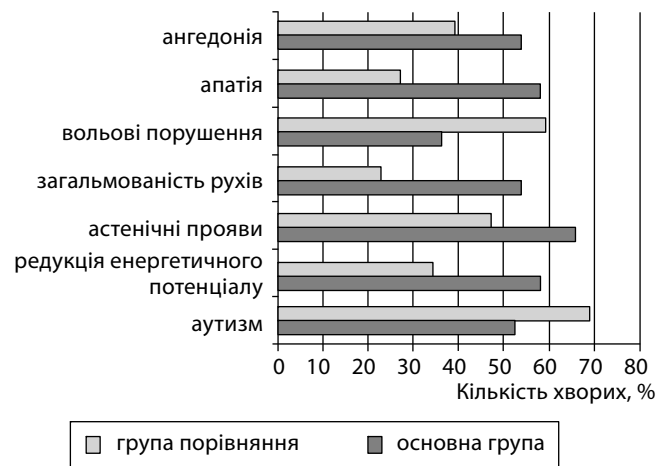


Рис. 1. Основні негативні симптоми у хворих на шизофренію обох груп

Група порівняння відрізнялася від пацієнтів основної групи переважанням аутизму ($68,89 \pm 8,96$ %) і вольових порушень ($59,27 \pm 9,23$ %) ($p \leq 0,05$, $DK = 2,17$, $MI = 0,13$ і $p \leq 0,05$, $DK = 4,13$, $MI = 0,24$ відповідно) і меншою вираженістю ангедонії ($39,19 \pm 2,77$ %), загальмованості ($22,83 \pm 4,89$ %), апатії ($27,16 \pm 5,65$ %), редукції енергетичного потенціалу ($34,33 \pm 6,13$ %) і астенії ($47,18 \pm 8,36$ %) ($p \leq 0,001$, $DK = 3,24$, $MI = 0,16$; $p \leq 0,005$, $DK = 1,98$, $MI = 0,28$; $p \leq 0,05$, $DK = 1,32$, $MI = 0,09$; $p \leq 0,01$, $DK = 2,65$, $MI = 0,79$ та $p \leq 0,025$, $DK = 4,12$, $MI = 0,16$ відповідно).

Статистичний аналіз результатів депресивних проявів дозволив визначити, що у хворих на шизофренію основної групи серед депресивних проявів переважали зниження ініціативи ($65,87 \pm 10,13$ %), стомлюваність ($68,53 \pm 10,12$ %), байдужість ($69,87 \pm 10,09$ %),

пригнічений настрій ($53,85 \pm 9,63$) % та неадекватність емоцій ($52,45 \pm 9,52$) %. Найменш представленими були такі симптоми афективного спектра: тривога ($12,42 \pm 3,06$) %, емоційна лабільність ($13,18 \pm 3,23$) %, дратівливість ($15,25 \pm 3,69$) % й образливість ($18,13 \pm 4,32$) % (рис. 2).

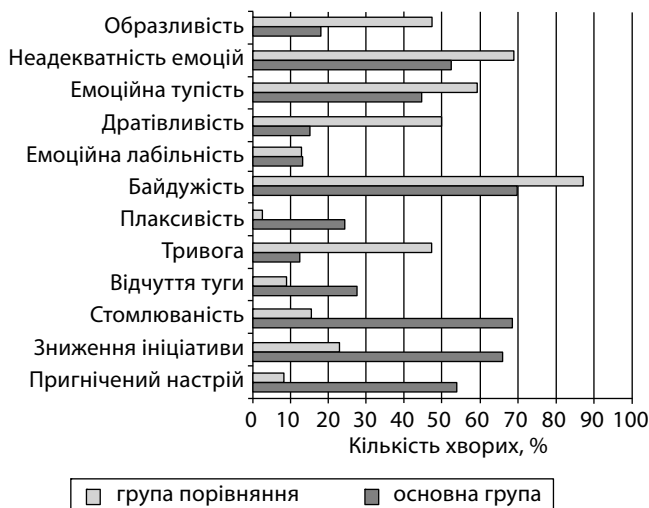


Рис. 2. Феноменологія депресивних проявів у хворих на шизофренію з депресивними порушеннями

У групі порівняння серед депресивних проявів переважали байдужість ($87,15 \pm 7,62$) %, емоційна тупість ($59,27 \pm 9,23$) %, неадекватність емоцій ($68,89 \pm 9,37$) % і дратівливість ($49,12 \pm 8,60$) %. Найменш представленими симптомами депресивного спектра у пацієнтів групи порівняння були плаксивість ($2,47 \pm 0,59$) %, пригнічений настрій ($8,15 \pm 1,91$) %, відчуття туги ($8,83 \pm 2,06$) % і емоційна лабільність ($13,06 \pm 2,97$) %.

Статистичний аналіз симптомів депресивного спектра у зіставленні основної групи з групою порівняння продемонстрував велику кількість вірогідних відмінностей, що полягали у переважанні пригніченого настрою ($p \leq 0,0001$, ДК = 6,47, MI = 0,91), відчуття туги ($p \leq 0,0025$, ДК = 4,93, MI = 0,46), апатії ($p \leq 0,0001$, ДК = 3,30, MI = 0,51), зниження ініціативи ($p \leq 0,0001$, ДК = 4,60, MI = 0,99), стомлюваності ($p \leq 0,0001$, ДК = 6,46, MI = 1,71) у пацієнтів основної групи. Водночас, в групі порівняння була більш виражена тривога ($p \leq 0,0001$, ДК = 5,80, MI = 1,01), байдужість ($p \leq 0,05$, ДК = -0,96, MI = 0,08), дратівливість ($p \leq 0,0001$, ДК = -5,13, MI = 0,88) й образливість ($p \leq 0,0001$, ДК = -4,15, MI = 0,60).

Аналіз когнітивних порушень у пацієнтів з шизофренією з ДП проводили в зіставленні з групою порівняння (рис. 3).

Аналіз когнітивних порушень у хворих на шизофренію основної групи продемонстрував переважання симптомів: інертність мислення (79,87 %), труднощі в прийнятті рішень (82,44 %), зниження рівня концентрації (63,15 %) і переключення (82,44 %) уваги, наявність психічної стомлюваності (69,87 %) і порушення критики щодо хвороби (79,87 %). Статистичний аналіз продемонстрував вірогідні відмінності, які полягають в більшій вираженості у пацієнтів з депресивними проявами вищеперелічених симптомів ($p \leq 0,05$). В групі порівняння переважали маячні переконання ($p \leq 0,0001$, ДК = 4,28, MI = 1,12).

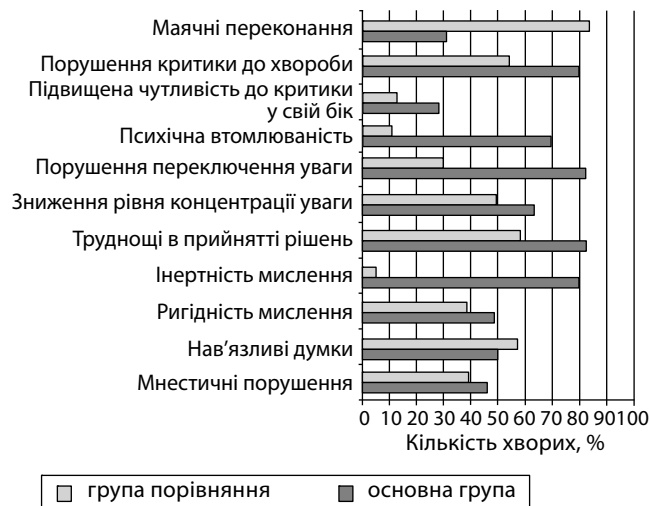


Рис. 3. Когнітивні прояви у хворих на шизофренію обох груп

Аналіз вольових порушень у пацієнтів з шизофренією обох груп показав таке. У хворих основної групи здебільшого була виражена абулія (56,24 %), а також чималу частку становили пацієнти з гіпобулією (33,74 %) (рис. 4).

У групі порівняння у пацієнтів здебільшого була виражена парабулія (43,05 %), у 28,64 % пацієнтів — гіпербулія, зумовлена маячними мотивами, гіпобулія була встановлена у 17,16 % пацієнтів і абулія спостерігалася у 11,14 % пацієнтів групи порівняння, хворих на шизофренію.

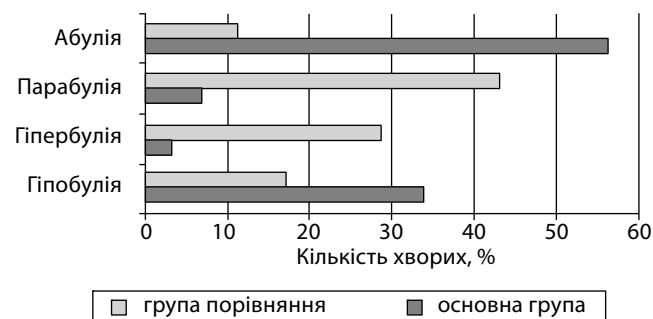


Рис. 4. Вольові прояви у хворих на шизофренію обох груп

Аналіз динаміки розвитку захворювання в основній групі показав, що початкові вольові порушення у хворих на шизофренію з наявністю в клінічній картині ДП пов'язані, насамперед, з появою гіпобулії, що виявляється в зниженні вольової активності, бідності спонукань, бездіяльності, млявості, зниженні рухової активності, відсутності бажання спілкуватися, а також формуванні абулії, що виражалася у відсутності бажань і спонукань до діяльності. В основній групі кількість хворих з гіпобулією збільшується з перебігом захворювання ($p \leq 0,0001$, ДК = 5,41, MI = 1,68).

Дослідження соматичних проявів у хворих на шизофренію з депресивною симптоматикою показало, що у пацієнтів основної групи серед соматичних симптомів найвираженішими були зниження апетиту (75,43 %), втрата маси тіла (67,15 %), фізична загальмованість (63,15 %) і відчуття слабкості (53,18 %).

У групі порівняння соматичні прояви депресії практично не були виявлені, лише в 12,87 % випадків.

ків спостерігалось у пацієнтів відчуття слабкості і в 10,15 % випадків реєструвалася фізична загальмованість. Статистичний аналіз результатів продемонстрував вірогідні відмінності між групами порівняння практично за всіма показниками, що підтверджують і об'єктивізують соматичні прояви депресії в основній групі ($p \leq 0,01$, $DK = 6,67$, $MI = 1,20$).

Оцінювання динаміки соматичних проявів депресії у хворих на шизофренію показало, що в основній групі частіше спостерігаються такі симптоми як фізична загальмованість ($p \leq 0,0001$, $DK = 7,27$, $MI = 1,87$) і слабкість ($p \leq 0,05$, $DK = -2,15$, $MI = 0,22$), поряд з цим відсутність апетиту і втрата маси тіла зберігаються ($p \leq 0,05$, $DK = -1,60$, $MI = 0,19$).

У дослідженні за допомогою клініко-психопатологічного методу були вивчені синдромальні прояви ДП у хворих на шизофренію.

Зокрема, серед пацієнтів основної групи найчастіше спостерігалися апатико-адинамічний ($46,20 \pm 8,91$ %), деперсоналізаційний ($20,50 \pm 4,81$ %) і сенесто-іпохондричний ($12,80 \pm 3,15$ %) синдроми. У 10,30 % хворих цієї групи було виявлено астено-анергетичний та у 5,13 % — тривожно-депресивний симптомокомплекс, а у 2,56 % пацієнтів спостерігався депресивно-параноїдний синдром (рис. 5).

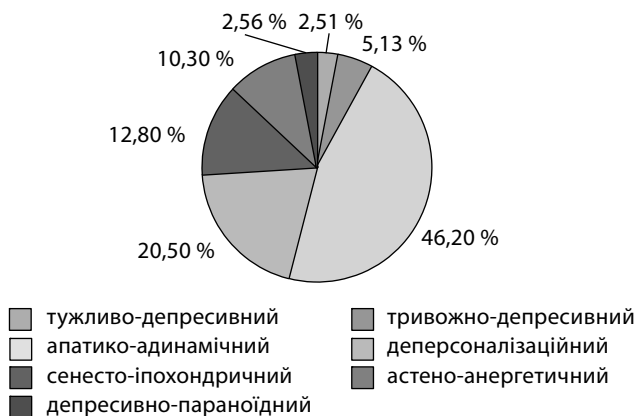


Рис. 5. Представленість синдромальних варіантів депресії у хворих основної групи

У пацієнтів основної групи з апатико-адинамічним варіантом депресії насамперед відзначалися зниження рівня потягів і спонукань, тобто власне апатичний радикал в афективній сфері. Такі пацієнти були байдужі, відрізнялися гіпо- або абুলією, малорухомістю (адинамією), переживаннями безнадійності, нереалізованості, безперспективності, безглуздості того, що відбувається. Їм доводилося здійснювати надмірні зусилля для виконання навіть самих рутинних, повсякденних дій.

У 20,50 % хворих на шизофренію основної групи спостерігався деперсоналізаційний варіант депресії, який проявлявся здебільшого наявністю деперсоналізаційних розладів, в яких анестетичні прояви є основними. У таких пацієнтів вкрай несуттєво було виражено ідеомоторне гальмування, не спостерігалось почуття явно зниженого настрою, добових коливань настрою, соматичних проявів. Прояви деперсоналізаційної депресії характеризувалися у пацієнтів цієї групи болючим почуттям відчуження емоцій.

Хворі пред'являли скарги на відсутність почуття співпереживання, тьмяність, млявість як навколиш-

нього світу, так і себе самого, «одерев'яніння» в душі, в голові, притуплення смаку, запахів. Вони відчували, що світ відділений від них «пеленою», він як би «намальований», а самі вони болісно переживають відсутність у себе почуття любові, емоційного резонансу і прихильності. Водночас вони повідомляли, що розуміють, що «повинні любити свою дитину, але самі таких емоцій не відчувають». Отже, провідним симптомом анестетичної депресії був феномен хворобливої нечутливості, який супроводжувався апатичним афектом.

Сенесто-іпохондрична депресія спостерігалася у 12,80 % обстежених основної групи. Провідним симптомом при цьому варіанті депресії були побоювання з приводу власного здоров'я і припущення, що досягають ступеня переконаності, про наявність у себе будь-якого невідомого або соматичного захворювання, що не піддається діагностиці. Синдром супроводжувався відповідними сенестопатіями, тужливо-тривожним афектом, плаксивістю, дратівливістю, вегетативними розладами, надцінною значимістю і насиченістю переживань.

З метою вивчення особливостей ДП при шизофренії вивчали вираженість психопатологічної симптоматики пацієнтів.

Оцінювання психопатологічних особливостей пацієнтів з шизофренією основної групи за шкалою SCL-90 показало, що у хворих показники за всіма шкалами були досить високими: переважали симптоми депресії (2,33 бали) і тривоги (1,87 балів). Був також виражений симптом міжособистісної сенситивності (1,69 балів), що проявлялося в почутті особистої неадекватності і неповноцінності, самоосуду, почутті неспокою і помітного дискомфорту в процесі міжособистісної взаємодії. Високими були оцінки і за шкалами психотизму (1,56 балів), фобічної тривожності (1,42 бали) і обсесивно-компульсивних симптомів (1,41 бала) (рис. 6).

Оцінки, бали

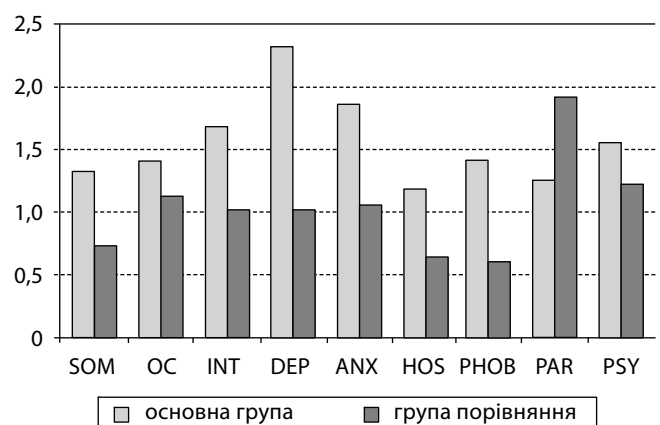


Рис. 6. Вираженість психопатологічної симптоматики у хворих на шизофренію обох груп (SCL-90)

Умовні позначення:

SOM — соматизація; OC — обсесивно-компульсивні симптоми; INT — міжособистісна сенситивність; DEP — депресія; ANX — тривога; HOS — ворожість; PHOB — фобічна тривожність; PAR — паранояльність; PSY — психотизм

У групі порівняння серед психопатологічних симптомів переважали паранояльність (1,92 бали), психотизм (1,23 бали) і обсесивно-компульсивні симптоми (1,13 балів).

При порівнянні основної та контрольної групи було виявлено, що показники соматизації ($t = 2,132, p \leq 0,05$), міжособистісної сенситивності ($t = 2,263, p \leq 0,05$), депресії ($t = 4,876, p \leq 0,001$) і тривоги ($t = 2,967, p \leq 0,01$) були більш виражені в основній групі, тоді коли у групі порівняння переважали симптоми параноїальності ($t = 2,217, p \leq 0,05$). Отримані результати вказують на те, що наявність ДП при шизофренії проявляється апатією, браком мотивації і втратою життєвої енергії, тривогою, страхом, обмеженням кола спілкування, почуттям безнадійності, думками про суїцид та іншими когнітивними й соматичними корелятами депресії.

З метою вивчення психологічних особливостей хворих з ДП при шизофренії вивчали рівень алекситимії, самооцінки і самоактуалізації у пацієнтів основної групи та групи порівняння (без ДП).

Здатність вербалізації емоційних станів пацієнтів при шизофренії оцінювали за допомогою Торонтської шкали алекситимії (рис. 7а,б).

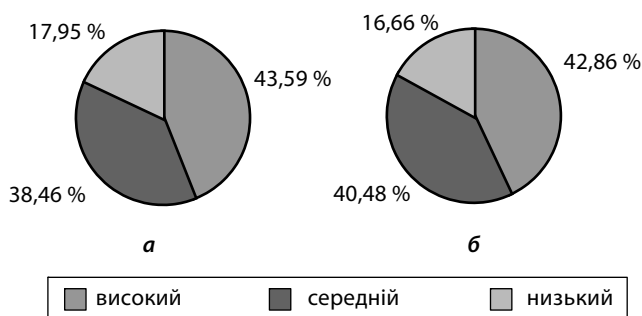


Рис. 7. Рівень алекситимії у пацієнтів з депресивними порушеннями при шизофренії (а) та в групі порівняння (б)

Зокрема, серед пацієнтів з шизофренією, у яких спостерігалися ДП, у 43,59 % хворих був зафіксований високий рівень алекситимії, у 38,46 % пацієнтів основної групи рівень алекситимії був середнім, а у 17,95 % — низьким (рис. 7,а). Схожа тенденція зберігалася і в групі порівняння: у 42,86 % пацієнтів діагностовано середній, у 40,48 % — високий, а у 16,66 % — низький рівень алекситимії (рис. 7,б).

Аналіз особливостей самоактуалізації особистості хворих на шизофренію дозволив виявити деякі загальні тенденції, які полягають в наявності низьких показників за шкалами: орієнтації в часі (37,65 і 46,55 балів для основної та групи порівняння відповідно), підтримки (42,91 і 49,78 балів), гнучкості поведінки (44,34 і 49,09 балів), сенситивності (37,02 і 40,13 балів), прийняття агресії (40,62 і 41,3 бали), контактності (40,49 і 46,09 балів) і креативності (44,03 і 40,68 балів) (рис. 8).

Отримані результати відображають нездатність пацієнтів з шизофренією жити сьогоденням, високий ступінь залежності, конформності, несамостійності суб'єктів, ригідність їхньої поведінки, труднощі в оцінюванні власних емоцій і переживань, нездатність до встановлення глибоких і міцних емоційно насичених контактів з оточуючими, низьку потребу до творчості.

Загалом, отримані дані відображають специфічні порушення емоційно-вольової сфери пацієнтів з шизофренією. При наявності загальних особливостей хворих на шизофренію були виокремлені специфічні особливості, характерні для пацієнтів з депресивною симптоматикою.

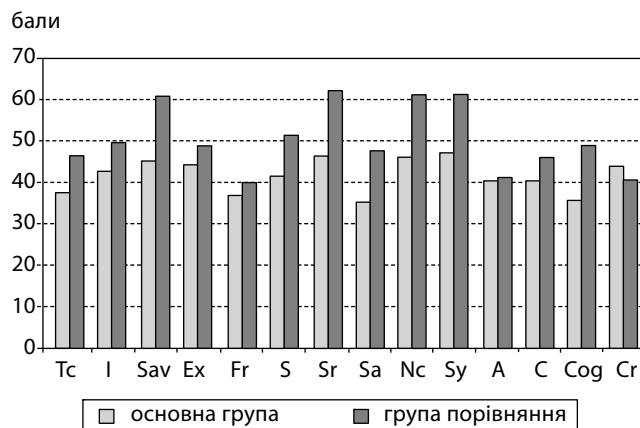


Рис. 8. Особливості самоактуалізації особистості хворих на шизофренію з депресивними порушеннями основної групи у зіставленні з хворими групи порівняння

Умовні позначення:

Tc — орієнтація в часі; I — підтримка; Sav — ціннісна орієнтація; Ex — гнучкість поведінки; Fr — сенситивність; S — спонтанність; Sr — самоповага; Sa — самосприйняття; Nc — уявлення про природу людини; Sy — синергія; A — прийняття агресії; C — контактність; Cog — пізнавальні потреби; Cr — креативність

У пацієнтів основної групи відзначалося зниження постановки та реалізації цілей ($t = 2,865, p \leq 0,01$), менш вираженими були здатність висловлювати свої почуття ($t = 2,217, p \leq 0,05$), цінувати свої переваги, позитивні властивості характеру і поважати себе за них ($t = 3,223, p \leq 0,001$). Нижчою була здатність пацієнтів основної групи до цілісного і позитивного сприйняття світу і людей ($t = 2,871, p \leq 0,01$), спостерігалася зниження когнітивних потреб ($t = 2,143, p \leq 0,05$).

Самооцінка хворих на шизофренію характеризувалася неадекватністю. Зокрема, у пацієнтів основної групи в 48,71 % випадків визначалася занижена самооцінка, в 38,46 % випадків — завищена і лише у 12,83 % хворих з ДП при шизофренії самооцінка була адекватною (рис. 9,а). У групі порівняння у 47,62 % хворих самооцінка була завищеною, у 38,09 % — заниженою і тільки у 14,29 % пацієнтів самооцінка була адекватною (рис. 9,б).

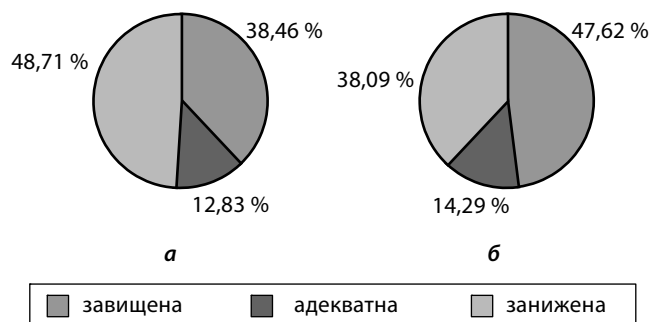


Рис. 9. Особливості самооцінки у пацієнтів з депресивними порушеннями при шизофренії (а) та в групі порівняння (б)

Водночас були визначені вірогідні відмінності між двома групами в переважанні завищеної самооцінки у хворих групи порівняння, що може відображати порушення критики у хворих цієї категорії ($t = 2,326, p \leq 0,05$).

Отже, проведене дослідження дозволило виокремити типові психологічні особливості пацієнтів з ДП при шизофренії, які полягають в особливостях особистості та рівня самооцінки у хворих цієї категорії. Визначено типові для пацієнтів з ДП при шизофренії особистісні характеристики, які полягають у порушенні ціннісно-сислової сфери у вигляді зниження актуальності потреб і цілей, зниженні здатності виражати свої почуття, низькому рівні самосприйняття, порушенні уявлень про людину; нездатності до встановлення емоційно насичених контактів; неадекватності самооцінки.

Узагальнюючи наведені дані, слід зазначити, що отримані результати вказують на те, що наявність ДП при шизофренії проявляється апатією, браком мотивації, астеною, ангедонією, обмеженням кола спілкування, почуттям безнадійності, іншими когнітивними і волевими корелятами депресії.

Серед психологічних особливостей особистості у пацієнтів з ДП виявлено втрату цінностей і цілей ($t = 2,865, p \leq 0,01$), менш вираженою була здатність до самосприйняття ($t = 3,223, p \leq 0,001$) і вираження своїх почуттів ($t = 2,217, p \leq 0,05$), відзначалося зниження когнітивних потреб ($t = 2,143, p \leq 0,05$) порівняно з хворими групи порівняння. Водночас, самооцінка хворих на шизофренію з ДП характеризувалася неадекватністю та була заниженою (48,71 % випадків), а в групі порівняння здебільшого — завищеною (47,62 %).

Отже, в результаті проведеного дослідження були виявлені клініко-психопатологічні особливості, провідні синдромальні варіанти та психологічні ознаки депресивних порушень у структурі шизофренії, на які треба зважати під час диференціальної діагностики і проведення фармако- та психотерапії хворим на шизофренію з депресивними порушеннями.

Список літератури

1. Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты // Здоров'я України. Тематичний номер «Неврологія, Психіатрія. Психотерапія». 2013, № 4 (27). С. 38—39.
2. Гнатишин М. С., Белов О. О. Шизофренія: сучасний погляд. Вінниця : Консоль, 2012. С. 199—205.

3. Психічне здоров'я населення України: інформаційно-аналітичний огляд за 1990—2005 рр. К. : Сфера, 2006. 52 с.

4. Малюта Л. В. Клинико-психопатологические особенности депрессивных расстройств при манифесте шизофрении // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, вип. 2 (87). С. 59—61.

5. Effect of psychosocial interventions on social functioning in depression and schizophrenia: meta-analysis / De Silva M. J., Cooper S., Li H. L. // Br J Psychiatry. 2013; 202: 253—260. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.118018.

6. Kasckow J. W., Zisook S. Co-occurring depressive symptoms in the older patient with schizophrenia // Drugs Aging. 2008; 25(8): 631—647. DOI: 10.2165/00002512-200825080-00002.

7. Смулевич А. Б., Ильина Н. А. Концепции шизофрении — современные подходы — оценки и дискуссии (по материалам XV Всемирного конгресса по психиатрии, Буэнос-Айрес, 18—22 сентября 2011 г.) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2012. № 1. С. 24—29.

8. Малюта Л. В. Патопсихологічні особливості депресивних розладів у хворих на шизофренію // Медицинская психология. 2016. Т. 11, № 2 (42). С. 56—62.

9. Колядко С. П., Каленська Г. Ю., Малюта Л. В. Порівняльний аналіз депресивних проявів в залежності від тривалості шизофренії // East European Scientific Journal (Warsaw, Poland). 2017. № 3 (19), part 1. С. 79—89.

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

11. Никиреева Е. М. Нахождение количественного выражения уровня самооценки (по С. А. Будасси). Психологические особенности направленности личности : учебное пособие. М., 2007. 23 с.

12. Вуколов Э. А. Основы статистического анализа. Практикум по статистическим методам и исследованию с использованием пакетов STATISTICA и EXCEL : учебное пособие. М. : Инфра-М, 2004. 464 с. (Профессиональное образование).

Надійшла до редакції 15.01.2019 р.

КОЛЯДКО Світлана Петрівна, доктор медичних наук, провідний науковий співробітник відділу пограничної психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: s.kolyadko@ukr.net

KOLYADKO Svitlana, Doctor of Medical Sciences, Leading Researcher of the Department of Borderline Psychiatry of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: s.kolyadko@ukr.net

К. І. Лінська

ХРОНОМЕТРИЧНИЙ ПРОФІЛЬ ХВОРИХ НА ДЕПРЕСІЮ ПРИ ВИКОРИСТАННІ ТЕСТУ СПІЛБЕРГЕРА — ХАНИНА

Е. И. Линская

Хронометрический профиль больных депрессией при использовании теста Спилберга — Ханина

K. I. Linska

Chronometric profile of patients with depression at using Spielberger — Khanin's test

Мета роботи — визначення хронометричного профілю хворих на депресію при використанні тесту Спілберга — Ханіна і оцінка діагностичного значення цього профілю на різних етапах лікування.

Обстежено 97 хворих на депресію (основна група), середнім віком $40,94 \pm 1,25$ років, серед них 51 особа з діагнозом «депресивний епізод» (F32 за МКХ-10) і 46 осіб з діагнозом «рекурентний депресивний розлад» (F33 за МКХ-10); а також 64 практично здорові особи, середнім віком $41,21 \pm 1,21$ років (контрольна група). В роботі використовували клініко-психопатологічний, психометричний (шкали HDRS, MADRS і тест Спілберга — Ханіна), а також психофізіологічний методи з використанням програмно-апаратного комплексу «Реоком-стресс» (виробник: «ХАІ-Медика», м. Харків, Україна), з функцією реєстрації часу відповіді на запитання. Всі описані методи протягом дослідження застосовували двічі: з інтервалом в 17—19 діб.

Показано, що під час обстеження № 1 середній час реакції на твердження шкали ситуаційної тривоги тесту Спілберга — Ханіна у хворих був в 1,67 раза більшим, ніж у здорових ($4,77 \pm 0,16$ с проти $2,86 \pm 0,11$ с, $p < 0,00001$), а під час обстеження № 2 — вже в 1,75 раза більшим ніж у здорових ($3,54 \pm 0,10$ с проти $2,02 \pm 0,06$ с, $p < 0,00001$). Встановлено, що протягом лікування хворих на депресію внесок часу реакції на твердження шкали ситуаційної тривоги тесту Спілберга — Ханіна в сумарну інформативність комплексного дослідження, про яке йдеться, збільшується; а внесок традиційних бальних оцінок зменшується. Доведено, що час реакції на твердження тесту Спілберга — Ханіна є інформативним інструментом для оцінки якості лікування хворих на депресію, особливо на етапі їхньої реконвалесценції.

Ключові слова: депресія, оцінка якості лікування, тест Спілберга — Ханіна, хронометрія, час реакції

Цель работы — определение хронометрического профиля больных депрессией при использовании теста Спилберга — Ханина и оценка диагностического значения этого профиля на разных этапах лечения.

Обследовано 97 больных депрессией (основная группа), средний возраст $40,94 \pm 1,25$ лет, среди них 51 человек с диагнозом «депрессивный эпизод» (F32 по МКБ-10) и 46 человек с диагнозом «рекуррентное депрессивное расстройство» (F33 по МКБ-10), а также 64 практически здоровых человека, средний возраст $41,21 \pm 1,21$ лет (контрольная группа). В работе использовали клинико-психопатологический, психометрический (шкалы HDRS, MADRS и тест Спилберга — Ханина), а также психофизиологический методы с использованием программно-аппаратного комплекса «Реоком-стресс» (производитель «ХАИ-Медика», г. Харьков, Украина), с функцией регистрации времени реакции на вопросы. Все описанные методы в ходе исследования применяли дважды: с интервалом в 17—19 дней.

Показано, что при обследовании № 1 среднее время реакции на утверждения шкалы ситуационной тревоги теста Спилберга — Ханина у больных было в 1,67 раза больше, чем у здоровых ($4,77 \pm 0,16$ с против $2,86 \pm 0,11$ с, $p < 0,00001$), а при обследовании № 2 — уже в 1,75 раза больше, чем у здоровых ($3,54 \pm 0,10$ с против $2,02 \pm 0,06$ с, $p < 0,00001$). Установлено, что на протяжении лечения больных депрессией вклад времени реакции на утверждения шкалы ситуационной тревоги теста Спилберга — Ханина в суммарную информативность комплексного исследования, о котором идет речь, увеличивается; а вклад традиционных бальных оценок уменьшается. Доказано, что время реакции на утверждения теста Спилберга — Ханина является информативным инструментом для оценки качества лечения больных с депрессией, особенно на этапе их реконвалесценции.

Ключевые слова: депрессия, оценка качества лечения, тест Спилберга — Ханина, хронометрия, время реакции

The purpose of the work is to determine the chronometric profile of patients with depression using the Spielberger — Khanin test and to assess its diagnostic value at different stages of treatment.

A total of 97 patients with depression (main group) were examined, the average age was 40.94 ± 1.25 years, among them, 51 people diagnosed with depressive episode (F32 according to ICD-10) and 46 people diagnosed with recurrent depressive disorder (F33 according to ICD-10), as well as 64 practically healthy individuals, with an average age of 41.21 ± 1.21 years old (control group). We used clinical-psychopathological, psychometric (HDRS, MADRS scales and Spielberger — Khanin test), as well as psychophysiological methods using Reocom-stress software and hardware complex (manufacturer KhAI-Medika, Kharkiv, Ukraine), with the function of recording the time of answering questions (response time). All the described methods were used twice during the study: with an interval of 17—19 days.

It was shown that during examination No. 1, the average response time to questions on the scale of situational anxiety of the Spielberger — Khanin test in patients was 1.67 times longer than in healthy patients (4.77 ± 0.16 s versus 2.86 ± 0.11 s, $p < 0.00001$), and during examination No. 2 it was already 1.75 times more than that of healthy people (3.54 ± 0.10 s versus 2.02 ± 0.06 s, $p < 0.00001$). It has been established that during the treatment of patients with depression, the contribution of the time of response time to the questions of situational anxiety scale of Spielberger — Khanin test in the total informativeness of this complex investigation increases; and the contribution of traditional scores (in points) decreases. It has been proven that the reaction time to the questions of the Spielberger — Khanin test is an informative tool for assessing the quality of treatment of patients with depressions, especially at the stage of their recovery.

Keywords: depression, assessment of the quality of treatment, Spielberger — Khanin test, chronometry, response time

Депресивні розлади є гостро актуальною глобальною проблемою. Кількість офіційно зареєстрованих хворих на депресію в світі сягає 300 млн осіб [1]. Ризик захворіти на депресію протягом життя у жінок майже

двічі перевищує такий ризик у чоловіків (20—25 % і 8—12 % відповідно [2]).

Тривалий перебіг депресії призводить до численних несприятливих наслідків: порушення адаптивних можливостей пацієнтів, зниження професійного статусу, розпад сім'ї, інвалідизація, втрата соціальних зв'язків, зниження

якості життя і, нарешті, суїцидальна активність [3, 4]. Тому рання діагностика депресії і своєчасний початок лікування є критично важливими для збереження психічного здоров'я і підвищення якості життя пацієнтів цієї категорії.

Відомі численні методики для виявлення депресивних станів, їхньої класифікації та визначення ступеня їхньої тяжкості. На жаль, доступна література є досить суперечливою щодо оцінок ефективності цих інструментів та їхніх діагностичних властивостей. Частково це пояснюється суб'єктивністю сприйняття депресії самими хворими і їхніми лікарями, а також її сильною залежністю від етнокультуральних факторів [5, 6]. Проблема виявилась настільки важливою, що було навіть запропоновано вважати більш ніж помірні чутливість (85 %) та специфічність (75 %) — прийнятним рівнем діагностичної якості інструментів для ідентифікації депресії [7].

Проте, відомо, що депресії часто проявляють себе психомоторною загальмованістю або, навпаки, збудженням (ажитацією). Ці стани настільки характерні для депресій, що вони були включені в сучасні класифікації (зокрема, в DSM-5) [8] як критерії діагностики розладів, про які йдеться. Окрім того, і психомоторна загальмованість, і збудження супроводжуються характерними змінами швидкості психомоторних реакцій [9], що можуть бути кількісно оцінені і використані як маркери об'єктивної діагностики депресивних розладів.

Швидкість згаданих психомоторних реакцій і пов'язаних з ними когнітивних процесів, що відбивається у тривалості часу реакції (ЧР) на візуальні чи слухові стимули, є основним предметом досліджень ментальної хронометрії, науки, яка, завдяки впровадженню комп'ютерних технологій, останнім часом отримала потужний імпульс для свого розвитку [10].

З огляду на сказане вище, цілком слушною постає робоча гіпотеза про те, що інтеграція підходів сучасної, комп'ютеризованої ментальної хронометрії з методами традиційного психодіагностичного дослідження зможе забезпечити істотне підвищення якості діагностики, а також якості моніторингу ефективності лікування депресій.

Раніше [11], ми вже показали, що хронометричний профіль хворих із депресією при використанні шкали Zung [12, 13] істотно відрізняє цих пацієнтів від практично здорових осіб і його можна використовувати для оцінювання якості антидепресивного лікування.

Проведене нами дослідження залишило без відповіді питання про тематичну специфічність виявлених відмінностей. Адже шкала Zung добре розкриває саме депресивну симптоматику, проте інші характерні особливості афективного статусу хворих на депресію (зокрема, тривога) майже не відображені у запитаннях цього діагностичного інструменту. Однак, такі особливості добре розкриває інша психодіагностична методика — тест Спілбергера — Ханіна [14].

Саме тому метою наступного етапу роботи стало описане далі у цій статті визначення хронометричного профілю хворих на депресію з використанням тесту Спілбергера — Ханіна і оцінювання його діагностичного значення на різних етапах лікування.

Дослідження проводилось протягом 2015—2018 рр. на базі відділу пограничної психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків.

Як і на попередньому етапі роботи [11], відбір пацієнтів для участі в цьому дослідженні здійснювали з використанням таких критеріїв включення та виключення.

Критерії включення:

— спроможність прочитати й усвідомити зміст інформаційного листа та підписати форму інформованої згоди на участь у дослідженні;

— наявність депресивного епізоду (F32) або рекурентного депресивного розладу (F33) помірного ступеня тяжкості (діагностику афективних розладів проводили відповідно до критеріїв МКХ-10 [15], а визначення ступеня тяжкості — за психодіагностичними шкалами: 7—27 балів за шкалою депресії Hamilton (HDRS) та 26—30 балів за шкалою депресії Montgomery — Asberg (MADRS) [16, 17].

Критерії виключення:

— наявність тяжкого депресивного епізоду з психотичними симптомами F32.3 чи/або рекурентного депресивного розладу з поточним тяжким епізодом з психотичними симптомами F33.3 (оскільки це робило пацієнта неспроможним виконувати деякі завдання дослідження належно);

— наявність в анамнезі психозів будь-якого походження, а також органічних розладів ЦНС та грубої патології особистості;

— наявність будь-яких хронічних соматичних захворювань в стадії загострення, а також серйозних алергічних реакцій на харчові продукти або лікарські засоби;

— перебування на примусовому лікуванні чи під судом або неспроможність, на думку дослідника, виконувати вимоги дослідження з будь-якої причини;

— вік до 18 років або понад 70 років.

Для участі у дослідженні були рекрутовані лише ті потенційні його учасники, які відповідали всім наведеним критеріям включення, і які водночас не відповідали жодному критерію виключення. Дослідження виконували відповідно до принципів біомедичної етики.

Загалом було обстежено 161 особу, що належали до двох якісно відмінних груп.

Основна група (хворі) налічувала 97 осіб (16 чоловіків та 81 жінка середнім віком $40,94 \pm 1,25$ років) і складалась із двох підгруп, а саме: підгрупа I — 51 особа (9 чоловіків та 42 жінки), що мали діагноз «депресивний епізод» (шифр діагнозу F32 за МКХ-10), підгрупа II — 46 осіб (7 чоловіків та 39 жінок), що мали діагноз «рекурентний депресивний розлад» (F33 за МКХ-10).

Група контролю (практично здорові) налічувала 64 особи (12 чоловіків та 52 жінки середнім віком $41,21 \pm 1,21$ років).

В роботі використовували комплекс методів дослідження, що включав: клініко-психопатологічний, психометричний, психофізіологічний методи, а також метод математичної статистики.

Клініко-психопатологічний метод використовували для оцінювання стану хворих під час госпіталізації і протягом усього дослідження. Він був реалізований у вигляді напівструктурованого клінічного інтерв'ю, яке забезпечувало деталізацію скарг хворих, оцінювання їхнього загального стану, збирання анамнестичних даних, порівняння отриманої інформації з відомостями, що містяться у медичній документації. Інтерпретацію отриманих даних здійснювали відповідно до критеріїв МКХ-10.

Верифікацію даних, отриманих за допомогою клініко-психопатологічного методу, а також кількісне оцінювання ступеня вираженості наявних психічних

та поведінкових розладів здійснювали, застосовуючи психодіагностичні методики, а саме: шкали HDRS та MADRS [16, 17], а також тест Спілбергера — Ханіна [14] (останню шкалу використовували у вигляді її комп'ютерного варіанту у складі програми, що забезпечувала хронометраж процесу дослідження).

Психофізіологічне дослідження здійснювали під час відповідей на запитання тесту Спілбергера — Ханіна [14] з використанням програмно-апаратного комплексу «Реоком-стрес» [18] (виробник: Науково-технічний центр радіоелектронного медичного обладнання і технологій «ХАІ Медика», м. Харків, Україна) з функцією реєстрації часу відповіді (з точністю до 1 мілісекунди) на кожне запитання психодіагностичної шкали, що використовували.

Описану дослідну програму застосовували двічі: у хворих на початку (обстеження № 1) і наприкінці

(обстеження № 2) стаціонарного лікування, а у здорових — з інтервалом в 17—19 діб (що відповідало тривалості перерви між двома обстеженнями в групі хворих).

Отримані результати обробляли методами математичної статистики (дисперсійний, кореляційний аналіз, обчислення діагностичних коефіцієнтів та мір інформативності Кульбака ознак, що вивчали) на комп'ютері за допомогою програм IBM SPSS Statistics 22 та Excel (з пакету Microsoft Office 2016) [19, 20].

В результаті ретельного дотримання критеріїв включення-виключення було створено однорідну вибірку хворих, усі члени якої на момент госпіталізації страждали на середню (в термінології HDRS) або помірну (в термінології MADRS) депресію. Водночас середні значення показників депресії вірогідно відрізняли групу хворих від групи здорових осіб (табл. 1).

Таблиця 1. Середні значення за шкалами HDRS та MADRS в групах порівняння протягом спостереження (під час обстежень № 1 та № 2)

Показники	Середні значення, бали				p (в парах груп порівняння)			
	Обстеження № 1		Обстеження № 2		Х-1		Х-2	3-1
	Здорові (3-1)	Хворі (Х-1)	Здорові (3-2)*	Хворі (Х-2)	3-1	Х-2	3-2	
Загальна оцінка за HDRS	1,66 ± 0,23	21,04 ± 0,26	1,66 ± 0,23	6,07 ± 0,55	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001	—
Загальна оцінка за MADRS	2,70 ± 0,42	27,77 ± 0,14	2,70 ± 0,42	11,59 ± 0,69	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001	—

Примітки. Тут і далі: середні значення подано у форматі «середня арифметична (М) ± стандартна похибка середньої арифметичної (m); p — вірогідність різниць між парами груп порівняння (вірогідні різниці виокремлені заливкою сірого кольору). * — Повторне обстеження здорових осіб не проводили. Використано дані про здорових осіб, отримані при першому обстеженні

За шкалою HDRS рівень депресивної симптоматики у хворих був вищим, ніж у здорових в 12,67 раза (21,04 ± 0,26 балів проти 1,66 ± 0,23 бали при $p < 0,00001$), а за шкалою MADRS — в 10,29 раза (27,77 ± 0,14 балів проти 2,70 ± 0,42 бали, також при $p < 0,00001$).

Протягом курсу стаціонарного лікування у обстежених хворих спостерігалось вірогідне зменшення рівня вираженості депресивної симптоматики. Зокрема, за шкалою HDRS цей рівень під час обстеження № 2 був нижчим, ніж під час обстеження № 1 в 3,47 раза (21,04 ± 0,26 балів проти 6,07 ± 0,55 балів при $p < 0,00001$), а за шкалою MADRS — в 2,40 раза (27,77 ± 0,14 балів проти 11,59 ± 0,69 балів також при $p < 0,00001$). Звичайно, навіть наприкінці стаціонарного лікування за обома шкалами зберігалась вірогідна ($p < 0,00001$) відмінність групи хворих і групи здорових. Цей результат є цілком очікуваним, адже справжню депресію неможливо усунути протягом 2—3 тижнів. Проте, така ситуація є дуже корисною з погляду мети цього дослідження, оскільки створює сприятливі умови для порівняльного аналізу в парі «хворі — здорові» як на початку, так і наприкінці курсу стаціонарного лікування. Результати такого порівняльного аналізу з використанням запропонованого комп'ютерного варіанту тесту Спілбергера — Ханіна (з визначенням хронометричного профілю хворих на депресію при застосуванні цієї методики та оцінювання його діагностичного значення на різних етапах лікування) наведені в таблицях 2—5, а також на рисунках 1 і 2.

Як можна бачити (табл. 2), загальна оцінка за шкалою ситуативної тривоги тесту Спілбергера — Ханіна під час обстеження № 1 для хворих була в 1,34 раза вищою, ніж у здорових (51,66 ± 0,66 балів проти 38,58 ± 0,63 бали, $p < 0,00001$), а середні значення

показників за окремими пунктами цієї шкали — в 1,12—1,59 раза ($0,00001 < p \leq 0,01526$). Водночас (див. табл. 2) загальна оцінка за шкалою особистісної тривожності зазначеного тесту під час обстеження № 1 для хворих була вищою, ніж у здорових в 1,38 раза (57,05 ± 0,62 бали проти 41,41 ± 0,79 балів, $p < 0,00001$), а середні значення показників за окремими пунктами цієї шкали — в 1,13—1,72 раза ($0,00001 < p \leq 0,00595$).

Вказана різниця 1,38 раза для особистісної тривожності та 1,34 раза для ситуативної тривожності є суттєво меншою порівняно з різницею між показниками шкали HDRS (12,67 раза) та MADRS (10,29 раза). Це пояснюється тим, що: по-перше — шкали HDRS та MADRS використовували як критерії включення-виключення при формуванні груп порівняння для цієї роботи, і тому відмінності між такими групами за цими шкалами є максимальними; по-друге — тривога є частим, але не обов'язковим супутнім симптомом депресії, а певний рівень тривожності є природною і, навіть, неодмінною рисою для продуктивного функціонування особистості. Отже деякі хворі на депресію можуть мати відносно низький рівень тривожності, а здорові особи, навпаки, відносно високий її рівень без клінічних ознак депресії чи тривожного розладу.

Щодо загальної оцінки за шкалою ситуативної тривоги тесту Спілбергера — Ханіна під час обстеження № 2 (див. табл. 2), то вона у хворих була в 1,03 раза нижчою, ніж у здорових (33,72 ± 0,73 бали проти 36,38 ± 0,53 бали, $p = 0,00183$), а співвідношення середніх значень показників за окремими пунктами цієї шкали коливались в межах 0,85—1,37 раза, проте різниця між ними далеко не завжди була статистично значущою ($0,00001 < p \leq 0,48594$).

Водночас, загальна оцінка за шкалою особистісної тривожності (див. табл. 2) зазначеного тесту під час обстеження № 2 для хворих була вищою, ніж у здорових в 1,40 раза ($50,88 \pm 0,84$ бали проти $36,42 \pm 0,92$ бали, $p < 0,00001$), а співвідношення середніх значень показників за окремими пунктами цієї шкали коливались в межах 1,24—1,70 раза ($0,00001 < p \leq 0,00183$). Отримані результати свідчать про відсутність суттєвої різниці між

першим та другим дослідженням за показником особистісної тривожності. Це пояснюється самою природою цього показника, адже особистісна тривожність є сталою індивідуальною характеристикою, стійкою до мінливих впливів зовнішнього середовища, що відображає схильність суб'єкта до тривоги і передбачає наявність у нього тенденції сприймати широкий спектр подій як загрозу і реагувати на кожну з них відповідним способом [14].

Таблиця 2. Середні значення за окремими пунктами шкали ситуативної тривоги та особистісної тривожності тесту Спілбергера — Ханіна в групах порівняння під час обстежень № 1 та № 2

Твердження	Оцінка відповідей (середні значення), бали				p (в парах груп порівняння)			
	Обстеження № 1		Обстеження № 2		Х-1		Х-2	3-1
	Здорові (3-1)	Хворі (Х-1)	Здорові (3-2)	Хворі (Х-2)	3-1	Х-2	3-2	
Шкала ситуативної тривоги								
Я спокійний	1,72 ± 0,08	2,42 ± 0,07	1,44 ± 0,08	1,69 ± 0,06	< 0,00001	< 0,00001	0,00752	0,00762
Мені ніщо не загрожує	1,70 ± 0,10	2,61 ± 0,09	1,66 ± 0,10	1,80 ± 0,07	< 0,00001	< 0,00001	0,12279	0,37563
Я перебуваю в напруженні	2,39 ± 0,07	2,82 ± 0,08	2,09 ± 0,11	1,95 ± 0,05	0,00002	< 0,00001	0,11058	0,01130
Я внутрішньо скутий	1,89 ± 0,06	2,62 ± 0,08	1,50 ± 0,07	1,91 ± 0,05	< 0,00001	< 0,00001	0,00001	0,00002
Я відчуваю себе вільно	1,50 ± 0,07	2,39 ± 0,09	1,48 ± 0,07	1,63 ± 0,06	< 0,00001	< 0,00001	0,05136	0,43445
Я засмучений	2,16 ± 0,07	2,79 ± 0,05	1,83 ± 0,10	1,92 ± 0,04	< 0,00001	< 0,00001	0,20129	0,00345
Мене хвилюють можливі невдачі	2,42 ± 0,07	2,72 ± 0,07	2,22 ± 0,10	1,89 ± 0,06	0,00231	< 0,00001	0,00343	0,05545
Я відчуваю душевний спокій	1,55 ± 0,06	2,22 ± 0,06	1,28 ± 0,06	1,75 ± 0,05	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001	0,00104
Я стривожений	2,20 ± 0,06	2,54 ± 0,07	1,89 ± 0,09	1,97 ± 0,04	0,00008	< 0,00001	0,22575	0,00258
Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	1,78 ± 0,06	2,35 ± 0,08	1,53 ± 0,07	1,79 ± 0,05	< 0,00001	< 0,00001	0,00124	0,00408
Я впевнений у собі	1,58 ± 0,07	2,26 ± 0,08	1,39 ± 0,08	1,70 ± 0,06	< 0,00001	< 0,00001	0,00058	0,03240
Я нервуюсь	2,20 ± 0,06	3,09 ± 0,05	1,83 ± 0,10	2,02 ± 0,04	< 0,00001	< 0,00001	0,03674	0,00072
Я не знаходжу собі місця	1,63 ± 0,07	2,55 ± 0,08	1,39 ± 0,07	1,75 ± 0,05	< 0,00001	< 0,00001	0,00002	0,00877
Я напружений	1,91 ± 0,07	2,58 ± 0,07	1,47 ± 0,08	1,70 ± 0,05	< 0,00001	< 0,00001	0,00996	0,00003
Я не відчуваю скутості, напруження	2,17 ± 0,13	2,49 ± 0,07	2,00 ± 0,14	2,05 ± 0,06	0,01526	< 0,00001	0,36893	0,18816
Я задоволений	1,70 ± 0,07	2,37 ± 0,07	1,34 ± 0,07	1,73 ± 0,05	< 0,00001	< 0,00001	0,00001	0,00038
Я стурбований	2,20 ± 0,06	3,01 ± 0,07	1,86 ± 0,09	1,86 ± 0,05	< 0,00001	< 0,00001	0,48594	0,00103
Я дуже збуджений і мені не по собі	1,91 ± 0,07	2,74 ± 0,06	1,73 ± 0,08	1,70 ± 0,05	< 0,00001	< 0,00001	0,36755	0,06247
Мені радісно	2,05 ± 0,06	2,57 ± 0,07	1,95 ± 0,07	1,78 ± 0,05	< 0,00001	< 0,00001	0,02281	0,14627
Мені приємно	1,92 ± 0,03	2,52 ± 0,07	1,83 ± 0,05	1,78 ± 0,05	< 0,00001	< 0,00001	0,26207	0,05526
Загальна оцінка за шкалою ситуативної тривоги	38,58 ± 0,63	51,66 ± 0,66	33,72 ± 0,73	36,38 ± 0,53	< 0,00001	< 0,00001	0,00183	< 0,00001
Шкала особистісної тривожності								
У мене буває піднесений настрій	1,91 ± 0,04	2,49 ± 0,06	1,33 ± 0,06	2,08 ± 0,08	< 0,00001	0,00004	< 0,00001	< 0,00001
Я буваю дратівливим	2,55 ± 0,09	2,88 ± 0,06	2,31 ± 0,10	2,87 ± 0,06	0,00120	0,45125	< 0,00001	0,03843
Я легко впадаю в розпач	2,25 ± 0,08	3,16 ± 0,06	2,02 ± 0,08	2,93 ± 0,07	< 0,00001	0,00777	< 0,00001	0,01958
Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	2,16 ± 0,07	3,19 ± 0,07	2,00 ± 0,09	2,92 ± 0,09	< 0,00001	0,01062	< 0,00001	0,09057
Я сильно переживаю неприємності і довго не можу про них забути	2,39 ± 0,07	3,35 ± 0,05	2,11 ± 0,08	3,05 ± 0,08	< 0,00001	0,00078	< 0,00001	0,00456
Я відчуваю прилив сил і бажання працювати	1,94 ± 0,05	2,51 ± 0,08	1,33 ± 0,07	1,92 ± 0,09	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001
Я спокійний, холонокровний і зібраний	2,08 ± 0,10	2,89 ± 0,07	1,81 ± 0,09	2,59 ± 0,08	< 0,00001	0,00294	< 0,00001	0,02324
Мене турбують можливі труднощі	2,28 ± 0,06	3,00 ± 0,06	1,83 ± 0,10	2,34 ± 0,08	< 0,00001	< 0,00001	0,00003	0,00007
Я дуже переживаю через дрібниці	2,00 ± 0,08	3,08 ± 0,07	1,92 ± 0,09	2,72 ± 0,09	< 0,00001	0,00123	< 0,00001	0,26257

Твердження	Оцінка відповідей (середні значення), бали				p (в парах груп порівняння)			
	Обстеження № 1		Обстеження № 2		Х-1		Х-2	3-1
	Здорові (3-1)	Хворі (Х-1)	Здорові (3-2)	Хворі (Х-2)	3-1	Х-2	3-2	
Шкала особистісної тривожності								
Я буваю цілком щасливий	1,78 ± 0,06	2,68 ± 0,07	1,70 ± 0,07	2,32 ± 0,09	< 0,00001	0,00080	< 0,00001	0,21214
Я все приймаю близько до серця	2,50 ± 0,09	3,29 ± 0,07	2,25 ± 0,10	2,97 ± 0,08	< 0,00001	0,00147	< 0,00001	0,02824
Мені не вистачає впевненості в собі	2,25 ± 0,09	2,89 ± 0,07	2,05 ± 0,11	2,56 ± 0,08	< 0,00001	0,00147	0,00012	0,07948
Я відчуваю себе беззахисним	1,73 ± 0,08	2,76 ± 0,07	1,42 ± 0,08	2,06 ± 0,09	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001	0,00343
Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	2,42 ± 0,09	3,16 ± 0,06	2,14 ± 0,10	2,95 ± 0,07	< 0,00001	0,00808	< 0,00001	0,02356
У мене буває хандра	2,08 ± 0,07	2,92 ± 0,05	1,92 ± 0,08	2,64 ± 0,06	< 0,00001	0,00031	< 0,00001	0,07988
Я буваю задоволений	1,86 ± 0,06	2,52 ± 0,07	1,80 ± 0,06	2,25 ± 0,06	< 0,00001	0,00194	< 0,00001	0,23538
Всякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1,92 ± 0,07	2,75 ± 0,09	1,89 ± 0,07	2,56 ± 0,09	< 0,00001	0,05590	< 0,00001	0,38114
Буває, що я відчуваю себе невдахою	1,44 ± 0,06	2,47 ± 0,08	1,45 ± 0,06	2,47 ± 0,08	< 0,00001	0,50000	< 0,00001	0,43010
Я врівноважена людина	1,81 ± 0,11	2,15 ± 0,08	1,66 ± 0,09	2,19 ± 0,08	0,00595	0,39337	0,00001	0,12891
Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи	2,06 ± 0,05	2,91 ± 0,08	1,48 ± 0,09	2,51 ± 0,08	< 0,00001	0,00016	< 0,00001	< 0,00001
Загальна оцінка за шкалою особистісної тривожності	41,41 ± 0,79	57,05 ± 0,62	36,42 ± 0,92	50,88 ± 0,84	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001	0,00003

Щодо хронометричних профілів хворих і здорових осіб, тобто спектрів середніх значень часу реакції (ЧР) респондентів на кожний із пунктів тесту (часу, що витрачався на вибір необхідного варіанту відповіді), то вони істотно відрізнялись в групах порівняння (табл. 3).

Під час обстеження № 1 усереднена оцінка ЧР на всі твердження шкали ситуативної тривоги тесту Спілбергера — Ханіна для хворих була в 1,67 рази вищою, ніж у здорових ($4,77 \pm 0,16$ с проти $2,86 \pm 0,11$ с, $p < 0,00001$). Щодо співвідношень середніх значень ЧР за окремими пунктами цієї шкали, то вони коливались в межах 0,89—3,07 рази, проте різниця між середніми значеннями далеко не завжди була статистично значущою ($0,00001 < p \leq 0,43729$).

Водночас (див. табл. 3) усереднена оцінка ЧР на всі твердження шкали особистісної тривожності зазначеного тесту під час обстеження № 1 для хворих була вищою, ніж у здорових в 1,62 рази ($3,25 \pm 0,12$ с проти $2,01 \pm 0,06$ с, $p < 0,00001$), а співвідношення середніх значень ЧР за окремими пунктами цієї шкали коливались в межах 1,02—2,97 рази, але різниця між ними не завжди була статистично значущою ($0,00001 < p \leq 0,36986$).

Наведені дані вказують на певну уповільненість когнітивних процесів у хворих на депресію (порівняно із здоровими респондентами), що добре узгоджується з сучасними уявленнями. Однак ця загальмованість не є тотальною, бо на деякі питання обох шкал тесту Спілбергера — Ханіна хворі на депресію відповідали так само швидко, як і здорові особи (без вірогідних різниць), а іноді — навіть швидше, ніж здорові. Під час обстеження № 1 серед таких тверджень для шкали ситуативної тривоги були: «Я засмучений», «Я стривожений», «Я нервуюсь», «Я перебуваю в напруженні», а для шкали особистісної тривожності — «Я сильно переживаю неприємності і довго не можу про них забути», а також «Я все приймаю близько до серця».

Як було вже сказано, стимульний матеріал демонстрували респондентам двічі (обстеження № 1 та № 2).

Під час обстеження № 2 (див. табл. 3) усереднена оцінка ЧР на всі твердження шкали ситуативної тривоги тесту Спілбергера — Ханіна для хворих також була вищою, ніж у здорових — в 1,75 рази ($3,54 \pm 0,10$ с проти $2,02 \pm 0,06$ с, $p < 0,00001$). Щодо співвідношень середніх значень ЧР за окремими пунктами цієї шкали, то вони коливались в межах 1,19—3,34 рази і різниця між цими середніми значеннями в усіх випадках була статистично значущою ($0,00001 < p \leq 0,03071$). Водночас (див. табл. 3) усереднена оцінка ЧР на всі твердження шкали особистісної тривожності зазначеного тесту під час обстеження № 2 для хворих була вищою, ніж у здорових в 1,39 рази ($2,70 \pm 0,10$ с проти $1,94 \pm 0,06$ с, $p < 0,00001$), а співвідношення середніх значень ЧР за окремими пунктами цієї шкали коливались в межах 0,85—2,19 рази, але різниця між цими середніми значеннями не завжди була статистично значущою ($0,00001 < p \leq 0,35712$).

Відомо, що додаткову інформацію про будь-які об'єкти несуть лише відносно незалежні одна від одної ознаки. Тому наступний етап цієї роботи був присвячений кореляційному аналізу двох каналів інформації, про які йдеться (шкальні оцінки ситуативної тривоги й особистісної тривожності за пунктами тесту Спілбергера — Ханіна, а також ЧР на ці пункти). Було встановлено, що ці показники є прямо корельованими між собою. Інакше кажучи: чим більше вираженість тривоги (тривожності), тим більше ЧР. Але ця кореляція виявилась слабкою. Коефіцієнти такої кореляції за шкалою ситуативної тривоги становили 0,27 і 0,03 одиниці при обстеженнях № 1 і № 2 відповідно; а за шкалою особистісної тривожності — 0,13 і 0,24 одиниці при обстеженнях № 1 і № 2 відповідно. Отже, канали інформації, про які йдеться, можна вважати незалежними і, відповідно, такими, що несуть додаткову (щодо один одного) інформацію про стан обстежених осіб.

Таблиця 3. Середні значення часу реакції у відповіді на окремі запитання шкал ситуативної тривоги та особистісної тривожності тесту Спілбергера — Ханіна в групах порівняння під час обстежень № 1 та № 2

Твердження	Оцінка часу реакції у відповіді на твердження (середні значення), с				p (в парах груп порівняння)			
	Обстеження № 1		Обстеження № 2		Х-1		Х-2	3-1
	Здорові (3-1)	Хворі (Х-1)	Здорові (3-2)	Хворі (Х-2)	3-1	Х-2	3-2	
Шкала ситуативної тривоги								
Я спокійний	4,62 ± 0,20	8,73 ± 0,35	3,68 ± 0,13	5,38 ± 0,15	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001	0,00008
Мені ніщо не загрожує	3,73 ± 0,21	8,90 ± 0,41	2,29 ± 0,12	5,23 ± 0,23	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001
Я перебуваю в напруженні	4,83 ± 0,25	4,29 ± 0,25	3,05 ± 0,23	3,92 ± 0,18	0,06332	0,11080	0,00165	< 0,00001
Я внутрішньо скутий	2,97 ± 0,15	3,78 ± 0,27	2,29 ± 0,11	3,03 ± 0,16	0,00437	0,00800	0,00013	0,00022
Я відчуваю себе вільно	3,14 ± 0,16	5,59 ± 0,27	2,21 ± 0,06	3,98 ± 0,20	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001
Я засмучений	4,49 ± 0,29	4,56 ± 0,23	2,83 ± 0,16	3,75 ± 0,18	0,41805	0,00306	0,00010	< 0,00001
Мене хвилюють можливі невдачі	2,17 ± 0,10	4,51 ± 0,23	1,52 ± 0,04	3,98 ± 0,21	< 0,00001	0,04318	< 0,00001	< 0,00001
Я відчуваю душевний спокій	2,46 ± 0,20	4,10 ± 0,23	1,91 ± 0,12	3,12 ± 0,21	< 0,00001	0,00097	< 0,00001	0,00798
Я стривожений	3,68 ± 0,15	3,73 ± 0,25	2,35 ± 0,09	3,48 ± 0,16	0,43729	0,20660	< 0,00001	< 0,00001
Я відчуваю почуття внутрішнього задоволення	2,70 ± 0,26	5,87 ± 0,32	1,83 ± 0,10	3,47 ± 0,19	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001	0,00108
Я впевнений у собі	2,31 ± 0,19	3,85 ± 0,13	1,49 ± 0,07	2,94 ± 0,12	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001	0,00003
Я нервуюсь	3,30 ± 0,21	3,45 ± 0,23	2,23 ± 0,18	2,65 ± 0,13	0,30693	0,00128	0,03071	0,00009
Я не знаходжу собі місця	2,40 ± 0,16	3,25 ± 0,23	1,87 ± 0,05	3,84 ± 0,20	0,00136	0,02602	< 0,00001	0,00080
Я напружений	2,19 ± 0,20	4,01 ± 0,29	1,36 ± 0,06	2,74 ± 0,16	< 0,00001	0,00009	< 0,00001	0,00006
Я не відчуваю скутості, напруження	3,24 ± 0,26	8,29 ± 0,61	2,10 ± 0,11	5,02 ± 0,33	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001	0,00005
Я задоволений	1,21 ± 0,04	3,72 ± 0,18	1,01 ± 0,06	3,37 ± 0,18	< 0,00001	0,08686	< 0,00001	0,00375
Я стурбований	2,31 ± 0,09	3,21 ± 0,27	2,30 ± 0,16	3,10 ± 0,17	0,00086	0,36811	0,00045	0,48384
Я дуже збуджений і мені не по собі	1,79 ± 0,08	3,22 ± 0,17	1,53 ± 0,08	3,30 ± 0,23	< 0,00001	0,40202	< 0,00001	0,01101
Мені радісно	2,36 ± 0,18	4,99 ± 0,32	1,47 ± 0,06	2,65 ± 0,14	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001
Мені приємно	1,25 ± 0,06	3,27 ± 0,20	1,11 ± 0,06	1,89 ± 0,10	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001	0,05885
У середньому	2,86 ± 0,11	4,77 ± 0,16	2,02 ± 0,06	3,54 ± 0,10	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001
Шкала особистісної тривожності								
У мене буває піднесений настрій	1,86 ± 0,10	2,65 ± 0,15	1,69 ± 0,13	2,58 ± 0,18	0,00001	0,38106	0,00005	0,15029
Я буваю дратівливим	1,70 ± 0,12	3,08 ± 0,20	1,98 ± 0,15	3,17 ± 0,21	< 0,00001	0,37353	< 0,00001	0,07393
Я легко впадаю в розпач	1,46 ± 0,09	2,87 ± 0,19	1,69 ± 0,10	2,72 ± 0,17	< 0,00001	0,28155	< 0,00001	0,05006
Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	5,43 ± 0,49	6,35 ± 0,41	3,39 ± 0,18	4,73 ± 0,25	0,07532	0,00047	0,00001	0,00007
Я сильно переживаю неприємності і довго не можу про них забути	2,52 ± 0,11	2,57 ± 0,14	1,89 ± 0,15	3,04 ± 0,20	0,36986	0,02928	0,00001	0,00061
Я відчуваю прилив сил і бажання працювати	2,21 ± 0,16	3,88 ± 0,22	1,86 ± 0,10	2,17 ± 0,11	< 0,00001	< 0,00001	0,01994	0,03487
Я спокійний, холонокровний і зібраний	2,22 ± 0,18	3,54 ± 0,28	1,41 ± 0,08	2,45 ± 0,14	0,00004	0,00025	< 0,00001	0,00003
Мене турбують можливі труднощі	1,98 ± 0,12	2,72 ± 0,16	1,78 ± 0,11	2,80 ± 0,17	0,00013	0,37153	< 0,00001	0,11319
Я дуже переживаю через дрібниці	0,94 ± 0,03	2,01 ± 0,13	2,10 ± 0,16	2,19 ± 0,18	< 0,00001	0,20978	0,35712	< 0,00001
Я буваю цілком щасливий	2,31 ± 0,21	3,73 ± 0,22	1,44 ± 0,11	2,37 ± 0,14	< 0,00001	< 0,00001	< 0,00001	0,00023
Я все приймаю близько до серця	1,52 ± 0,05	1,69 ± 0,09	1,47 ± 0,08	1,65 ± 0,09	0,04922	0,35780	0,06962	0,29059
Мені не вистачає впевненості в собі	1,47 ± 0,08	2,88 ± 0,19	1,93 ± 0,09	2,39 ± 0,16	< 0,00001	0,02520	0,00644	0,00006
Я відчуваю себе беззахисним	0,99 ± 0,03	2,58 ± 0,19	1,48 ± 0,14	1,80 ± 0,09	< 0,00001	0,00015	0,02544	0,00041
Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	3,44 ± 0,21	4,03 ± 0,34	3,11 ± 0,18	3,75 ± 0,22	0,06934	0,24320	0,01273	0,11531

Твердження	Оцінка часу реакції у відповіді на твердження (середні значення), с				p (в парах груп порівняння)			
	Обстеження № 1		Обстеження № 2		Х-1		Х-2	3-1
	Здорові (3-1)	Хворі (Х-1)	Здорові (3-2)	Хворі (Х-2)	3-1	Х-2	3-2	
Шкала особистісної тривожності								
У мене буває хандра	1,66 ± 0,08	3,00 ± 0,21	1,53 ± 0,09	2,02 ± 0,12	< 0,00001	0,00004	0,00066	0,15119
Я буваю задоволений	1,30 ± 0,06	3,55 ± 0,23	1,53 ± 0,09	2,65 ± 0,14	< 0,00001	0,00046	< 0,00001	0,02008
Всякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	1,87 ± 0,13	2,84 ± 0,14	1,51 ± 0,05	2,42 ± 0,14	< 0,00001	0,01882	< 0,00001	0,00635
Буває, що я відчуваю себе невдахою	1,20 ± 0,09	3,14 ± 0,21	1,38 ± 0,09	2,12 ± 0,12	< 0,00001	0,00002	< 0,00001	0,07686
Я врівноважена людина	1,50 ± 0,08	4,46 ± 0,19	1,72 ± 0,10	3,77 ± 0,22	< 0,00001	0,00868	< 0,00001	0,04448
Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи і турботи	2,69 ± 0,25	3,40 ± 0,20	3,87 ± 0,30	3,28 ± 0,21	0,01420	0,34596	0,05414	0,00149
У середньому	2,01 ± 0,06	3,25 ± 0,12	1,94 ± 0,06	2,70 ± 0,10	< 0,00001	0,00021	< 0,00001	0,19270

Наведені вище дані створили всі потрібні передумови для порівняння інформативності цих двох каналів інформації з погляду їхньої спроможності до диференціювання здорових і хворих із депресією на різних етапах лікування (табл. 4). З цією метою для обох типів даних (шкальні оцінки вираженості

депресивної симптоматики, передбачені пунктами тесту Спілбергера — Ханіна, а також ЧР на ці пункти) були обчислені діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності Кульбака (МІ) [19].

Результати цієї роботи подано у таблицях 4 і 5, а також на рис. 1 та 2.

Таблиця 4. Діагностична цінність та інформативність шкальних оцінок (ШО) за шкалою ситуативної тривоги тесту Спілбергера — Ханіна та значень часу реакції респондентів як маркерів наявності-відсутності депресивних розладів

Твердження (симптоми)	Обстеження № 1						Обстеження № 2					
	Шкальна оцінка			Час реакції			Шкальна оцінка			Час реакції		
	D, балів	ДК	МІ	D, с	ДК	МІ	D, балів	ДК	МІ	D, с	ДК	МІ
Маркери наявності депресивних розладів												
Я спокійний	> 2	-7,04	1,34	> 6,0	-10,24	3,82	> 1	-2,55	0,35	> 4,7	-9,66	3,11
Мені ніщо не загрожує	> 1	-2,82	0,60	> 4,6	-7,18	2,60	> 1	-1,80	0,20	> 3,5	-8,66	3,01
Я перебуваю в напруженні	> 2	-2,21	0,31	≤ 3,2	-4,45	0,56	≤ 2	-2,01	0,34	> 3,7	-3,45	0,56
Я внутрішньо скутий	> 2	-11,20	3,20	> 4,5	-10,62	1,75	> 1	-2,60	0,48	> 2,9	-5,01	0,85
Я відчуваю себе вільно	> 2	-15,18	3,79	> 3,7	-5,31	1,39	> 1	-0,98	0,06	> 3,0	-13,44	4,43
Я засмучений	> 2	-5,01	1,27	> 5,1	-2,41	0,20	> 1	-1,69	0,24	> 2,9	-3,57	0,71
Мене хвилюють можливі невдачі	> 3	-10,24	0,76	> 3,9	-12,74	3,54	≤ 2	-2,07	0,34	> 1,9	-11,36	4,51
Я відчуваю душевний спокій	> 1	-2,25	0,42	> 2,5	-3,63	0,74	> 1	-3,97	0,83	> 2,4	-5,89	1,20
Я стривожений	> 2	-3,55	0,49	≤ 2,3	-4,93	0,57	> 1	-1,36	0,16	> 2,8	-6,32	1,62
Я відчуваю внутрішнє задоволення	> 2	-11,20	2,14	> 4,1	-7,28	2,23	> 1	-1,83	0,24	> 2,7	-6,36	1,49
Я впевнений у собі	> 2	-14,43	3,01	> 2,1	-4,42	1,28	> 1	-3,03	0,50	> 2,4	-11,68	3,76
Я нервуюсь	> 2	-5,83	1,93	≤ 1,5	-6,43	0,51	> 1	-1,94	0,32	> 2,2	-2,62	0,37
Я не знаходжу собі місця	> 2	-12,34	3,12	> 3,4	-5,73	0,74	> 1	-3,03	0,55	> 2,6	-13,31	4,25
Я напружений	> 2	-7,57	1,67	> 2,1	-3,67	0,72	> 1	-2,52	0,37	> 1,8	-9,47	2,90
Я не відчуваю скутості, напруження	> 1	-1,65	0,25	> 5,3	-6,50	1,59	> 1	-2,52	0,48	> 2,5	-6,77	1,98
Я задоволений	> 2	-8,08	1,37	> 1,7	-12,77	5,36	> 1	-4,03	0,87	> 1,3	-9,66	3,73
Я стурбований	> 2	-5,60	1,61	> 3,1	-7,00	1,10	≤ 2	-0,89	0,08	> 2,5	-2,82	0,40
Я дуже збуджений і мені не по собі	> 2	-8,86	2,78	> 2,7	-8,99	2,43	≤ 2	-0,34	0,01	> 2,1	-9,06	2,49
Мені радісно	> 2	-6,65	1,50	> 2,8	-6,89	2,09	≤ 2	-0,44	0,02	> 2,3	-10,75	2,74
Мені приємно	> 2	-15,35	4,00	> 2,2	-11,55	3,60	≤ 1	-1,76	0,08	> 1,2	-5,79	1,52
Загалом за шкалою ситуативної тривоги	> 45	-10,18	3,75	> 3,4	-7,46	2,40	> 32	-1,78	0,22	> 2,5	-8,99	3,40

Твердження (симптоми)	Обстеження № 1						Обстеження № 2					
	Шкальна оцінка			Час реакції			Шкальна оцінка			Час реакції		
	D, балів	ДК	МІ	D, с	ДК	МІ	D, балів	ДК	МІ	D, с	ДК	МІ
Маркери відсутності депресивних розладів												
Я спокійний	≤ 2	2,36	0,45	≤ 6,0	7,21	2,69	≤ 1	2,36	0,32	≤ 4,7	5,20	1,67
Мені ніщо не загрожує	≤ 1	7,12	1,52	≤ 4,6	9,05	3,28	≤ 1	2,05	0,22	≤ 3,5	6,58	2,28
Я перебуваю в напруженні	≤ 2	2,86	0,40	> 3,2	1,50	0,19	> 2	7,09	1,20	≤ 3,7	2,51	0,40
Я внутрішньо скутий	≤ 2	3,98	1,14	≤ 4,5	1,81	0,30	≤ 1	4,94	0,92	≤ 2,9	2,23	0,38
Я відчуваю себе вільно	≤ 2	3,08	0,77	≤ 3,7	4,82	1,26	≤ 1	1,10	0,07	≤ 3,0	4,96	1,64
Я засмучений	≤ 2	4,73	1,20	≤ 5,1	1,01	0,08	≤ 1	5,16	0,73	≤ 2,9	3,77	0,75
Мене хвилюють можливі невдачі	≤ 3	0,78	0,06	≤ 3,9	3,71	1,03	> 2	5,12	0,83	≤ 1,9	8,13	3,22
Я відчуваю душевний спокій	≤ 1	7,40	1,37	≤ 2,5	3,93	0,80	≤ 1	3,81	0,80	≤ 2,4	2,78	0,56
Я стривожений	≤ 2	1,89	0,26	> 2,3	1,30	0,15	≤ 1	5,23	0,63	≤ 2,8	4,08	1,05
Я відчуваю внутрішнє задоволення	≤ 2	2,17	0,41	≤ 4,1	5,41	1,65	≤ 1	3,24	0,43	≤ 2,7	3,41	0,80
Я впевнений у собі	≤ 2	2,40	0,50	≤ 2,1	8,60	2,49	≤ 1	2,96	0,49	≤ 2,4	4,89	1,57
Я нервуюсь	≤ 2	8,71	2,88	> 1,5	0,79	0,06	≤ 1	7,50	1,25	≤ 2,2	2,48	0,35
Я не знаходжу собі місця	≤ 2	3,20	0,81	≤ 3,4	1,45	0,19	≤ 1	3,62	0,66	≤ 2,6	4,68	1,49
Я напружений	≤ 2	2,91	0,64	≤ 2,1	3,57	0,70	≤ 1	2,78	0,41	≤ 1,8	4,74	1,45
Я не відчуваю скутості, напруження	≤ 1	9,21	1,39	≤ 5,3	3,65	0,89	≤ 1	5,85	1,12	≤ 2,5	5,15	1,51
Я задоволений	≤ 2	1,95	0,33	≤ 1,7	9,25	3,88	≤ 1	3,96	0,85	≤ 1,3	8,30	3,21
Я стурбований	≤ 2	5,79	1,66	≤ 3,1	1,81	0,28	> 2	7,25	0,64	≤ 2,5	2,33	0,33
Я дуже збуджений і мені не по собі	≤ 2	5,13	1,61	≤ 2,7	3,83	1,04	> 2	6,58	0,24	≤ 2,1	3,95	1,09
Мені радісно	≤ 2	3,16	0,71	≤ 2,8	5,51	1,67	> 2	6,07	0,29	≤ 2,3	3,32	0,85
Мені приємно	≤ 2	3,34	0,89	≤ 2,2	4,61	1,44	> 1	0,48	0,02	≤ 1,2	4,49	1,18
Загалом за шкалою ситуативної тривоги	≤ 45	6,96	2,56	≤ 3,4	5,99	1,92	≤ 32	3,06	0,39	≤ 2,5	8,23	3,11

Примітки. D — діапазон ознаки; ДК — діагностичний коефіцієнт, МІ — міра інформативності Кульбака (так само в табл. 5)

Було встановлено (див. табл. 4), що при переході від обстеження № 1 до обстеження № 2 міра інформативності Кульбака загальних оцінок за шкалою ситуативної тривоги тесту Спілбергера — Ханіна зменшується: для маркерів наявності депресивних розладів в 17,05 раза (з 3,75 до 0,22 одиниць), а для маркерів відсутності депресивних розладів — в 6,56 раза (з 2,56 до 0,39 одиниць). Водночас (див. табл. 4), при тому ж переході від обстеження № 1 до обстеження № 2 міра інформативності Кульбака ЧР на пункти шкали ситуативної тривоги тесту Спілбергера — Ханіна збільшується: для маркерів наявності депресивних розладів в 1,42 раза (з 2,40 до 3,40 одиниць), а для маркерів відсутності депресивних розладів — в 1,62 раза (з 1,92 до 3,11 одиниць).

Щодо інформативності загальних оцінок за шкалою особистісної тривожності тесту Спілбергера — Ханіна (див. табл. 5), то вони при переході від обстеження № 1 до обстеження № 2 зазнають відносно малих за своєю амплітудою і протилежних за напрямком змін. Зокрема, міра інформативності Кульбака загальних оцінок за цією шкалою при такому переході: для маркерів наявності депресивних розладів зменшується в 3,24 раза (з 5,83 до 1,80 одиниць), а для маркерів відсутності депресивних розладів збільшується в 1,03 раза (з 3,24 до 3,34 одиниць). Водночас, при тому ж переході

від обстеження № 1 до обстеження № 2 міра інформативності Кульбака ЧР на пункти шкали особистісної тривожності тесту Спілбергера — Ханіна: для маркерів наявності депресивних розладів — майже не змінюється (1,90 і 1,92 одиниць відповідно), а для маркерів відсутності депресивних розладів — зменшується в 1,79 раза (з 1,22 до 0,68 одиниць).

В результаті цих змін питома вага інформативності часу реакції в цьому комплексному дослідженні з використанням шкали ситуативної тривоги при переході від обстеження № 1 до обстеження № 2 зростає (див. табл. 5): для маркерів наявності депресивних розладів в 2,41 раза (з 2,40/(2,40+3,75) × 100 = 39,02 % до 3,40/(3,40 + 0,22) × 100 = 93,92 %), а для маркерів відсутності депресивних розладів — в 2,07 раза (з 1,92/(1,92 + 2,56) × 100 = 42,86 % до 3,11/(3,11 + 0,39) × 100 = 88,86 %).

Що стосується шкали особистісної тривожності (див. табл. 5), то при переході від обстеження № 1 до обстеження № 2 для маркерів наявності депресивних розладів питома вага інформативності ЧР зросла в 2,10 раза (з 1,90/(1,90 + 5,83) × 100 = 24,58 % до 1,92/(1,92 + 1,80) × 100 = 51,61 %), а для маркерів відсутності депресивних розладів, навпаки, зменшилась — в 1,62 рази (з 1,22/(1,22 + 3,24) × 100 = 27,35 % до 0,68/(0,68 + 3,34) × 100 = 16,92 %).

Таблиця 5. Діагностична цінність та інформативність шкальних оцінок за шкалою особистісної тривожності тесту Спілбергера — Ханіна та значень часу реакції як маркерів наявності-відсутності депресивних розладів

Твердження (симптоми)	Обстеження № 1						Обстеження № 2					
	Шкальна оцінка			Час реакції			Шкальна оцінка			Час реакції		
	D, балів	ДК	МІ	D, с	ДК*	МІ	D, балів	ДК	МІ	D, с	ДК	МІ
Маркери наявності депресивних розладів												
У мене буває піднесений настрій	> 2	-15,01	3,60	> 2,2	-4,54	0,85	> 1	-3,63	0,74	> 2,3	-3,45	0,46
Я буваю дратівливим	> 2	-1,97	0,27	> 2,3	-6,72	1,55	> 2	-3,82	0,84	> 2,7	-9,25	2,14
Я легко впадаю в розпач	> 2	-3,87	1,00	> 1,5	-5,25	1,25	> 2	-5,38	1,34	> 2,2	-7,15	1,64
Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	> 2	-5,29	1,58	> 5,5	-3,13	0,44	> 2	-4,15	0,88	> 4,6	-5,55	1,01
Я переживаю неприємності і не можу про них забути	> 2	-3,45	0,92	≤ 2,5	-1,58	0,15	> 2	-4,90	1,28	> 2,3	-2,97	0,43
Я відчуваю прилив сил і бажання працювати	> 2	-9,42	2,28	> 3,0	-5,75	1,24	> 1	-3,26	0,54	> 2,0	-2,61	0,29
Я спокійний, холоднокровний і зібраний	> 2	-3,40	0,70	> 3,6	-5,73	0,74	> 2	-5,18	1,02	> 1,6	-5,51	1,43
Мене турбують можливі труднощі	> 2	-4,16	1,04	> 2,4	-3,05	0,41	> 1	-1,63	0,23	> 2,3	-4,65	0,83
Я дуже переживаю через дрібниці	> 2	-5,76	1,75	> 1,2	-13,18	4,07	> 2	-4,37	0,83	≤ 1,7	-1,28	0,10
Я буваю цілком щасливий	> 2	-11,06	3,05	> 1,6	-2,52	0,48	> 2	-8,30	1,49	> 1,4	-3,97	0,83
Я все приймаю близько до серця	> 2	-2,55	0,53	> 2,2	-7,97	0,66	> 2	-3,03	0,55	> 1,5	-1,87	0,14
Мені не вистачає впевненості в собі	> 2	-4,67	1,12	> 1,6	-5,32	1,30	> 2	-4,38	0,77	> 2,6	-5,31	0,69
Я відчуваю себе беззахисним	> 2	-8,41	2,34	> 1,2	-8,07	2,39	> 1	-3,30	0,61	> 1,0	-2,86	0,56
Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	> 2	-2,50	0,50	> 5,7	-5,79	0,51	> 2	-3,15	0,60	> 5,1	-5,40	0,42
У мене буває хандра	> 2	-5,87	1,84	> 2,8	-11,81	2,62	> 2	-5,26	1,07	> 1,6	-2,51	0,31
Я буваю задоволений	> 2	-10,41	2,44	> 1,7	-7,86	2,51	> 2	-8,74	1,33	> 1,9	-6,05	1,43
Всякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	> 2	-7,42	2,10	> 2,0	-3,60	0,69	> 2	-6,24	1,25	> 1,8	-9,95	2,77
Буває, що я відчуваю себе невдахою	> 2	-15,01	3,60	> 1,6	-7,34	2,28	> 2	-15,01	3,60	> 1,6	-4,29	0,79
Я врівноважена людина	> 1	-1,51	0,17	> 1,8	-7,88	3,16	> 2	-4,96	0,66	> 3,0	-11,42	3,44
Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи	> 2	-7,97	2,62	> 1,9	-2,34	0,39	> 1	-3,97	1,07	≤ 2,0	-2,05	0,13
Загалом за шкалою особистісної тривожності	> 51	-14,32	5,83	> 2,5	-6,91	1,90	> 41	-5,43	1,80	> 2,5	-8,36	1,92
Маркери відсутності депресивних розладів												
У мене буває піднесений настрій	≤ 2	2,90	0,69	≤ 2,2	2,75	0,52	≤ 1	3,93	0,80	≤ 2,3	1,81	0,24
Я буваю дратівливим	≤ 2	3,37	0,47	≤ 2,3	3,27	0,76	≤ 2	4,44	0,98	≤ 2,7	2,96	0,69
Я легко впадаю в розпач	≤ 2	7,14	1,85	≤ 1,5	3,97	0,95	≤ 2	4,26	1,06	≤ 2,2	3,13	0,72
Я хотів би бути таким же щасливим, як і інші	≤ 2	6,86	2,04	≤ 5,5	2,09	0,29	≤ 2	3,76	0,80	≤ 4,6	2,40	0,44
Я переж. неприємн. і не можу про них забути	≤ 2	12,60	3,35	> 2,5	1,81	0,17	≤ 2	5,19	1,36	≤ 2,3	2,32	0,34
Я відчуваю прилив сил і бажання працювати	≤ 2	3,15	0,76	≤ 3,0	3,11	0,67	≤ 1	2,78	0,46	≤ 2,0	1,54	0,17
Я спокійний, холоднокровний і зібраний	≤ 2	4,24	0,87	≤ 3,6	1,45	0,19	≤ 2	2,82	0,56	≤ 1,6	4,57	1,18
Мене турбують можливі труднощі	≤ 2	5,69	1,43	≤ 2,4	1,99	0,27	≤ 1	5,37	0,74	≤ 2,3	2,53	0,45
Я дуже переживаю через дрібниці	≤ 2	6,49	1,97	≤ 1,2	4,42	1,36	≤ 2	2,88	0,55	> 1,7	1,56	0,12
Я буваю цілком щасливий	≤ 2	3,75	1,03	≤ 1,6	5,85	1,12	≤ 2	2,11	0,38	≤ 1,4	3,81	0,80
Я все приймаю близько до серця	≤ 2	8,27	1,70	≤ 2,2	0,81	0,07	≤ 2	3,62	0,66	≤ 1,5	1,03	0,08
Мені не вистачає впевненості в собі	≤ 2	4,47	1,08	≤ 1,6	4,11	1,00	≤ 2	2,55	0,45	≤ 2,6	1,51	0,20
Я відчуваю себе беззахисним	≤ 2	4,13	1,15	≤ 1,2	4,74	1,40	≤ 1	3,52	0,66	≤ 1,0	4,94	0,97
Я намагаюся уникати критичних ситуацій і труднощів	≤ 2	7,69	1,55	≤ 5,7	0,90	0,08	≤ 2	3,95	0,76	≤ 5,1	0,78	0,06
У мене буває хандра	≤ 2	7,03	2,20	≤ 2,8	2,65	0,59	≤ 2	2,92	0,59	≤ 1,6	1,91	0,23
Я буваю задоволений	≤ 2	2,94	0,69	≤ 1,7	5,67	1,81	≤ 2	1,67	0,25	≤ 1,9	3,57	0,84
Всякі дрібниці відволікають і хвилюють мене	≤ 2	4,52	1,28	≤ 2,0	3,42	0,66	≤ 2	2,66	0,53	≤ 1,8	3,91	1,09
Буває, що я відчуваю себе невдахою	≤ 2	2,97	0,73	≤ 1,6	5,59	1,74	≤ 2	2,97	0,73	≤ 1,6	2,78	0,51
Я врівноважена людина	≤ 1	2,78	0,31	≤ 1,8	13,11	5,26	≤ 2	1,58	0,21	≤ 3,0	4,34	1,31
Мене охоплює неспокій, коли я думаю про свої справи	≤ 2	6,07	2,00	≤ 1,9	4,33	0,73	≤ 1	7,93	2,13	> 2,0	0,80	0,05
Загалом за шкалою особистісної тривожності	≤ 51	7,97	3,24	≤ 2,5	4,44	1,22	≤ 41	10,08	3,34	≤ 2,5	2,98	0,68

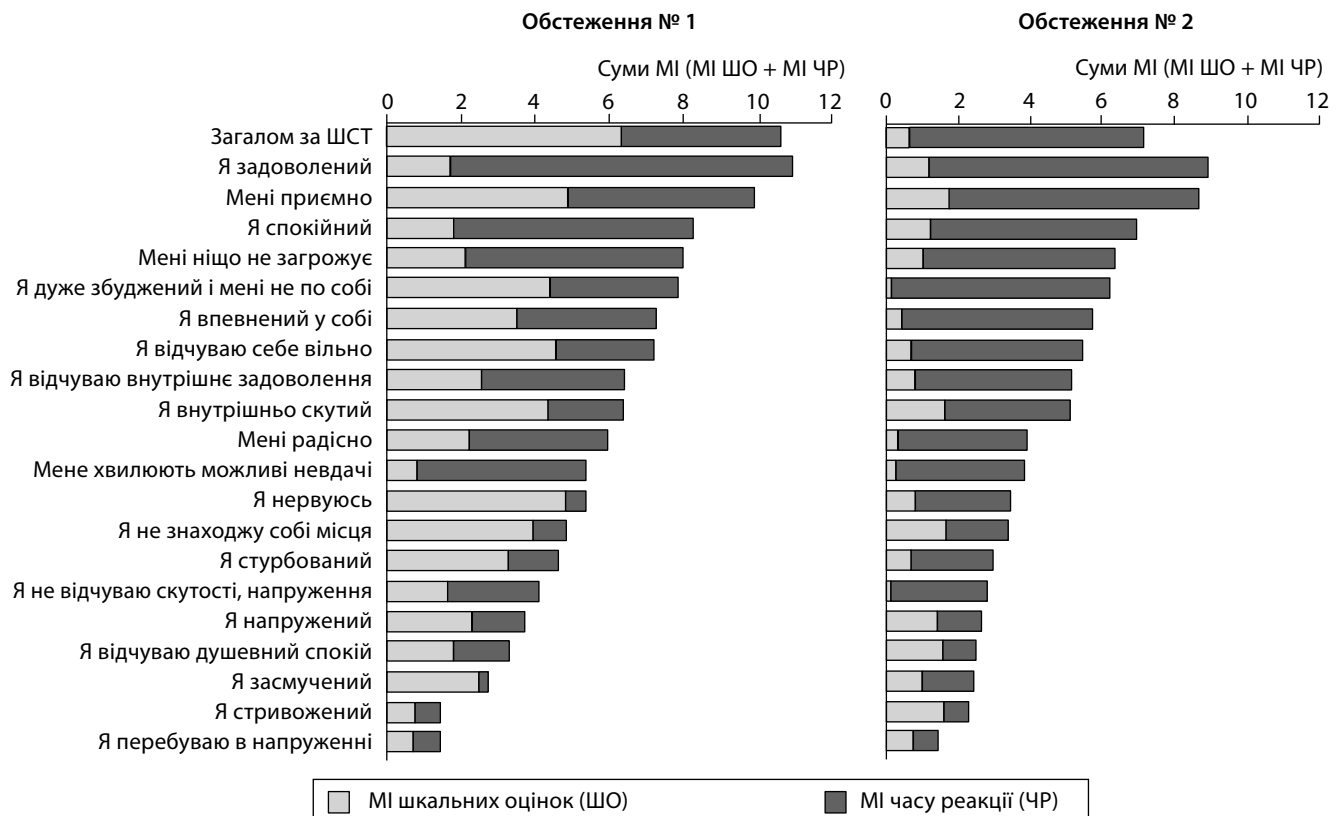


Рис. 1. Інформативність шкальних оцінок за шкалою ситуативної тривоги (ШСТ) тесту Спілбергера — Ханіна та значень часу реакції як маркерів наявності-відсутності депресивних розладів при обстеженнях № 1 і № 2

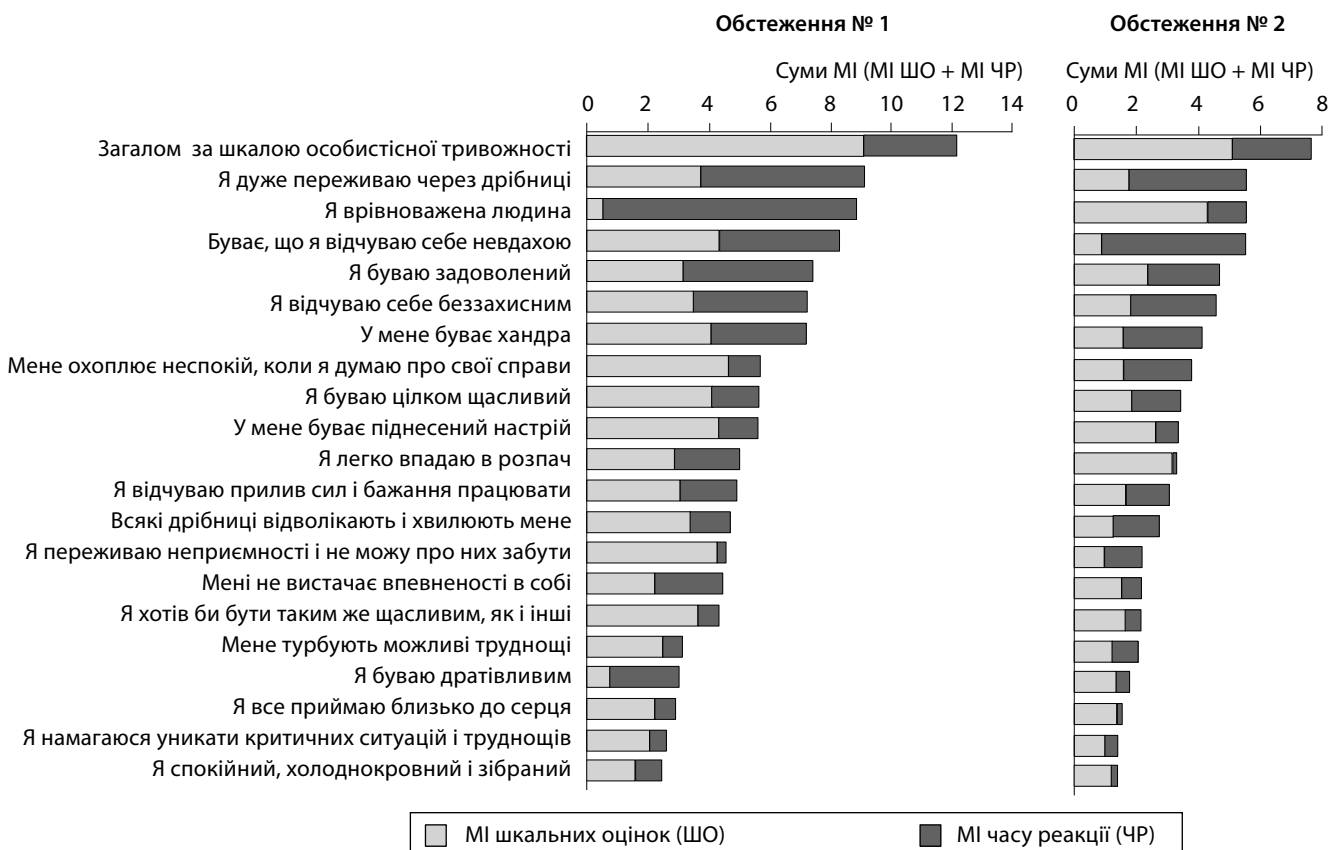


Рис. 2. Інформативність шкальних оцінок за шкалою особистісної тривожності тесту Спілбергера — Ханіна та значень часу реакції як маркерів наявності-відсутності депресивних розладів при обстеженнях № 1 і № 2

Сказане вище про загальні для тесту Спілбергера — Ханіна показники (загальні бальні оцінки за шкалами тесту і середні значення часу реакції) повною мірою стосується й окремих запитань цього тесту.

На рисунку 1 можна бачити, як при переході від обстеження № 1 до обстеження № 2 зросла питома вага інформативності ЧР при відповіді на запитання шкали ситуативної тривоги тесту Спілбергера — Ханіна.

Інакше кажучи, якщо на початковому етапі лікування хворих на депресію інформативність бальних оцінок за шкалою ситуативної тривоги тесту Спілбергера — Ханіна перевищує інформативність ЧР, то наприкінці стаціонарного лікування спостерігається протилежна картина — інформативність ЧР перевищує інформативність бальних оцінок за цією шкалою.

На відміну від цього, зазначений перехід від обстеження № 1 до обстеження № 2 при відповіді на запитання шкали особистісної тривожності тесту Спілбергера — Ханіна не супроводжувався істотними змінами питомої ваги інформативності ЧР (див. рис. 2), що ще раз свідчить про стабільність рівня особистісної тривожності як сталої психологічної характеристики.

До сказаного слід додати, що в таблицях 4 і 5 наявні декілька тверджень, ЧР на які має достатньо високі значення діагностичних коефіцієнтів, щоб надійно відрізнити реконвалесцента від здорової особи.

Наприклад, сполучення таких ознак (див. табл. 4), як ЧР > 3,0 с при відповіді на твердження «Я відчуваю себе вільно» (ДК = -13,44) і ЧР > 2,6 с при відповіді на твердження «Я не знаходжу собі місця» (ДК = -13,31) вже забезпечує вірогідність висновку про незавершеність процесу лікування (залишкову відмінність реконвалесцента від здорової людини) на рівні не гірше $p < 0,01$, оскільки сума ДК цих двох ознак: $(-13,44) + (-13,31) = -26,75$ за модулем вже перевищує порогове для такого рівня вірогідності значення в 20 одиниць [19]. Зрозуміло, що залучення до аналізу подібних ЧР на інші запитання лише збільшить вірогідність висновку, про який йдеться.

Узагальнюючи наведені дані, треба зазначити таке.

Використання поширених психодіагностичних інструментів (зокрема тесту Спілбергера — Ханіна) в їхньому комп'ютерному варіанті дозволяє, окрім звичайних оцінок (у балах), утворити потенційно корисний додатковий канал інформації про психічний стан респондентів, а саме канал так званої ментальної хронометрії, що фіксує час реакції обстежуваних осіб на тестові запитання.

Показано, що протягом лікування хворих на депресію внесок різних складових (бальних оцінок і часу реакції на твердження) в сумарну інформативність комплексного психодіагностичного та психофізіологічного дослідження з використанням тесту Спілбергера — Ханіна змінюється при відповідях на твердження шкали ситуативної тривоги (збільшується питома вага часу реакції і зменшується питома вага традиційних бальних оцінок) і залишається майже незмінним при відповідях на твердження шкали особистісної тривожності.

Ця обставина робить час реакції на запитання шкали ситуативної тривоги тесту Спілбергера — Ханіна (і, можливо, інших подібних шкал) інформативним інструментом оцінки якості лікування хворих із депресіями на етапі їхньої реконвалесценції.

Список літератури

1. World Health Day 2017 — Depression: Let's talk // Fact sheet — 02/2017. URL : http://www.searo.who.int/entity/world_health_day/2017/en/.
2. Марута Н. А. Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні // Архів психіатрії. 2011. Т. 17, № 3 (66). С. 5—9.
3. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади. Львів : Вид-во Мс, 2004. 208 с.
4. Юрьева Л. Н. Клиническая суицидология (монография). Днепропетровск : «Пороги», 2006. 472 с.
5. Cross-cultural equivalence of the Beck Depression Inventory: A five-country analysis from the ODIN study / Nuevo R., Dunn G., Dowrick C. [et al.] // J Affect Disord. 2009; 114: 156—162. DOI: 10.1016/j.jad.2008.06.021.
6. Iwata N., Buka S. Race/ethnicity and depressive symptoms: A cross-cultural/ethnic comparison among university students in East Asia, North and South America // Soc Sci Med. 2002; 55: 2243—2252. PMID: 12409137
7. Gilbody S., Sheldon T., Wessely S. Should we screen for depression? // BMJ. 2006; 332: 1027—1030. DOI: 10.1136/bmj.332.7548.1027.
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) / American Psychiatric Association. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, 2013. 992 p. URL : <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.
9. Ильин Е. П. Эмоции и чувства. СПб. : Питер, 2001. 752 с.
10. Jensen A. R. Clocking the mind: mental chronometry and individual differences // Elsevier Science. 2006. P. 286.
11. Марута Н. О., Лінська К. І. Хронометричний профіль хворих на депресію при використанні комп'ютерного варіанту шкали Цунга і його діагностичне значення // Український вісник психоневрології. Т. 26, вип. 4 (97). 2018. С. 57—65.
12. Zung, W. W. A self-rating depression scale // Archives of General Psychiatry. 1965. № 12. P. 63—70.
13. Смулевич А. Б. Депрессии в общей медицине : руководство для врачей. М. : Мединформагентство, 2001. 782 с.
14. Крылов А. А., Маничев С. А. Практикум по общей экспериментальной и прикладной психологии : учеб. пособие. СПб. : Изд-во «Питер», 2000. 560 с.
15. Чуркин А. А., Мартышов А. Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М. : «Триада-Х», 2002. 232 с.
16. Hamilton, M. A rating scale for depression // J Neurol Neurosurg Psychiatry. 1960. Vol. 23. P. 56—62.
17. Montgomery S. A., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change // Br J Psychiatry. 1979; 134: 382—389.
18. Науково-технічний центр радіоелектронного медичного обладнання і технологій «ХАІ-Медика». Полиграф РЕОКОМ СТРЕСС. URL : <https://hai-medika.prom.ua/p358078095-poligraf-reokom-stress.html>.
19. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. М. : Медицина. 1978. 294 с.
20. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Мачич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Киев : «Моріон», 2000. 320 с.

Надійшла до редакції 28.12.2018 р.

ЛІНСЬКА Катерина Ігорівна, аспірант відділу пограничної психіатрії Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна

LINSKA Kateryna, Postgraduate Student of the Department of Borderline Psychiatry of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine

Л. М. Маркозова, Н. М. Лісна, С. В. Гольцова

ДОСЛІДЖЕННЯ КЛІНІКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ РОЗВИТКУ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ТА СТАНІВ СПІВЗАЛЕЖНОСТІ В УМОВАХ СОЦІАЛЬНОГО СТРЕСУ

Л. М. Маркозова, Н. Н. Лесная, С. В. Гольцова

Исследование клинико-психологических факторов развития алкогольной зависимости и состояния созависимости в условиях социального стресса

L. Markozova, N. Lisna, S. Holtsova

The research of clinical and psychological factors in the development of alcohol dependence and codependence of states in conditions of social stress

В роботі визначено соціальні, клінічні та психологічні чинники розвитку алкогольної залежності (АЗ) та співзалежності в умовах соціального стресу; встановлено, що головним мотивом вживання алкоголю в стресових ситуаціях є очікування того, що алкоголь полегшує переживання стресу, змінює когнітивне сприйняття стресової ситуації, а також запобігає активації спогадів, пов'язаних зі стресом. Однак якщо стресор був сприйнятий і стрес-реакція запущена, алкоголь не реалізує стрес-протективної дії, а навпаки посилює стрес внаслідок погіршення копінг-стратегій і когнітивних функцій. Виявлено, що при хронічному перебігу АЗ на перший план виходять негативні наслідки зловживання алкоголем, що так само стає додатковим фактором дистресу.

Ключові слова: стресова ситуація, алкогольна залежність, співзалежність

В работе определены социальные, клинические и психологические факторы развития алкогольной зависимости (АЗ) и созависимости в условиях социального стресса; установлено, что основным мотивом употребления алкоголя в стрессовых ситуациях является ожидание того, что алкоголь облегчит переживание стресса, изменит когнитивное восприятие стрессовой ситуации, а также предотвратит активацию воспоминаний, связанных со стрессом. Однако, если стрессор был воспринят и стресс-реакция запущена, алкоголь не реализует стресс-протективного действия, а наоборот усиливает стресс вследствие ухудшения копинг-стратегий и когнитивных функций. Выведено, что при хроническом течении АЗ на первый план выходят негативные последствия злоупотребления алкоголем, что в свою очередь становится дополнительным фактором дистресса.

Ключевые слова: стрессовая ситуация, алкогольная зависимость, созависимость

The academic paper identifies the social, clinical and psychological factors of alcohol dependence (AD) and codependency in social stress; it is elucidated that the main motive of alcohol consumption in stressful situations is the expectation that alcohol facilitates the experience of stress, changes the cognitive perception of the stressful situation, and prevents the activation of memories associated with stress. However, if the stressor was perceived and the stress reaction started, alcohol does not realize the stress-protective action, but rather increases stress due to the deterioration of coping strategies and cognitive functions. It was elucidated that in the chronic course of alcohol dependence, the negative consequences of alcohol abuse come to the fore, which in turn becomes an additional factor of distress.

Key words: stressful situation, alcohol dependence, codependency

Протягом останніх п'яти років в умовах проведення тривалих бойових дій на Сході країни спостерігається «спалах» психічних та наркологічних захворювань як «відповідь» суспільства на хронічну психотравмівну стресову ситуацію. З огляду на те, що довготривале ведення бойових дій неодмінно тягне за собою важкі соціоекономічні наслідки та погіршення якості життя для великої кількості пересічних громадян країни, є підстави говорити про критично високу психосоціальну напруженість суспільства, яка, передусім на рівні окремого індивіда може призвести до зламу звичних стереотипів мислення та поведінки, гострих міжособистісних конфліктів, втрати сенсу життя та самогубства.

За даними численних наукових досліджень встановлено, що є кореляція між рівнем стресу в суспільстві та рівнем пов'язаних з алкоголем проблем [1–2]. У клінічних дослідженнях показано, що гострий і хронічний стрес відіграють протективну роль як на початку вживання алкоголю, так і в розвитку алкогольної залежності (АЗ) та у відновленні зловживання на тлі ремісії. Звісно, що невеликі дози алкоголю можуть покращувати виконання складних когнітивних завдань, спрямованих на розв'язання проблем в стресовій ситуації [3]. Великі ж дози алкоголю є додатковим стресором, оскільки підвищують рівень кортикотропін-рилізінг фактора, кортикостерону і норадреналіну [4]. Підвищення продукції гормонів стресу супроводжу-

ється депресією [5], підвищенням артеріального тиску, ожирінням та іншими несприятливими ефектами.

Відомо, що хронічний перебіг АЗ призводить до формування різноманітних варіантів порушень клінічних, когнітивних, психологічних, соціальних характеристик не тільки у цієї категорії хворих, а й у їхніх співзалежних родичів (СЗР), які порушують їхню пізнавально-аналітичну діяльність, створюють підґрунтя для виникнення генералізованих емоційних реакцій та конфліктної поведінки, перешкоджають процесу спілкування, породжують процес «стигматизації», розвиток соціального конфлікту і таким способом посилюють соціальний стрес. Тому є актуальним аналіз стану психічних функцій та можливостей адаптації до реалій сьогодення саме у хворих на АЗ та їхніх СЗР.

Мета дослідження: вивчити способи психологічних реакцій у стресових ситуаціях осіб із АЗ та їхніх СЗР.

Обстежені ($n = 70$) були поділені на групи: контрольна група (КГ), яка включала практично здорових осіб ($n = 10$) з середнім віком ($39,00 \pm 3,20$) років; група хворих на АЗ ($n = 44$) з середнім віком ($39,77 \pm 2,38$) років; група СЗР ($n = 16$) з середнім віком ($42,31 \pm 3,39$) років. Дозу вжитого напою визначали середньою добовою дозою алкоголю (СДА) в перерахунку на горілку. Одна СДА дорівнює 40 мл горілки.

Отримані дані були оброблені за допомогою статистичних методів [6].

В роботі використані такі методи: клініко-анамнестичний, тест AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) [7], опитувальник «Особистісний профіль

кризи» [8]; методика «Шкала базових переконань» [9]; шкала диференціальних емоцій (Differential Emotions Scale — DES) [10]; методика визначення стресостійкості та соціальної адаптації Т. Холмса і Р. Пейджа (Social Readjustment Rating Scale, SRRS) [11]; методика психологічної діагностики копінг-механізмів (Е. Нейм) [12, 13].

Було встановлено, що за рівнем освіти особи із АЗ переважно мали середню спеціальну освіту (40,90 % проти 10,00 % осіб КГ), особи КГ — переважно вищу (90,00 % проти 29,54 % осіб із АЗ), що підтверджено показником середньої кількості років навчання: серед осіб із АЗ складав ($12,98 \pm 0,26$) років проти ($17,70 \pm 0,70$) років у осіб КГ ($p < 0,05$). Успішність у школі доброю була у 90,00 % осіб КГ та у 63,63 % осіб із АЗ. На стійкість інтересів вказали всі обстежені КГ та 52,27 % осіб із АЗ. Позитивне ставлення до праці мали майже всі обстежені, лише 6,8 % осіб із АЗ мали нестійке ставлення.

Під час вивчення клінічних особливостей хвороби встановлено, що вік початку зловживання алкоголем у 4,5 % осіб із АЗ був 12—15 років, але більша частина хворих почала зловживати алкоголем після 20 років (52,27 %). Перша спроба алкоголю в середньому відбувалася в ($14,70 \pm 0,45$) років у осіб із АЗ та в ($17,00 \pm 1,93$) роки у осіб КГ, але різниця між показниками не є вірогідною. Особи КГ вживали різні види алкоголю, особи із АЗ надавали перевагу горілці, рідше — самогону. Доза вжитого алкоголю у осіб із АЗ складала ($22,73 \pm 2,83$) СДА проти ($3,10 \pm 0,80$) у осіб КГ ($p < 0,05$). Під час вивчення анамнезу хвороби встановлено, що тривалість формування стану відміни алкоголю (СВА) складала ($2,80 \pm 0,57$) років, давність захворювання — ($11,02 \pm 0,93$) роки. Амнезія токсичного генезу спостерігалась у 52,27 % осіб, епілептичні напади — у 9,09 % осіб, раніше лікувались 45,45 % осіб. Наявність хвороби підтверджено результатами тесту AUDIT. Зокрема, загальна кількість балів у осіб із АЗ складала ($33,0 \pm 0,62$) бали проти ($2,40 \pm 0,40$) балів серед осіб КГ ($p < 0,05$), а у СЗР — ($1,56 \pm 0,55$) балів. Вид потягу

до алкоголю в ремісії 47,72 % осіб із АЗ зазначили як періодично-компульсивний. Виразеність СВА за шкалою CIWA-Ar до лікування в осіб із АЗ відповідав тяжкому ступеню вираженості проявів ($20,85 \pm 0,84$) балів, після лікування — ($0,53 \pm 0,20$) балів. Критика до захворювання на АЗ була відсутньою у 15,90 % осіб із АЗ, частково збереженою — у 20,45 %. Згоду на участь в лікувальному процесі надали майже всі хворі, лише 11,36 % осіб із АЗ — під впливом їхніх родичів.

Під час вивчення особливостей соціального статусу встановлено, що в шлюбі було 70,00 % осіб КГ та 45,45 % осіб із АЗ; мали дітей 80,00 % осіб КГ та 38,6 % осіб із АЗ. Здебільшого дружини не вживали алкоголь (95,45 % осіб із АЗ та у 80,00 % осіб КГ). Сімейні відносини в осіб із АЗ були середньо-конфліктними (61,36 %) та помірно-конфліктними (20,46 %), в усіх осіб КГ — нормальні. Високий рівень соціальних інтересів мали всі особи КГ, особи із АЗ — переважно середній (65,93 %).

За ставленням родичів до вживання психоактивних речовин (ПАР) встановлено, що майже половина родичів не схвалює вживання ПАР і лише у 4,5 % СЗР ставлення до вживання хворими ПАР індивідуальне, решта СЗР активно протидіє вживанню ПАР.

За результатами обстеження хворих на АЗ та їхніх СЗР за допомогою методики «Особистісний профіль кризи» (рис. 1) встановлено, що до лікування для осіб із АЗ було характерним: 1) порушення у функціональному стані серцевої діяльності ($12,00 \pm 0,00$) балів та вегетативної нервової системи ($8,33 \pm 0,78$) балів), а також порушення сну ($10,50 \pm 0,78$) балів); 2) ускладнення у функціонуванні когнітивних функцій, а саме пам'яті ($10,33 \pm 0,77$) балів та уваги ($9,33 \pm 1,02$) бали); 3) високий рівень емоційної напруги у вигляді тривоги ($8,33 \pm 0,92$) бали), генералізованих емоційних реакцій, як-от гнів, сором, провина ($7,33 \pm 1,29$) балів та депресивного настрою ($7,25 \pm 0,99$) балів); 4) порушення у поведінці, яке призводить до проблем з виконанням службових і домашніх обов'язків ($8,75 \pm 1,14$) бали.

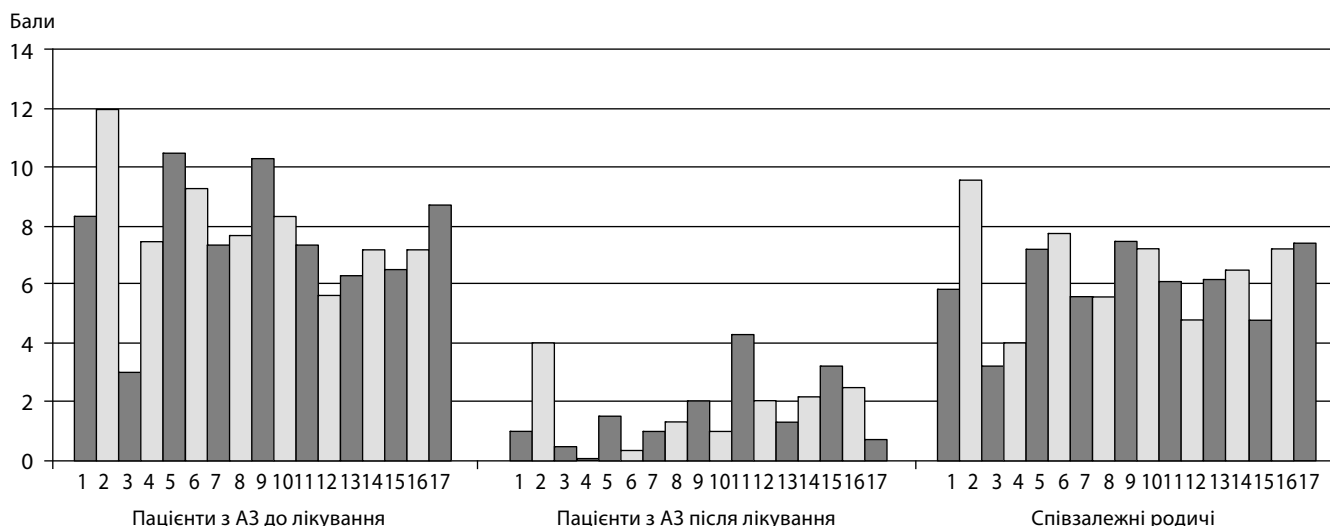


Рис. 1. Результати обстеження осіб із АЗ та їхніх СЗР за допомогою опитувальника «Особистісний профіль кризи»

Умовні позначення:

1 — Порушення функціонування вегетативної системи; 2 — Порушення серцевої діяльності; 3 — Порушення дихання;; 4 — Порушення функціонування шлунково-кишкового тракту; 5 — Проблеми зі сном; 6 — Ускладнення функціонування уваги; 7 — Ускладнення функціонування сприйняття; 8 — Ускладнення функціонування мислення; 9 — Ускладнення функціонування пам'яті; 10 — Тривога; 11 — Генералізовані емоційні реакції (гнів, сором, провина); 12 — Емоційна пригупленість; 13 — Легкодухистість, підвищена емоційність; 14 — Депресивний настрій; 15 — Спроби уникнути проблеми; 16 — Занурення в проблему 17 — Проблеми з виконанням службових і домашніх обов'язків

Для СЗР (див. рис. 1) характерним виявилось таке: 1) порушення у функціональному стані серцевої діяльності ($9,60 \pm 1,14$ балів); 2) високий рівень емоційної напруги у вигляді тривоги ($7,20 \pm 1,05$ балів); 3) порушення у поведінці у вигляді занурення у проблему ($7,20 \pm 1,09$ балів) та неякісного виконання службових і домашніх обов'язків ($7,40 \pm 1,01$ балів).

Отже, при реагуванні на кризові ситуації в осіб із АЗ та їхніх СЗР проявляється цілий спектр психосоматичних порушень у вигляді порушень серцевої діяльності, безсоння, ускладнень у функціонуванні пам'яті та уваги, виникнення тривоги, депресивного настрою, відчуттів гніву, сорому, провини, а також відзначаються зміни у поведінці та різних видах діяльності, зниження загальної енергії та активності у розв'язанні проблем.

За результатами обстеження за допомогою опитувального «Соціально-психологічна адаптація» (рис. 2) встановлено вірогідні відмінності між показниками в групі осіб із АЗ та групі СЗР: 1) неприйняття себе ($15,75 \pm 1,24$ бали в осіб із АЗ проти $11,73 \pm 1,21$ балів у СЗР); 2) прийняття інших ($22,90 \pm 1,08$ балів у осіб із АЗ проти $25,13 \pm 1,26$ балів у СЗР); 3) неприйняття інших ($17,65 \pm 1,23$ бали в осіб із АЗ проти $13,33 \pm 1,59$ балів у СЗР); 4) прагнення до домінування ($54,44 \pm 2,66$ балів у осіб із АЗ проти $43,30 \pm 4,06$ балів у СЗР).

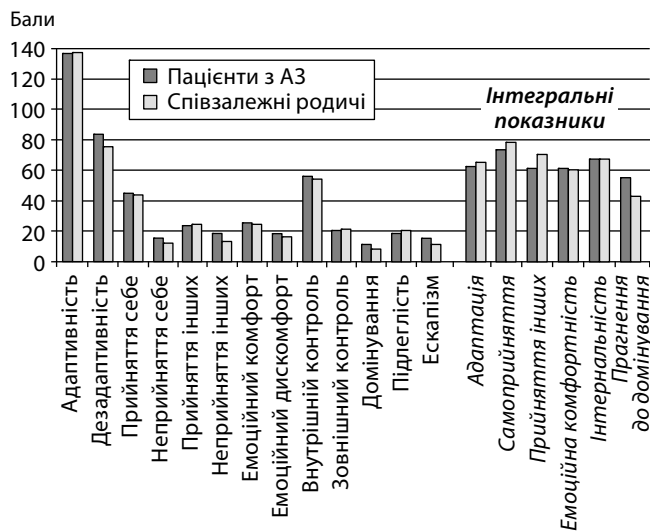


Рис. 2. Результати обстеження осіб з АЗ та їхніх СЗР за допомогою опитувального «Соціально-психологічна адаптація»

Отримані дані свідчать про порівняно знижений рівень психосоціальної адаптації осіб із АЗ внаслідок властивого їм внутрішньоособистісного конфлікту (між різноспрямованими тенденціями «прийняття-відкидання» свого «Я») й особливостей комунікативного стилю, як-от «неприйняття інших» (підвищена критичність, егоцентризм, зниження здатності до співчуття та розуміння мотивів поведінки інших осіб) та прагнення до домінування (що можна розглядати як приховану агресію).

В результаті дослідження за скринінговою методикою оцінки копінг-механізмів виявлено, що для осіб із АЗ та їхніх СЗР характерно домінування таких паттернів подолання стресу: 1) серед адаптивних когнітивних копінг-стратегій (тобто форм поведінки, спрямованих

на аналіз труднощів і можливих шляхів їх подолання, підвищення самооцінки і самоконтролю, усвідомлення власної цінності як особистості, наявності віри у власні ресурси у подоланні важких ситуацій) превалювала стратегія «Встановлення власної цінності» та «Збереження самовладання» відповідно; 2) серед адаптивних емоційних копінг-стратегій (тобто проявів активного обурення та протесту щодо труднощів і впевненості у наявності виходу із будь-якої, навіть найскладнішої, ситуації) домінувала стратегія «Оптимізм» для обох груп; 3) серед адаптивних поведінкових копінг-стратегій (тобто така поведінка особистості, коли вона співпрацює зі значимими (більш досвідченими) людьми, шукає підтримки в найближчому соціальному оточенні) — «Звертання за допомогою» для обох груп; 4) серед неадаптивних когнітивних копінг-стратегій (пасивних форм поведінки з відмовою від подолання труднощів через невіру у свої сили й інтелектуальні здібності, з умисною недооцінкою власних неприємностей) — «Розгубленість» для обох груп; 5) серед неадаптивних емоційних копінг-стратегій (варіантів поведінки, які характеризуються пригніченим емоційним станом, відчуттям безнадійності, покірності, переживанням злості і звинуваченнями себе та інших) — «Покірність» та «Придушення емоцій» відповідно; 6) серед неадаптивних поведінкових копінг-стратегій (які передбачають уникнення думок про неприємності, пасивність, усамітнення, прагнення не вступати в активні інтерперсональні контакти, відмова від розв'язання проблем) — «Відступ» для обох груп; 7) серед відносно адаптивних когнітивних копінг-стратегій (тобто форм поведінки, спрямованих на оцінку труднощів порівняно з іншими, надання особливого сенсу їх подолання, віра в Бога і стійкість у вірі при зіткненні зі складними проблемами) для хворих не було виявлено домінуючої стратегії, і «Додавання сенсу» — для СЗР; 8) серед відносно адаптивних емоційних копінг-стратегій (спрямованих на зняття напруги, пов'язаної з проблемами, емоційним відреагуванням або на покладання відповідальності за розв'язання труднощів на інших осіб) — «Пасивна кооперація» для обох груп; 9) серед відносно адаптивних поведінкових копінг-стратегій (що характеризуються прагненням до тимчасового відходу від розв'язання проблем за допомогою алкоголю, лікарських засобів, занурення в улюблену справу, подорожі, реалізації своїх заповітних бажань) — «Компенсація» та «Відволікання» відповідно.

Звертає на себе увагу те, що для подолання стресових ситуацій особи із АЗ найчастіше використовують умовно адаптивні стратегії «Настанова власної цінності», «Оптимізм» та «Звертання за допомогою», що можна інтерпретувати як егоцентризм, інфантилізм та легковажність у розв'язанні проблем. Водночас, у СЗР виявилися тотожні копінг-стратегії «Оптимізм» та «Звертання за допомогою» як ті, що найчастіше використовуються.

Обстеженням за допомогою методики «Шкала базових переконань» (рис. 3) встановлено, що за показниками «Доброта навколишнього світу» (BW, benevolence of world) та «Доброзичливість людей» (BP, benevolence of people) особи із АЗ суттєво відрізнялись від СЗР ($15,29 \pm 1,19$ балів проти $17,79 \pm 1,25$ балів та $13,86 \pm 0,75$ балів проти $15,86 \pm 0,82$ балів відповідно), що відображає їхню невпевненість щодо безпечної можливості довіряти навколишньому світу.

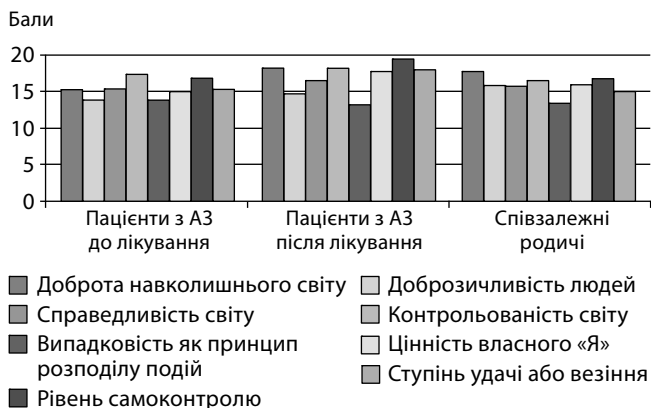


Рис. 3. Результати обстеження осіб з АЗ та їхніх СЗР за допомогою опитувальника «Шкала базових переконань»

За рештою показників, таких, що відображають базисні уявлення про справедливість навколишнього світу та цінність і значимість власного «Я», вірогідних відмінностей виявлено не було. Тобто, хворі, як і їхні родичі, вважали закономірним та цілком справедливим розподіл удачі та нещастя в їхньому власному житті, відчували свою відповідальність за те, що з ними сталося.

За результатами дослідження за методикою «Шкала базових емоцій» (рис. 4) визначено, що на початковому етапі лікування в осіб із АЗ та у їхніх співзалежних родичів превалювали такі емоційні переживання: ступінь позитивних емоцій (який визначали за індексом Інтерес + Радість + Здивування) склав 16,00 балів та 17,01 бала відповідно ($6,37 + 4,26 + 5,37 = 16,00$ балів та $6,13 + 4,25 + 6,63 = 17,01$ бала); загальний рівень негативного емоційного стану (який визначали за індексом Горе + Гнів + Відраза + Презирство) становив 26,31 бала та 30,06 балів відповідно ($7,74 + 6,26 + 6,42 + 5,89 = 26,31$ бала; $9,50 + 7,94 + 7,06 + 5,56 = 30,06$ балів); тривожно-депресивний комплекс (Страх + Сором + Провина) — на рівні 20,63 бали та 18,63 бали відповідно ($6,63 + 4,89 + 9,11 = 20,63$ бали; $6,88 + 4,81 + 6,94 = 18,63$ бали). Тобто, емоційні переживання, як-от відчуття горя, гніву, відрази та презирства — більш характерні для співзалежних родичів, а відчуття провини — для осіб із АЗ. Водночас, загальний емоційний фон характеризувався більшою масою саме негативних емоційних переживань як у осіб із АЗ, так і у їхніх СЗР.

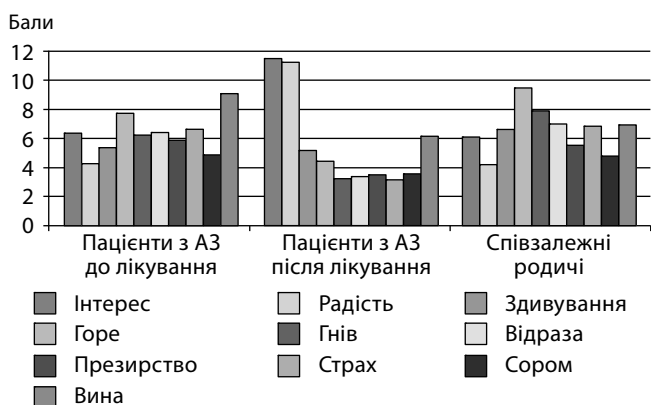


Рис. 4. Результати обстеження осіб з АЗ та їхніх СЗР за допомогою опитувальника «Шкала базових емоцій»

За отриманими даними за «Шкалою самооцінки актуального рівня стресу» в осіб із АЗ та їхніх співзалежних родичів спостерігався пороговий рівень опірності стресу — ($282,89 \pm 37,24$) бали та ($231,13 \pm 31,81$) бала відповідно, що означає високий рівень стресового навантаження. Тобто, виходячи з інтерпретації тесту, такий рівень стресового навантаження знижує стресостійкість індивіда, змушує велику частину енергії та ресурсів витрачати на боротьбу з негативними психологічними станами, які виникають в процесі стресу, що насамперед провокує велику ймовірність розвитку психосоматичних хвороб та стан, близький до нервового виснаження (рис. 5).

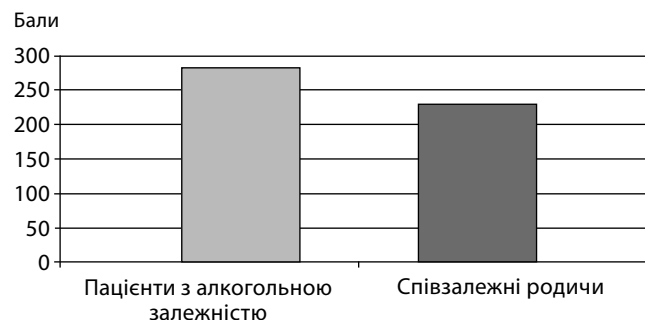


Рис. 5. Результати психодіагностичного обстеження за допомогою опитувальника «Шкала самооцінки актуального рівня стресу»

Низька здатність справлятися з психотравмівними ситуаціями, яка виявилася в усіх обстежених, сприяє дисгармонійному ставленню до самого себе, дисгармонійним відносинам з оточуючими людьми, з навколишнім світом, сприйняттю негативної інформації, що надходить ззовні.

Отже, наявність і поєднання виявлених характеристик в структурі особистості хворих сприяє дисгармонійному сприйняттю власного життя, навколишнього світу, а також призводить до конфліктних міжособистісних відносин. Особистісні порушення, що формуються, і різноманітні психосоціальні аспекти перешкоджають соціальній адаптації і є своєрідним «фрустратором». Стан фрустрації може проявлятися в усіх сферах психіки хворих і є орієнтованим не тільки на оточуючих людей, а й на особистість самого хворого.

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

У сучасних умовах дії соціального стресу хронічний перебіг алкогольної залежності призводить до формування різноманітних ускладнень та порушень як клінічних, так і психосоціальних характеристик у хворих цієї категорії.

Встановлені соціальні фактори, які сприяють розвитку хвороби в осіб із АЗ, а саме: конфліктні відносини в родині; низький рівень соціальних інтересів; байдуже або пасивне ставлення до праці; матеріальна залежність від родичів.

Встановлені певні особливості клінічних характеристик: вираженість симптомів синдрому відміни алкоголю — за шкалою CIWA-Ar; наявність амнестичних форм сп'яніння, епілептичних нападів, висока кількість СДА (в 7,00 разів, ніж у осіб КГ); відсутність або часткова наявність критики до захворювання у третини осіб з АЗ; періодично-компульсивний вид потягу до алкоголю в ремісії (у половини осіб із АЗ).

Визначено, що в осіб із АЗ та їхніх СЗР спостерігався пороговий рівень опірності стресу, що означає високий рівень стресового навантаження, який призводить до зниження стресостійкості індивіда, провокує велику ймовірність розвитку психосоматичних хвороб та стан, близький до нервового виснаження.

Встановлено, що реакція у кризових ситуаціях в осіб із АЗ та їхніх СЗР має характер дистресу, при якому проявляється цілий спектр психосоматичних порушень у вигляді розладів серцевої діяльності, безсоння, ускладнень у функціонуванні пам'яті та уваги, виникнення тривоги, депресивного настрою, відчуття гніву, сорому, спостерігаються зміни у поведінці та різних видах діяльності, зниження загальної енергії та активності у розв'язанні проблем.

Встановлено, що головним мотивом вживання алкоголю в стресових ситуаціях є очікування того, що алкоголь полегшує переживання стресу, змінює когнітивне сприйняття стресової ситуації, а також запобігає активації спогадів, пов'язаних зі стресом. Однак якщо стресор був сприйнятий і стрес-реакція запущена, алкоголь не реалізує стрес-протективної дії, а навпаки — посилює стрес внаслідок погіршення копінг-стратегій і когнітивних функцій.

Список літератури

1. Разводовский Ю. Е. Алкоголь и стресс // Вопросы наркологии. 2004. № 3. С. 25—29.
2. Pohorecky L. A. Stress and alcohol interaction : An update of human research // Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 1991. Vol. 15(3). P. 438—459. PMID: 1898494.
3. Occupational stress and the risk of alcohol abuse and dependence / R. M. Crum, C. Muntaner, W. W. Eaton, J. C. Anthony // Ibid. 1995. Vol. 19(3). P. 647—655. PMID: 7573788.
4. Holsboer F. Neuroendocrinology of mood disorders. In: Psychopharmacology: The Fourth Generation of Progress / Bloom F. E., Kupfer D. J., editors. N. Y. : Raven, 1995. P. 957—69.
5. Левчук Л. А., Шмиголь М. В., Иванова С. А. Серотонинергическая система в патогенезе и терапии депрессивных расстройств (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 2. С. 75—79.
6. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel Киев : «Моріон», 2000. 320 с.
7. AUDIT: the Alcohol Use Disorders Identification Test : guidelines for use in primary care / T. F. Babor, J. C. Higgins-Biddle,

J. B. Saunders [et al.]. 2nd ed. Geneva : World Health Organization, 2001. 99 p. URL : <http://www.who.int/iris/handle/10665/67205>.

8. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб. : Питер, 2001. 272 с. (Серия «Практикум по психологии»).

9. Падун М. А., Котельникова А. В. Методика исследования базисных убеждений личности. М. : ИПРАН, 2007. 23 с.

10. Изард К. Психология эмоций / пер. с англ. А. Татлыбаева. СПб. : Питер, 1999. 464 с.

11. Holmes T., Rahe R. The social readjustment rating scale // Journal of psychosomatic research. 1967. Vol. 11. P. 213.

12. Heim E. Coping und Adaptivität: Gibt es geeignetes oder ungeeignetes Coping? // Psychother. med. Psychol. 1988. Vol. 38. P. 8—18.

13. Вассерман Л. И., Щелкова О. Ю. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение. СПб. : М. : Изд. Центр «Академия» ; СПб. : Филологический факультет СПбГУ, 2004. 736 с.

Надійшла до редакції 25.02.2019 р.

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

ЛІСНА Наталя Миколаївна, кандидат психологічних наук, старший науковий співробітник відділу клінічної та соціальної наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: n.n.lesnay@gmail.com

ГОЛЬЦОВА Світлана Вікторівна, провідний інженер відділу клінічної та соціальної наркології ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: lana-6208@ukr.net

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

LISNA Natalia, PhD in of Psychological Sciences, Senior Researcher of the Department of Clinical and Social Narcology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: n.n.lesnay@gmail.com

HOLTSOVA Svitlana, Leading Engineer of the Department of Clinical and Social Narcology of the "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: lana-6208@ukr.net

Є. В. Опря

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ КОМПЛЕКСНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З ОЖИРІННЯМ

Е. В. Опря

Основные направления комплексной реабилитации больных шизофренией с ожирением

Ye. Oprya

Main directions of complex rehabilitation of patients with schizophrenia and obesity

В роботі наведено результати комплексного клініко-психопатологічного дослідження особливостей клінічних проявів, сприйняття психічної та соматичної хвороби, а також особливостей соціально-особистісного функціонування та якості життя хворих на шизофренію з ожирінням, що стали підґрунтям в розробленні стратегічних напрямків терапії пацієнтів цього контингенту. Як стратегічні напрямки терапії поєднаного варіанту шизофренії з ожирінням виокремлено проведення антипсихотичної терапії з урахуванням наявності ожиріння; опанування навичок контролю за прийняттям їжі та корекція способу життя; формування навичок контролю стресу та власного психопатологічного стану, а також підвищення соціальної компетентності та соціально-особистісного функціонування хворих.

Ключові слова: шизофренія, ожиріння, антипсихотична терапія, психотерапія, психоосвіта, контроль прийняття їжі, контроль стресу

В работе приведены результаты комплексного клинико-психопатологического исследования особенностей клинических проявлений, восприятия психической и соматической болезни, а также особенностей социально-личностного функционирования и качества жизни больных шизофренией с ожирением, которые послужили основой в разработке стратегических направлений терапии пациентов данного контингента. В качестве стратегических направлений терапии сочетанного варианта шизофрении с ожирением выделено проведение антипсихотической терапии с учетом наличия ожирения; овладение навыками контроля за приемом пищи и коррекция образа жизни; формирование навыков контроля стресса и собственного психопатологического состояния, а также повышение социальной компетентности и социально-личностного функционирования больных.

Ключевые слова: шизофрения, ожирение, антипсихотическая терапия, психотерапия, психообразование, контроль приема пищи, контроль стресса

The article presents the results of a comprehensive clinical and psychopathological study of the characteristics of clinical manifestations, the perception of mental and somatic diseases, as well as the features of social and personal functioning and quality of life of patients with schizophrenia with obesity, which served as the basis for developing strategic areas of therapy for patients of this group. Were highlighted the strategic direction of treatment of patients with obesity and schizophrenia: holding antipsychotic therapy, taking into account the presence of obesity, mastering the skills of controlling food intake and lifestyle correction; development of skills to control stress and own psychopathological state, as well as increase social competence and social and personal functioning of patients.

Key words: schizophrenia, obesity, antipsychotic therapy, psychotherapy, psycho-education, control of food intake, control of stress

Проблема ожиріння у хворих з психічними розладами останнім часом набирає все більшої медико-соціальної значущості завдяки високій розповсюдженості, негативного впливу на соціальне функціонування та соматичне здоров'я хворих. Особливо часто надмірна маса тіла реєструється у хворих на шизофренію, яка за даними клінічних досліджень спостерігається більш ніж у 60 % хворих [1]. Ожиріння пов'язане з чималим збільшенням ризику діабету, серцево-судинних розладів та гіперліпідемії, які так само є основними причинами смертності хворих на шизофренію [2]. З ожирінням пов'язана стигматизація хворих, зниження їх соціальної активності, можливостей соціальної реінтеграції та якості життя [3, 4]. Ожиріння при шизофренії вважають мультифакторним феноменом, в формуванні якого задіяні особливості обмінних процесів на фоні антипсихотичної терапії, особливості психопатологічних проявів, що включають обмеження фізичної активності, негативну симптоматику та нездоровий спосіб життя [2, 4]. Особливу увагу в сучасних дослідженнях надають факторам та механізмам формування ожиріння при шизофренії, активно досліджують особливості впливу психотропних препаратів на масу тіла, проводять масштабні біохімічні дослідження особливостей вуглеводно-ліпідного обміну хворих на шизофренію, які доводять, що ожиріння і шизофренія міцно пов'язані між собою та можуть бути як передумовою, так і наслідками одне одного [1—5]. Дослідники зазначають, що терапія як ожиріння, так і шизофренії при їх поєднанні набагато ускладнюється та потребує розроблення спеціальних терапевтично-реабілітаційних програм з урахуванням

специфіки та особливостей психопатологічного процесу при його поєднанні з ожирінням, що і зумовило мету запропонованої роботи.

Мета — розробити та запровадити в практику комплексну програму реабілітації хворих на шизофренію з ожирінням з урахуванням їх клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей.

В комплексному дослідженні особливостей клініко-психопатологічних та патопсихологічних проявів шизофренії при її поєднанні з ожирінням взяли участь 94 хворих на шизофренію (F20), з яких основну групу дослідження склали 44 хворих на шизофренію з ожирінням, контрольну — 50 хворих на шизофренію без хронічної соматичної обтяженості.

Критеріями включення пацієнтів в дослідження були: наявність верифікованого діагнозу шизофренії (F20) відповідно до критеріїв МКХ-10 тривалістю не менше ніж три роки; вік хворого від 18 до 60 років; здатність пацієнтів брати участь в дослідженні, адекватно розуміти вимоги та інструкції, що пред'являються відповідно до завдань дослідження та наявність інформованої згоди на участь у дослідженні. В дослідження не включали хворих з наявністю органічних захворювань центральної нервової системи; виражених когнітивних та психопатологічних порушень, що ускладнюють засвоєння та виконання інструкцій; та у разі відповідності стану пацієнта критеріям постшизофренічної депресії (F20.4).

Основну групу дослідження формували з урахуванням наявності у хворого стану ожиріння (за умови, що індекс маси тіла хворого — IMT, *англ.* body mass index — BMI $\geq$ 30). Критерієм віднесення хворих до контрольної групи дослідження була відсутність хронічних соматичних захворювань і зокрема ожиріння.

Основну групу дослідження здебільшого складали хворі, що мали перший ступінь ожиріння ($IMT = 30-35$) — 25 осіб (59,52 %); другий ступінь ожиріння ($IMT = 35-40$) діагностовано у 13 осіб (30,95 %); третій ступінь ожиріння ($IMT > 40$) спостерігався у 4 осіб (9,52 %).

За статтю та віком хворі досліджуваних груп вірогідно не відрізнялись між собою, однак спостерігалась тенденція до більшої представленості осіб жіночої статі серед хворих основної групи (66,67 %), порівняно з хворими контрольної групи, де кількість осіб жіночої статі складала 52 %. Середній вік обстежуваних хворих в основній групі хворих складав 37,4 роки, в контрольній — 36,8 років.

В рамках дослідження вивчали особливості клініко-психопатологічних проявів шизофренії при її поєднанні з цукровим діабетом 2-го типу, особливості сприйняття психічної та соматичної хвороби, специфіки соціально-особистісного функціонування та якості життя цих хворих.

Як методи дослідження використовували клініко-психопатологічний метод, що доповнювали клінічною рейтинговою шкалою позитивної та негативної симптоматики (Positive and Negative Syndrome Scale — PANSS) для оцінювання психопатологічних проявів [6]; а також психодіагностичний метод з використанням модифікованого варіанту методики Дембо — Рубінштейн для визначення особливостей самооцінки загального стану здоров'я та окремо психічного та фізичного здоров'я [7]; адаптованого варіанту методики SUMD (The Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder) для оцінювання рівня «інсайту» психічної хвороби [8]; та короткого опитувальника сприйняття хвороби (BIPQ) в адаптації Ялтонського В. М. [9]; шкали особистісного та соціального функціонування (Personal and Social Performance Scale — PSP) [10] та короткої форми опитувальника про стан здоров'я (The 36-Item Short Form Survey — SF-36) для оцінювання якості життя обстежених хворих [11].

За результатами проведеного дослідження як специфічні клініко-психопатологічні ознаки шизофренії, що поєднана з ожирінням, були виокремлені: наявність сенестопатій та переважно комплексних галюцинацій (що разом зі слуховими та зоровими включають також вісцеральні галюцинації та галюцинації шкірного відчуття); переважання негативної симптоматики над позитивною, що відбивається у вигляді зниження загального психоенергетичного тону, емоційної відчуженості, пасивно-апатичної соціальної відгородженості, зниження комунікабельності; наявність рухової загальмованості, порушень депресивного спектра та дисфоричних розладів настрою.

Серед особливостей сприйняття психічного розладу та ожиріння у досліджених хворих виявлено низький рівень самооцінки стану власного здоров'я загалом та окремо за станами психічного та фізичного здоров'я; часткове збереження критичності щодо психічного розладу та сприйняття його як набагато вищої загрози для життя, ніж ожиріння, поряд з цим ожиріння хворі не сприймали як загрозове самостійне захворювання, а найчастіше визнавали наслідком психічного розладу.

Під час дослідження особливостей соціально-психологічної адаптації виявлено, що хворі на шизофренію з ожирінням характеризувались набагато нижчим рівнем соціальної реалізованості, що виявлялось куди нижчим освітнім рівнем, високим рівнем професійної та соціальної нереалізованості; обмеженням соціальних зв'язків та соціальною ізоляцією, низьким рівнем якості життя в сферах власного здоров'я, психічного, фізичного та соціального функціонування, а також

наявністю набагато вираженіших ускладнень в соціально-особистісному функціонуванні, зокрема в самообслуговуванні та соціально-корисній діяльності.

Перелічені вище ознаки шизофренії, що поєднана з ожирінням, стали провідними мішенями під час розроблення комплексної програми реабілітації хворих на шизофренію з ожирінням, внаслідок чого було виокремлено основні стратегічні напрямки комплексної реабілітації цих хворих: 1) редукція психотичної симптоматики та стабілізація психічного стану хворого з урахуванням наявності ожиріння; 2) терапія та профілактика ожиріння та соматичних загострень на його фоні; 3) формування усвідомлення пацієнтом наявності у нього психічної та соматичної хвороби водночас, з чітким розумінням проявів, симптомів та механізмів розвитку та негативних наслідків кожної; 4) формування у пацієнта та його оточення навичок щодо контролю стресу для запобігання провокації запуску психопатологічної симптоматики; 5) корекція образу життя пацієнтів (фізична активність, дієта); 6) підвищення рівня соціальної компетентності та адаптації пацієнтів.

Відповідно до сучасних рекомендацій з лікування шизофренії, реалізацію виокремлених завдань (направків) здійснювали поетапно, зважаючи на фазність перебігу хвороби, за такими етапами: I етап — терапія гострої фази; II етап — стабілізаційна фаза; та III етап — стабільна фаза. Терапевтичні інтервенції щодо корекції ожиріння реалізовували паралельно терапії психічного захворювання на кожному із наведених етапів.

На I етапі провідним завданням терапії була редукція важкості психопатологічної симптоматики та супутніх симптомів завдяки оптимально підібраної психотропної терапії. Препаратами вибору для лікування шизофренії відповідно до сучасних стандартів визнані атипіві нейролептики. Під час вибору нейролептику в лікуванні шизофренії у хворих з ожирінням зважували на особливості клініко-психопатологічних проявів у хворих з шизофренією та ожирінням (переважання негативної симптоматики, наявність депресивних симптомів та дисфоричних розладів настрою) та відсутність фармакогенного впливу на збільшення маси тіла та інші метаболічні порушення. Зважаючи на означене вище, препаратом вибору в лікуванні шизофренії у хворих з ожирінням рекомендовано аріпіпразол, який має низький ризик метаболічних порушень, сприяє зниженню маси тіла та його можна використовувати як монотерапію завдяки його поєднаній дії та впливу на редукцію негативної та депресивної симптоматики.

У разі, коли монотерапія нейролептиком не є достатньою для редукції психопатологічної симптоматики, в схему терапії рекомендовано включати також антидепресанти, які, з одного боку, впливають на зниження апетиту та маси тіла та чинять стимулюючу дію (зважаючи на превалювання негативної симптоматики), як-от флуоксетин та бупропіон. Як додаткову терапію дисфоричних проявів можна призначати карбамазепін.

Фармакотерапія хворих на шизофренію з ожирінням потребує особливої обережності та проводиться в умовах регулярного моніторингу маси тіла, обводу талії, ЕКГ, визначення ліпідного профілю та глюкози крові та в міцній взаємодії психіатра з терапевтами.

Окрім фармакотерапії не першому етапі розпочинають психоосвітню та психотерапевтичну роботу, спрямовану на усвідомлення хворим наявності у нього метаболічного захворювання та його важких наслідків на стан соматичного та психічного здоров'я.

Розробляють план поведінкової терапії, метою якої є зниження маси тіла та розпочинають його реалізацію під контролем лікаря. Поведінкова терапія обов'язково включає низькокалорійну дієту, фізичну активність з поступовим збільшенням навантаження, корекцію способу життя, що включає режимні моменти, формування навичок турботи про себе (власне тіло, догляд за собою, організація правильного харчування, фізичної та естетичної поведінки щодо себе). Основним завданням поведінкової психотерапії є формування самоконтролю, для чого хворому пропонують вести щоденник, в якому він зазначає час приймання їжі, калорійність продуктів, думки та почуття, пов'язані з їжею, фізичні навантаження, та проводить їх аналіз разом з лікарем.

На другому етапі терапії — стабілізаційній фазі — психотропна терапія триває та розширюється спектр психотерапевтичної та психоосвітньої роботи. Основними завданнями на цьому етапі терапії є — формування навичок контролю власної маси тіла, контролю стресу та підвищення рівня соціально-психологічної адаптації хворих. Перевагу на цьому етапі терапії надають груповим формам роботи. Групова психотерапія є чітко структурованою та становить собою тематичні сесії (тематику яких задає ведучий), що включають групову дискусію та практичні вправи, спрямовані на формування та опрацювання потрібних навичок. В рамках групової роботи обговорюють варіанти та наслідки різних типів ставлення до стану власного здоров'я, опрацьовують навички розпізнавання тілесних проявів, емоцій та навички турботи про себе, обговорюють способи та опрацьовують навички контролю стресу, специфіки власного емоційного реагування та можливі варіанти поведінки, що дозволяють уникнути стресу або послабити його. В роботі використовують техніки та вправи когнітивно-поведінкової, тілесно-орієнтованої терапії та арт-терапії. Одним з завдань психотерапевтичної роботи є відновлення контакту з тілом, вміння відчувати своє тіло, усвідомлювати його реальні потреби та формування усвідомлюваного приймання їжі. Окрему увагу надають корекції способу життя, важливості фізичної активності, організації правильного харчування та дотримання дієти. Заохочують розвиток соціальних інтересів, формування груп взаємопідтримки та взаємодопомоги, обміну досвідом. Групові форми роботи дозволяють розширити сфери контактів хворих, надають можливості для безпечної соціальної взаємодії та опрацювання комунікативних навичок, що сприяє соціально-психологічній адаптації хворих.

На цьому етапі також рекомендовано проводити психотерапевтичну та психоосвітню роботу з оптимізації сімейного функціонування хворого. Психоосвітницький напрямок передбачає навчання хворого та членів його сім'ї тому, як розпізнавати та долати фактори, що провокують загострення психічного стану. Проводять роботу щодо налагодження відносин в сім'ї, роз'яснення та розуміння специфіки та проявів хвороби, опрацьовують способи та варіанти поведінки близьких щодо мінімізації психологічної травматизації, яка може призвести до загострення психічного стану. Розробляють план зміни способу життя сім'ї, організації здорового харчування та дотримання здорового способу життя, спільної фізичної активності та обговорюють способи та варіанти заохочення хворого до змін в своєму житті. В рамках психотерапевтичної роботи з сім'єю застосовують системно-орієнтовані підходи, що спрямовані на діагностику сімейних дисфункцій, трансформацію та оптимізацію комунікацій між членами сім'ї, знижен-

ня рівня психоемоційного напруження, що дозволяє налагодити міжсемеїну взаємодію та знизити потенційний ризик рецидиву психопатологічного стану. Наголошується на потребі постійного моніторингу харчової поведінки та психічного стану хворого членами його сім'ї та своєчасного звернення до спеціалістів.

На третьому етапі — стабільна фаза — триває підтримувальна фармакотерапія та рекомендовано відвідування хворими психокорекційних та психотерапевтичних груп (з розвитку комунікативних навичок, груп взаємопідтримки та взаємодопомоги, арт-терапевтичних груп), спрямованих передусім на соціально-психологічну реабілітацію, підвищення соціальної компетентності та розширення можливостей соціальної взаємодії хворих.

Наведена комплексна система реабілітації хворих на шизофренію з ожирінням спрямована на одночасну терапію як шизофренії, так і ожиріння, внаслідок реалізації провідних завдань: усвідомлення проблеми купірування антипсихотичної симптоматики з урахуванням наявності надмірної маси тіла; опанування навичок контролю за прийманням їжі та навичок фізичної активності; опанування навичок контролю стресу, а також підвищення соціальної компетентності та соціально-особистісного функціонування хворих.

Список літератури

1. Соловьева Е. Ожирение у пациентов с тяжелыми психическими расстройствами // НейроNews. Психоневрология та нейропсихиатрия. 2010. № 8 (27). URL: neuronews.com.ua/ru/issue-article-403.
2. Comorbidity and multimorbidity in patients with schizophrenia and bipolar disorder: similarities and differences / I. Oreški, M. Jakovljević, B. Aukst-Margetić [et al.] // Psychiatria Danubina. 2012. Vol. 24, No. 1. P. 80—85.
3. Tandon R. Medical comorbidities of schizophrenia // Digest of Psychiatry. 2013. Vol. 42, No. 3. P. 51—55.
4. Physical Health and Schizophrenia / David J. Castle, Peter F. Buckley, Fiona P. Gaughran. Oxford University Press. 2017. 136 p.
5. Данилов Д. С. Применение арипипразола для коррекции связанного с приемом нейролептиков второго поколения ожирения у больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 2014. 114(3). С. 34—40.
6. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М., 2001. 238 с.
7. Яньшин П. В. Клиническая психодиагностика личности : уч.-метод. пособие. 2-е изд., испр. СПб. : Речь, 2007. 320 с.
8. Діагностика та психотерапевтична корекція порушення усвідомлення психічної хвороби на ранніх стадіях шизофренії (методичні рекомендації) / Абрамов В. А., Осокіна О. І., Студзінський О. Г., Ушенін С. Г. К., 2011. 29 с.
9. Ялтонский В. М., Ялтонская А. В., Сирота Н. А., Московченко Д. В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни // Психологические исследования. 2017. Т. 10, № 51. С. 1. URL : <http://psystudy.ru>.
10. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning / P. L. Morosini, L. Magliano, L. Brambilla [et al.] // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2000. No. 101 (4). P. 323—329. PMID: 10782554.
11. Ware J. E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston, MA : The Health Institute, New England Medical Center, 1994. 238 p.

Надійшла до редакції 16.01.2019 р.

ОПРЯ Євген Васильович, доцент кафедри психіатрії та наркології Одеського національного медичного університету, м. Одеса, Україна; e-mail: yoprya@yahoo.com

OPRYA Yevgen, Associated Professor of Department of Psychiatry and Narcology of the Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine; e-mail: yoprya@yahoo.com

УДК 616.895:613.67:616-05::617.7-001.4

*Р. А. Абдрахімов, Ц. Б. Абдрахімова***ФЕНОМЕНОЛОГІЧНІ ПРОЯВИ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ В УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ З ТРАВМОЮ ОЧЕЙ ТА ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ***Р. А. Абдрахімов, Ц. Б. Абдрахімова***Феноменологические проявления психологической дезадаптации в участников боевых действий с травмой глаз и частичной потерей зрения***R. A. Adbriakhimov, Ts. B. Abdriakhimova***Phenomenological manifestations of psychological disadaptation to participants of military actions with the early eye and partial loss of view**

Під час дослідження феноменологічних проявів психологічної дезадаптації в учасників бойових дій з травмою очей і частковою втратою зору встановлені вірогідні відмінності між особами, які брали участь в бойових діях, з психологічної дезадаптацією без травми і групою пацієнтів, що мають побутову травму органів зору з частковою його втратою. Комбатанти демонстрували виражені зміни всіх аналізованих сфер психічної діяльності. При наявності травми переважали особистісно орієнтовані зміни, спрямовані на поліпшення всіх сфер життя потерпілого. При побутовому характері пошкодження ці показники були істотно нижчі і наближались до рівня стандартних. В учасників бойових дій спостерігалася підвищена тенденція до прояву невротичних порушень, особливо при наявності травми органів зору. Отже, в учасників бойових дій при травмі очей з частковою втратою зору і без такої і психологічної дезадаптацією спостерігаються односпрямовані і більш виражені при травмі очей зміни. Невротичні прояви в результаті травми більш виражені на тлі дезадаптивних змін. Психологічні зміни в результаті травми очей і прояви дезадаптації мають різні витоки, які потрібно брати до уваги при їх корекції.

Ключові слова: психологічна дезадаптація, стрес, травма ока, бойові дії

При исследовании феноменологических проявлений психологической дезадаптации у участников боевых действий с травмой глаз и частичной потерей зрения установлены достоверные различия между принимавшими участие в боевых действиях с психологической дезадаптацией без травмы и группой пациентов, имеющих бытовую травму органов зрения с частичной его утратой. Комбатанты демонстрировали выраженные изменения всех анализированных сфер психической деятельности. При наличии травмы преобладали личностно ориентированные изменения, направленные на улучшение всех сфер жизни пострадавшего. При бытовом характере повреждений эти показатели были значительно ниже и приближались к уровню стандартных. У участников боевых действий наблюдалась повышенная тенденция к проявлению невротических нарушений, особенно при наличии травмы органов зрения. Таким образом, у участников боевых действий при травме глаз с частичной потерей зрения и без таковой и психологической дезадаптацией наблюдаются однонаправленные и более выраженные при травме глаз изменения. Невротические проявления в результате травмы более выражены на фоне дезадаптивных изменений. Психологические изменения в результате травмы глаз и проявления дезадаптации имеют разные истоки, которые нужно учитывать при их коррекции.

Ключевые слова: психологическая дезадаптация, стресс, травма глаза, боевые действия

The study of phenomenological manifestations of psychological disadaptation in combatants with an eye injury and partial loss of vision against established significant differences between those who took part in the hostilities with psychological maladjustment without injury and a group of patients with a domestic eye injury and partial loss. Combatants demonstrated marked changes in all analyzed areas of mental activity. In the presence of injury, personality-oriented changes prevailed, aimed at improving all areas of life of the victim. In the domestic character of damage, these indicators were significantly lower and approached the standard level. Participants in the fighting had a heightened tendency for neurotic disorders, especially in the presence of eye injury. Thus, participants in hostilities with eye injury with partial loss of vision and without such and psychological maladjustment are unidirectional and more pronounced with eye injury changes. Neurotic manifestations resulting from injury are more pronounced against the background of maladaptive changes. Psychological changes as a result of eye injuries and disadaptation phenomena have different origins that need to be taken into account in their correction.

Keywords: psychological maladjustment, stress, eye injury, fighting

Ізольовані травми органів зору займають досить вагоме місце серед бойових травм. Це зазначають зарубіжні дослідники і підтверджує досвід наших співвітчизників за результатами бойових дій в районі Донбасу [1, 2]. За даними клініки офтальмології Національного військово-медичного клінічного центру, на 2017 рік у структурі офтальмологічних ушкоджень 52 % — осколкові та інші механічні пошкодження, що не супроводжувалися масивною черепно-мозковою травмою, внаслідок мінно-вибухового ураження [2].

Набута в дорослому віці втрата зору, хоча б часткова, тягне за собою руйнацію звичного життєвого стереотипу, і ці зміни впливають майже на всі сфери індивіда, його особистість, взаємодію з сім'єю і суспільством [3, 4].

При травмі очей з частковою втратою зору внаслідок поранення в бою на особистість впливають кілька потужних стресогенних чинників, що накладає відбиток на стан психічного здоров'я потерпілого. Насамперед, це прояви психологічної дезадаптації через зміну цивільного способу життя на військовий та участь у бойових діях. Ще один могутній стресор, який має характер вільної загрози — безпосередня участь у бойових діях. І останній стресовий чинник — це сама травма органів зору з її віддаленими наслідками для всіх сфер життя. Взаємодія цих трьох основних чинників, їх взаємовплив формують комплекс психічних проявів соматичної травми.

Зважаючи на те, що витоки та наслідки кожного з проявів є різними, важливість вивчення їх взаємодії не викликає сумнівів. З огляду на зазначене, на нашу думку, є нагальна потреба в розробленні

спеціалізованих високотаргетних підходів до медико-психологічної реабілітації учасників бойових дій з частковою втратою зору травматичного ґенезу, бо нехтування будь-яким із зазначених чинників психопатогенезу призводить до неефективності реабілітаційної роботи з цим контингентом.

Метою цієї роботи було вивчення феноменологічних проявів психологічної дезадаптації в учасників бойових дій з травмою очей та частковою втратою зору для визначення надалі мішеней таргетних медико-психологічних заходів їх реабілітації.

Протягом 2014—2018 рр. за умови інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики і деонтології було обстежено 91 учасника бойових дій (УБД). З них 49 — УБД з травмою очей та частковою втратою зору (ЧВЗ); 42 — УБД, які під час виконання військової служби не отримали фізичних травм. Вік обстежених складав 20—53 роки. Задля порівняння в дослідженні було включено 59 осіб з ЧВЗ внаслідок побутової травми, які склали групу порівняння (ГП). Отже, всього в дослідженні взяли участь 150 осіб.

В дослідженні не брали участь кандидати з наявністю клінічно окреслених та встановлених офіційно (в лікувальних закладах) діагнозів травм головного мозку, які могли передувати або супроводжувати травму очей. Крім того, не брали участь особи, які мали офіційно встановлені психічні захворювання, включаючи алкоголізм, нарко- та токсикоманії.

Усім респондентам було здійснено скринінгове обстеження психічного стану з використанням клінічної діагностичної шкали CAPS (Clinical-administered PTSD Scale) [6] і опитувальника визначення рівня невротизації та психопатизації (РНП) [7].

На ґрунті отриманих даних в усіх УБД було діагностовано клінічно виражені ознаки психологічної дезадаптації (ПД), з них 49 осіб були УБДЧВЗ, а 42 — брали участь у бойових діях, але не отримали фізичних травм. У тих, хто отримав побутову травму (ГП), ознак ПД не було встановлено. Дослідження психічного стану проводили на 6—7 місяці після оперативного втручання в осіб з травматичним ураженням очей і після завершення участі у бойових діях та демобілізації у комбатантів.

Ці результати були покладені в основу при формуванні груп дослідження. Отже, було сформовано три групи:

— основна група (ОГ) — 49 УБД з травмою очей з ЧВЗ внаслідок участі у бойових діях та ознаками ПД;

— група порівняння 1 (ГП1) — 42 УБД з проявами ПД;

— група порівняння 2 (ГП2) — 59 осіб з ЧВЗ внаслідок побутової травми.

Крім клініко-діагностичного дослідження, учасники проходили психодіагностичне обстеження. Для цього були застосовані «Клінічний опитувальник для виявлення і оцінки невротичних станів (К. К. Яхин, Д. М. Менделевич) і «Гісенський опитувальник психосоматичних скарг» [7]. Під час опитування учасників дослідження та їхніх родичів виявляли скарги та особливості поведінки, що їх турбували. Паралельно оцінювали інтенсивність скарг або актуальність поведінки за 6-бальною шкалою: 0 — відсутність симптому; 1 — виявляється при детальному розпитуванні; 2 — слабо турбує; 3 — приносить помірне занепокоєння; 4 — дуже турбує; 5 — у край інтенсивно турбує хворого. Результати дослідження обробляли методами статистичного аналізу.

Виявлена симптоматика була розподілена на групи за належністю до відповідної складової психічної сфери (табл. 1). Для пацієнтів ОГ був характерним значуще високий рівень симптоматики емоційних, поведінкових, диссомнічних проявів та девіантних висловлювань. Серед емоційних переважали симптоми тривоги та її похідних, дисфорії, гніву. Поведінкові зводились до підвищеної конфліктності, агресивності, конфронтації з близькими та друзями, при контакті з суспільними службами в різних сферах. Слід зазначити таку особливість — досліджувані не вважали вказані прояви негативними, а розцінювали як адекватну, наполегливу реакцію і поведінку на ті виклики і проблеми, з якими особа стикалась у своєму житті. Завжди були причини такої поведінки, що пов'язувались з наявністю бойової травми.

Мнестичні, диссомнічні та когнітивні прояви у пацієнтів основної групи біли менш виражені, порівняно з обстежуваними ГП1 та ГП2. Елементи аддиктивної поведінки обстежувані розцінювали як спосіб зняття психічної напруги та захисту від тих негараздів та конфліктів, з якими стикнулася особа. Девіантна поведінка, зазвичай, була присутня у вигляді допущень, погроз, намірів та фантазій у відповідь на негативні прояви, способу розв'язання конфліктних ситуацій та щодо джерел фруструючих обставин. Вегетативні прояви та елементи психосоматичних розладів у обстежуваних ОГ значуще менш виражені, ніж у осіб ГП1 і ГП2.

Таблиця 1. Структура та вираженість феноменологічних проявів психологічної дезадаптації у обстежених, бали

Тип проявів	ОГ	ГП1	ГП2
Емоційні	$6,14 \pm 0,41; p < 0,001$	$5,31 \pm 0,38; p < 0,001$	$2,26 \pm 0,27$
Когнітивні	$3,64 \pm 0,33; p < 0,001; p_1 < 0,05$	$4,64 \pm 0,30; p < 0,001$	$1,23 \pm 0,24$
Поведінкові	$6,34 \pm 0,33; p < 0,001$	$5,16 \pm 0,36; p < 0,001$	$1,80 \pm 0,17$
Мнестичні	$3,66 \pm 0,34; p < 0,001; p_1 < 0,01$	$4,96 \pm 0,23; p < 0,001$	$0,93 \pm 0,27$
Диссомнічні	$2,07 \pm 0,22; p < 0,01; p_1 < 0,001;$	$4,12 \pm 0,33; p < 0,001$	$0,91 \pm 0,32$
Аддиктивні	$1,93 \pm 0,27; p < 0,001; p_1 < 0,05$	$3,30 \pm 0,32; p < 0,001$	$0,71 \pm 0,28$
Девіантні	$2,41 \pm 0,30; p < 0,001; p_1 < 0,01$	$4,12 \pm 0,35; p < 0,001$	$0,52 \pm 0,24$
Соматичні (вегетативні)	$3,98 \pm 0,26; p < 0,001; p_1 < 0,001$	$5,93 \pm 0,32; p < 0,001$	$2,41 \pm 0,23$

Примітка. Тут і далі: середні значення показників наведено в форматі ($M \pm m$) — «середня арифметична $\pm$ стандартна похибка середньої арифметичної»; статистична значущість: p — порівняно з групою ГП2; p_1 — між ОГ і ГП1

Пацієнти групи ГП1 відрізнялись значуще вищими показниками когнітивних та мнестичних проявів, особливо диссомнічних. Останні пов'язувались з тривожними сновидіннями. Аддиктивна поведінка була значуще більше виражена порівняно з особами ОГ і ГП2 і асоціювалась з полегшенням як тривожного стану, так і конфліктних ситуацій в різних сферах життя, соціальними негараздами, конфліктом між сподіваннями та реальністю. Девіантна поведінка, як і в пацієнтів

ОГ, фіксувалась у вигляді намірів та фантазій в різних сферах життя. Соматично спрямовані скарги були значуще більш виражені в ГП1. Звичайно ж, показники всіх типів проявів у УБД були значуще вищі, ніж у осіб ГП2.

Важливим показником для характеристики проявів психологічної дезадаптації є суб'єктивна оцінка інтенсивності симптоматики, або ступінь актуальності поведінки (табл. 2). Порівняно з ГП2, УБД в обох групах значимість проявів оцінювали вірогідно вище.

Таблиця 2. Інтенсивність (значимість) симптоматики феноменологічних проявів психологічної дезадаптації у обстежених, бали

Тип проявів	ОГ	ГП1	ГП2
Емоційні	24,33 ± 0,41; $p < 0,001$; $p_1 < 0,001$	33,04 ± 0,43; $p < 0,001$	18,56 ± 0,44
Когнітивні	16,15 ± 0,36; $p < 0,001$	11,12 ± 0,33; $p < 0,001$	21,11 ± 0,32
Поведінкові	11,69 ± 0,31; $p < 0,001$	10,13 ± 0,32; $p < 0,001$	18,53 ± 0,31
Мнестичні	12,23 ± 0,33; $p < 0,001$; $p_1 < 0,001$	17,89 ± 0,33; $p < 0,001$	11,23 ± 0,32
Диссомнічні	10,26 ± 0,31; $p < 0,001$; $p_1 < 0,001$	18,77 ± 0,36; $p < 0,001$	7,34 ± 0,31
Аддиктивні	8,03 ± 0,33; $p_1 < 0,01$; $p < 0,001$	5,52 ± 0,33; $p < 0,001$	2,23 ± 0,36
Девіантні	4,04 ± 0,22; $p < 0,001$	4,23 ± 0,30; $p < 0,001$	1,25 ± 0,23
Соматичні (вегетативні)	22,57 ± 0,33; $p < 0,001$; $p_1 < 0,001$	27,51 ± 0,38; $p < 0,001$	8,31 ± 0,36

Під час порівняння ОГ і ГП1 виявлені значущі відмінності — більш високе значення для особистості емоційних, мнестичних, диссомнічних та вегетативних порушень. Загальна інтенсивність симптоматики в осіб ГП1 також більш висока. Слід зауважити, що актуальними для учасників ОГ були емоційні переживання, пов'язані з тривогою, мнестичні, диссомнічні та соматичні, які вони пов'язують з перебуванням в АТО. Інші відхилення, які виявлялися під час опитування самих учасників та їхніх близьких, вони не розцінювали як патологічні або хворобливі, а пояснювали як відповідну реакцію на поранення. На відміну від них, учасники ГП1 наголошували більшу значимість виявлених скарг. Для них також був притаманним певний поділ причин їх виникнення. Зокрема, емоційні, поведінкові та девіантні прояви вони пов'язували зі зміною свого статусу в різних сферах життя. Відповідно, вони вважали, що їх не розуміють близькі, друзі, колеги. Вони також не відчували відповідного ставлення до себе з боку суспільства. А прояви девіантної і аддиктивної поведінки, на їх погляд, допомагали їм досягти своїх цілей та зняти напругу.

Зважаючи на виявлену дисоціацію кількісного складу симптоматики і її значимості для особистості, тобто, оцінки наявних змін як позитивних, нами було проведено обстеження з використанням «Гісенського опитувальника психосоматичних скарг». Аналіз рівня соматичних скарг (табл. 3) показав значуще вищі показники у ОГ порівняно з ГП1, за винятком шкали М. Водночас за шкалою М у ГП1 показники були вищі, ніж у ГП2.

Порівнюючи ці дані з рівнем і значимістю скарг, можна зазначити, що: 1) незважаючи на оцінку наявних порушень самими обстежуваними як звичайну реакцію особистості на життєві обставини, вони були вірогідно більш значимими для пацієнтів — УБД з ОГ, порівняно з обстежуваними з ГП1 і ГП2. Вищі показники, виявлені у учасників ОГ, підтверджують виявлену в них більш хворобливу реакцію та поведінку особистості на психосоматичному рівні регуляції.

Таблиця 3. Вираженість психосоматичних скарг в структурі феноменологічних проявів психологічної дезадаптації у обстежених, бали

Шкали	ОГ	ГП1	ГП2
Е	9,48 ± 0,41; $p < 0,001$	7,25 ± 0,33; $p < 0,05$; $p_1 < 0,001$	6,21 ± 0,23
G	10,57 ± 0,30; $p < 0,001$	7,54 ± 0,32; $p < 0,001$; $p_1 < 0,001$	5,68 ± 0,30
М	6,45 ± 0,31; $p < 0,01$	6,67 ± 0,32	4,47 ± 0,31
Н	14,68 ± 0,33; $p < 0,001$	11,87 ± 0,40; $p < 0,01$; $p_1 < 0,001$	10,72 ± 0,31

Примітка. Шкали: Е — виснаження, М — шлункові скарги, G — ревматичні (алгічні/спастичні) скарги, Н — серцеві скарги

Дослідження рівнів оцінки невротичних станів також виявило відмінності в УБД, порівняно з особами ГП2 (табл. 4). За шкалою тривоги показники між ОГ і ГП1 вірогідно не відрізнялись і були істотно вищими, порівняно з ГП2. За усіма іншими шкалами в обстежуваних ОГ вираженість невротичних проявів була вищою, ніж в осіб ГП1 і ГП2.

Отже, незважаючи на те, що УБД як провідні скарги зазначали прояви, які були пов'язані з високою тривогою та вегетативною дисфункцією, за результатами обстеження виявлені вірогідно вищі показники і за іншими невротичними симптомами. Вони підтверджують більш істотні зміни в учасників ОГ.

Слід наголосити встановлену важливу особливість, пов'язану з невротичними проявами — виявлення їх при тестуванні не завжди відповідало факту наявності при клінічному опитуванні. Причини цього були, зазвичай, в відсутності актуальності чинних факторів на час огляду. Цьому факту слід надавати увагу при визначенні прогнозу та плануванні реабілітаційних маніпулювань.

Таблиця 4. Вираженість невротичних станів в структурі психологічної дезадаптації у обстежених, бали

Шкали	ОГ	ГП1	ГП2
Тривоги	$6,47 \pm 0,40, p < 0,001$	$5,78 \pm 0,32, p < 0,001$	$3,34 \pm 0,33$
Депресії	$3,87 \pm 0,29, p < 0,001$	$2,19 \pm 0,22, p_1 < 0,01$	$2,06 \pm 0,24$
Астенії	$3,83 \pm 0,33, p < 0,001$	$2,41 \pm 0,25, p_1 < 0,01$	$1,46 \pm 0,24$
Істерії	$4,45 \pm 0,41, p < 0,001$	$2,84 \pm 0,33, p < 0,05;$	$2,31 \pm 0,32$
Обсесивно-фобічна	$5,49 \pm 0,34, p < 0,01$	$3,73 \pm 0,38, p_1 < 0,01$	$3,11 \pm 0,22$
Вегетативних порушень	$14,31 \pm 0,34, p < 0,001$	$10,18 \pm 0,38, p < 0,001; p_1 < 0,001$	$6,22 \pm 0,32$

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

В учасників бойових дій з проявами психологічної дезадаптації останні зберігаються незалежно від наявності травми очей.

Ступінь вираженості дезадаптивних змін при травмі очей вищий у сферах особистої зацікавленості та вигоди постраждалого.

Невротичні прояви в результаті травми більш виражені на тлі дезадаптивних змін.

Психологічні зміни в результаті травми очей та прояви дезадаптації мають різні витоки, на що потрібно звертати при їх корекції.

Список літератури

1. Жупан Б. Б. Удосконалення організації спеціалізованої офтальмологічної допомоги в ході медичного забезпечення антитерористичної операції // Проблеми військової охорони здоров'я. 2016. Вип. 47. С. 11—15.
2. Жупан Б. Б. Спеціалізована офтальмологічна допомога військовослужбовцям в умовах єдиного медичного простору // Екстрена медицина. 2017. № 3 (24). URL : <http://emergency.in.ua/2017-numbers/24-2017/565-n24s4>.
3. Абдрахімова Ц. Б. Порівняльний аналіз наявності і вираженості основних клініко-психопатологічних феноменів неспсихотичних психічних розладів у осіб зі втратою зору травматичного генезу за даними суб'єктивної і об'єктивної оцінки // Український вісник психоневрології. 2013. Т. 21, вип. 1 (74). С. 34—39.
4. Абдрахімова Ц. Б. Обґрунтування засад та підходів до надання комплексної спеціалізованої допомоги особам

з неспсихотичними психічними розладами внаслідок часткової втрати зору травматичного генезу // Там само. 2014. Т. 22, вип. 3 (80). С. 158—163.

5. Збірник методик для діагностики негативних психічних станів військовослужбовців : методичний посібник / Агаєв Н. А., Кокун О. М., Пішко І. О. [та ін.]. К.: НДЦ ГП ЗСУ, 2016. С. 208—225.

6. Тарабрина Н. В. Практикум по психології посттравматического стресса. СПб. : Питер, 2001. 272 с. (Серия «Практикум по психології»).

7. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. М. : Изд-во Эксмо, 2005. 992 с.

Надійшла до редакції 15.01.2019 р.

АДБРЯХІМОВ Ростислав Адганович, кандидат медичних наук, лікар-офтальмолог Київської клінічної лікарні № 2 на залізничному транспорті, м. Київ, Україна; e-mail: rostislav.abdrahimov@gmail.com

АБДРЯХІМОВА Ціра Борисівна, доктор медичних наук, професор кафедри медичної психології, психосоматичної медицини і психотерапії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна

ADBRIAKHIMOV Rostyslav, MD, PhD, Physician-ophthalmologist of the Kyiv Railway Clinical Hospital No. 2, Kyiv, Ukraine; e-mail: rostislav.abdrahimov@gmail.com

ABDRIAKHIMOVA Tsira, Doctor of Medical Sciences, Professor of Department of Medical psychology, psychosomatic medicine and psychotherapy of the O. O. Bohomolets's National Medical University, Kyiv, Ukraine

УДК 61.89:615.851:616-07

А. О. Камінська, Н. Г. Пшук

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ЕМОЦІЙНОГО ІНТЕЛЕКТУ ТА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У РЕФЕРЕНТНИХ РОДИЧІВ ПАЦІЄНТІВ З ЕНДОГЕННИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

А. А. Каминская, Н. Г. Пшук

Взаимосвязь эмоционального интеллекта и качества жизни у референтных родственников пациентов с эндогенными психическими расстройствами

А. Kaminska, N. Pshuk

Interrelation of emotional intelligence and quality of life in family caregivers of patients with endogenous mental disorders

Досліджено особливості емоційного інтелекту та їх зв'язок із психічним компонентом якості життя референтних родичів (РР) пацієнтів з ендогенними психічними розладами. Як психодіагностичний інструмент дослідження використані методика «EQ» Н. Холла, коротка шкала оцінки якості життя SF-36, для дослідження психоемоційного стану РР було обрано тест Спілбергера — Ханіна та опитувальник Цунга в адаптації Т. І. Балашової (2001).

Обстежено 243 референтних родичів хворих на параноїдну шизофренію (168 осіб, РРПШ) та хворих на афективні розлади (АФР) — біполярний афективний розлад, рекуррентний депресивний розлад (75 осіб, РРАФР).

Отримані в ході дослідження дані свідчать про те, що респонденти РРПШ та РРАФР демонструють зниження показників емоційного інтелекту за всіма конструктами, що не лише корелює зі зниженням психічного компонента якості життя, але й створює суттєві перешкоди для успішної психологічної адаптації як окремих членів сім'ї, так і гармонійного функціонування сім'ї, у якій проживає психічно хворий пацієнт, загалом.

Під час вивчення стану психоемоційної сфери РР пацієнтів з ендогенними психічними розладами виявлено тенденцію до поступового зниження тривожно-депресивної психопатологічної симптоматики зі збільшенням тривалості захворювання у психічно хворого члена сім'ї.

Встановлені особливості треба зважати під час створення відповідних психоосвітніх та психокорекційних програм для РР пацієнтів з ендогенними психічними розладами.

Ключові слова: емоційний інтелект, референтні родичі, якість життя, ендогенні психічні розлади

Исследованы особенности эмоционального интеллекта и их связь с психическим компонентом качества жизни референтных родственников (РР) пациентов с эндогенными психическими расстройствами.

В качестве психодиагностического инструмента исследования использованы методика «EQ» Н. Холла, краткая шкала оценки качества жизни SF-36, исследование психоемоционального состояния РР проводили с использованием теста Спилбергера — Ханина и опросника Цунга в адаптации Т. И. Балашовой (2001).

Обследовано 243 референтных родственника больных параноидной шизофренией (168 человек, РРПШ) и больных с аффективными расстройствами (АФР) — биполярным аффективным расстройством, рекуррентным депрессивным расстройством (75 человек, РРАФР).

Полученные в ходе исследования данные свидетельствуют о том, что респонденты РРПШ и РРАФР демонстрируют снижение показателей эмоционального интеллекта по всем конструктам, что не только коррелирует со снижением психического компонента качества жизни, но и создает существенные препятствия для успешной психологической адаптации как отдельных членов семьи, так и гармоничного функционирования семьи, в которой проживает психически больной пациент, в целом.

При изучении состояния психоемоциональной сферы РР пациентов с эндогенными психическими расстройствами выявлена тенденция к постепенному снижению тревожно-депрессивной психопатологической симптоматики с увеличением продолжительности заболевания у психически больного члена семьи.

Установленные особенности необходимо учитывать при создании соответствующих психообразовательных и психокоррекционных программ для РР пациентов с эндогенными психическими расстройствами.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, референтные родственники, качество жизни, эндогенные психические расстройства

Aim of our study was to reveal the features of emotional intelligence in family caregivers (FC) of patients with endogenous mental disorders and to investigate their connection with the mental component of quality of life. Emotional quotient test "EQ" by N. Hall, The Short Form-36, anxiety test by Spielberger — Khanin and Zung Self-Rating Depression Scale (SDS) were chosen as psychological testing tools.

243 family caregivers of patients with paranoid schizophrenia (168 persons, FCPS) and patients with affective disorders — bipolar disorder, recurrent depressive disorder (75 persons, FCAD) were examined.

Obtained data show that the respondents of FCPC and FCAD have a decrease of the indicators of emotional intelligence for all constructs, which not only correlates with the decrease in mental component of quality of life, but also creates significant obstacles for successful psychological adaptation of individual family members, as well as for the harmonious functioning of a family, in which a mentally sick patient lives, in general.

In psycho-emotional sphere of FC of patients with endogenous mental disorders, there is a tendency towards a gradual decrease of anxious and depressive psychopathological symptoms with the increase in the duration of disease in a mentally sick family member.

Revealed features should be taken into consideration when creating appropriate psycho-educational and psycho-correction programs for FC of patients with endogenous mental disorders.

Key words: emotional intelligence, family caregiver, quality of life, endogenous mental disorders

Сучасний розвиток реабілітації спирається на біопсихосоціальну парадигму розвитку психічних розладів [1]. Такий підхід розширює погляди на можливості відновлення хворих [2]. Одним із напрямків удосконалення методології надання психіатричної допомоги в Україні є максимальне використання

психосоціальної терапії та реабілітації, без обмеження лікувальних можливостей лише фармакотерапією [3]. Психосоціальні втручання впроваджені в систему терапевтичних заходів для психічно хворих та розглядаються поряд з психофармакологічними впливами як такі, що суттєво впливають на кінцевий результат лікування як в стаціонарних, так і в позалікарняних умовах [4].

Найважливішим напрямком розвитку психосоціального лікування протягом останніх двох десятиліть є акцент на позитивному впливі участі сім'ї в процесі терапії.

Відомо, що до 60 % всіх пацієнтів, яких виписують з психіатричних стаціонарів, повертаються у сім'ї, поряд з цим здебільшого вони зберігають контакти зі своїми рідними. Тисячі сімей щороку стикаються з психічними розладами і змушені розв'язувати пов'язані з цим проблеми [5]. Факторами, що позитивно впливають на успішність реабілітації хворих на шизофренію та афективні розлади в позалікарняних умовах, є наявність зацікавленості найближчого оточення в реабілітації пацієнтів, вихідне збереження соціального функціонування у сферах соціально-корисної діяльності і взаємин з оточенням [6].

Референтні родичі пацієнтів з ендегенними психічними розладами стикаються з підвищеним навантаженням та стресом. Часто референтні родичі стають реципієнтами фрустрації пацієнтів та їх поведінкових розладів. Через відсутність належної підготовки, недостатні знання про хворобу та психологічний дистрес, зумовлений різкими змінами у психічному стані члена сім'ї, референтні родичі зазнають значного напруження та навантаження, які тепер широко відомі під назвою «сімейне навантаження». Об'єктивні негативні наслідки проживання та взаємодії з психічно хворим членом сім'ї включають погіршення здоров'я референтних родичів, порушення у сімейному житті, збільшення витрат, тоді як суб'єктивні ефекти включають відчуття ізоляції, втрати, тривогу, гнів та фрустрацію [7].

«Сімейне навантаження», пов'язане з контактом або проживанням з хворим на шизофренію та афективні розлади, призводить до чималого емоційного напруження, яке за принципом зворотного зв'язку негативно відбивається і на стані самого пацієнта. Об'єктивний тягар проживання з психічно хворим членом сім'ї включає в себе вплив на домогосподарство, наприклад, надання допомоги пацієнтам у щоденних завданнях, що може призводити до порушення поведінки референтного родича та порушення повсякденного розпорядку [8, 9]. Суб'єктивний тягар пов'язаний з тим, як референтні родичі психологічно сприймають тягар взаємодії з психічно хворим членом сім'ї, що може включати сором, збентеження, почуття провини чи самозвинувачення. Разом це спричиняє наслідки для фізичного, психологічного, економічного та емоційного благополуччя референтних родичів [8—10]. Роль у наданні сімейної підтримки пацієнтам важка, часто турбує і впливає на здоров'я та якість життя референтних родичів [11, 12].

Це робить все більш актуальною проблему ефективної сімейної та соціальної реабілітації. Сім'я психічно хворого функціонує в умовах реальності, що змінюється залежно від динаміки його психічного стану, яка змінює водночас його соціальний і сімейний статус [5]. Забезпечення референтних родичів пацієнтів з шизофренією та афективними розладами належною підтримкою (наприклад, фінансова підтримка, соціальна підтримка, психоосвітні заходи, програми психологічної допомоги) може допомогти поліпшити їх загальний стан здоров'я [13—15].

Незважаючи на досить велику кількість досліджень наслідків ендегенних психічних розладів (ЕПР) та пов'язаного з ними психологічного навантаження на референтних родичів як осіб, що постійно взаємодіють з пацієнтом, досі немає цілісного розуміння

причин психоемоційної дезадаптації у сім'ях, де проживає пацієнт з ендегенним психічним захворюванням. На теперішній час звертає на себе увагу як невелика кількість наукових досліджень у цьому напрямку, так і відсутність дієвих систем психоосвітніх та психокорекційних заходів для референтних родичів пацієнтів з ЕПР.

Метою нашого дослідження було визначення рівня емоційного інтелекту референтних родичів пацієнтів з ЕПР в контексті їх психосоціального функціонування.

Для досягнення поставленої мети, з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології та за умови інформованої згоди обстежено 243 референтних родичів (РР) хворих на параноїдну шизофренію (168 осіб, РРПШ) та хворих на афективні розлади (АФР) — біполярний афективний розлад, рекурентний депресивний розлад (75 осіб, РРАФР). Критеріями включення респондентів до участі у дослідженні були: інформована згода на проведення анкетування, клініко-психологічного, психодіагностичного обстеження, відсутність попередніх звернень за допомогою до лікаря-психіатра чи лікаря-нарколога, відсутність черепно-мозкових травм в анамнезі, 1—2 ступінь спорідненості з хворим. До групи РРПШ було включено 49 дружин, 25 чоловіків, 94 — один із батьків пацієнтів з ПШ. До групи РРАФР було включено 20 дружин, 25 чоловіків, 30 — один із батьків пацієнтів з АФР. Вік обстежуваних був у діапазоні від 26 до 63 років (середній вік: «дружини» — $37,5 \pm 0,8$ років, «чоловіки» — $42,3 \pm 0,9$ та «один з батьків» — $60,3 \pm 3,7$ років). Більша частка родичів (64,5 %) мали достатній освітній ценз (середня та вища освіта), постійну роботу мали 55,1 % опитаних. 70,4 % респондентів основних груп РРПШ та РРАФР оцінили матеріально-побутовий стан як задовільний, а 23,1 % вказали на незадовільний фінансовий стан сім'ї, який змінився після появи в сім'ї пацієнта з психічним розладом. Аналіз сімейних стосунків показав, що наявність адекватних стосунків констатували 19,5 % РРПШ та 28,6 % РРАФР, тоді коли на конфліктні та емоційно нестійкі сімейні стосунки вказали, відповідно, 46,2 % та 26,4 % опитаних РР. Групу контролю (КГ) склали 55 психічно здорових осіб (35 осіб жіночої та 20 осіб чоловічої статі), в сім'ях яких не проживають психічно хворі пацієнти і які ніколи не звертались по допомогу до лікаря-психіатра.

Емоційний інтелект референтних родичів ідентифікували за допомогою психодіагностичного методу із використанням методики «EQ» Н. Холла. Опитувальник призначений для виявлення здатності розуміти міжособистісні стосунки, що репрезентуються в емоціях, та керувати емоційною сферою, приймаючи рішення. Для оцінення якості життя референтних родичів пацієнтів з ЕПР використовували шкалу SF-36 (The Short Form-36 or Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey, John E. Ware, Cathy D. Sherbourne, 1992).

Для дослідження психоемоційного стану референтних родичів було обрано тест Спілбергера — Ханіна та опитувальник Цунга в адаптації Т. І. Балашової (за Д. Я. Райгородським, 2008) [16].

Оброблення отриманих даних здійснювали методами математичної статистики.

Тест емоційного інтелекту Холла визначає як загальний рівень емоційного інтелекту, так і окремі його складові (емоційну обізнаність, здатність керувати емоціями, самомотивацію, емпатію, розпізнавання емоційних станів інших людей). Для обстеження референтних родичів хворих з ЕПР був використаний повний

варіант методики. Результати оцінювали за 5 субтестами, а також зважували на композитну оцінку.

Пацієнти з ЕПР, які проживають у власній чи батьківській сім'ї, істотно змінюють життєвий динамічний стереотип усіх її членів, нівелюючи адекватне взаєморозуміння. Референтні родичі намагаються дистанціюватися від пацієнтів, змінити їхню поведінку, що безпосередньо впливає на стан їхньої психоемоційної сфери.

Ступінь соціального функціонування сім'ї залежить від рівня міжособистісної взаємодії, який насамперед залежить від емоційного інтелекту. Емоційний інтелект — це інтегральна характеристика, яка забезпечує розпізнавання власних емоцій та емоцій інших людей, а також здатність до керування емоціями у ситуаціях міжособистісної взаємодії.

Дослідження рівня емоційного інтелекту референтних родичів пацієнтів з ЕПР (табл. 1) дозволило виявити деякі відмінності порівняно з особами групи контролю. Отримані дані за шкалою емоційної обізнаності (РРПШ — $7,9 \pm 2,5$ та РРАФР — $12,5 \pm 1,5$; КГ — $14,5 \pm 1,5$, при $P < 0,001$) дозволяють дійти висновку, що референтні родичі хворих на ЕПР не завжди можуть розуміти значення як негативних, так і позитивних емоцій для отримання знань про те, яке рішення краще прийняти, що відображає знижену здатність орієнтуватись на власні негативні емоції як на джерело розуміння необхідності змін у своєму житті, невміння відчувати і спостерігати за зміною власних емоційних станів, розуміти свої негативні емоції як індикатор проблем у власному житті. Вони відчують суттєві труднощі через знижене розуміння значення емоцій для збереження оптимального самопочуття та контролю над власним життям.

Таблиця 1. Показники рівня емоційного інтелекту референтних родичів пацієнтів з ендегенними психічними розладами, бали

Показники	Група РРПШ	Група РРАФР	КГ
Емоційна обізнаність	$7,9 \pm 2,5^{**}$	$12,5 \pm 1,5^{**}$	$14,5 \pm 1,5$
Керування емоціями	$3,2 \pm 1,7^{**}$	$4,5 \pm 1,5^{**}$	$15,5 \pm 1,5$
Самотивація	$8,7 \pm 1,9^{**}$	$11,4 \pm 1,9^{**}$	$13,4 \pm 1,9$
Емпатія	$5,5 \pm 2,3^*$	$10,0 \pm 2,6^*$	$12,0 \pm 2,6$
Розпізнавання емоцій інших людей	$5,6 \pm 1,2^*$	$12,3 \pm 1,5^*$	$16,3 \pm 1,5$
Композитна оцінка	$36,4 \pm 2,9^{**}$	$43,2 \pm 1,7^{**}$	$70,5 \pm 3,7$

Примітки. Середні значення подано у форматі ($M \pm m$), де M — середнє арифметичне, m — стандартна похибка. Показники є статистично вірогідними: * — $P < 0,05$; ** — $P < 0,001$ (так само у табл. 2)

За шкалою керування власними емоціями (РРПШ — $3,2 \pm 1,7$ та РРАФР — $4,5 \pm 1,5$; КГ — $15,5 \pm 1,5$, $P < 0,001$) встановлені показники вказують на те, що респонденти основних груп порівняно з КГ мають вірогідно нижчу здатність зберігати спокій за умов переживання тиску з боку оточення, стежити за власним самопочуттям, обмежену здатність справлятися зі власними почуттями, коли щось сильно засмучує, не зациклюватися на негативних емоціях, швидко заспокоюватися після неочікуваних прикрощів, легко відключатись від переживання неприємностей. Отже, отримані дані свідчать про знижені можливості емоційного копінгу в умовах

наявності ендегенного психічного захворювання у члена сім'ї у респондентів основних груп.

Показники за шкалою самотивації (РРПШ — $8,7 \pm 1,9$ та РРАФР — $11,4 \pm 1,9$; КГ — $13,4 \pm 1,9$, $P < 0,001$) відображають знижену здатність РР пацієнтів з ЕПР у разі потреби залишатись спокійними та зосередженими, діючи відповідно до життєвих вимог. На відміну від респондентів КГ, вони не здатні, коли буде потреба, пережити широкий спектр позитивних емоцій, як-от позитивний настрій, радість, внутрішній підйом та гумор, творчо вирішувати життєві труднощі всупереч життєвим неприємностям та перешкодам, з легкістю занурюватись у стан спокою, готовності і зосередженості, відкидаючи негативні почуття, коли треба діяти.

Результати, отримані за шкалою емпатії (РРПШ — $5,5 \pm 2,3$ та РРАФР — $10,0 \pm 2,6$; КГ — $12,0 \pm 2,6$, $P < 0,05$) показують у референтних родичів, в сім'ях яких проживає пацієнт з ЕПР, наявне зниження здатності вислуховувати проблеми інших людей та чутливості до емоційних потреб інших, обмежене розуміння емоцій інших людей, особливо якщо вони не висловлені прямо, погіршене розпізнавання емоцій за невербальними ознаками, низьку здатність відчувати потреби інших при спілкуванні, невміння налаштовуватись на емоції інших людей.

Показники за шкалою розуміння емоцій інших людей (РРПШ — $5,6 \pm 1,2$ та РРАФР — $12,3 \pm 1,5$; КГ — $16,3 \pm 1,5$, $P < 0,05$) вказують на те, що у референтних родичів пацієнтів з ПШ та АФР знижується здатність заспокоювати інших людей, адекватно реагувати на настрій, наміри і бажання інших, розумітись на почуттях оточуючих, бути добрими радниками з питань відносин між людьми, допомагати іншим використовувати їхні наміри для досягнення особистих цілей.

Композитне оцінювання (РРПШ — $36,4 \pm 2,9$ та РРАФР — $43,2 \pm 1,7$, КГ — $70,5 \pm 3,7$, $P < 0,001$) свідчить про те, що загалом у референтних родичів пацієнтів з ЕПР спостерігається як зниження здатності до розпізнавання власних емоцій та емоцій інших людей, так і обмежена здатність до керування власними емоціями у ситуаціях міжособистісної взаємодії.

Проведений кореляційний аналіз виявив певні взаємозв'язки між показниками рівня емоційного інтелекту та рівнем психічного компонента якості життя у РР хворих на ЕПР (табл. 2).

Таблиця 2. Кореляційний аналіз зв'язку показників емоційного інтелекту з показниками психічного компонента якості життя у референтних родичів хворих на ендегенні психічні розлади (r)

Показники якості життя (психічний компонент якості життя)	Показники рівня емоційного інтелекту					
	Емоційна обізнаність	Керування емоціями	Самотивація	Емпатія	Розпізнавання емоцій інших людей	Композитна оцінка
Життєва активність (VT)	0,25	0,32	0,58	0,33	0,22	0,27
Соціальне функціонування (SF)	0,34	0,31	0,59*	0,62**	0,45	0,66**
Емоційне функціонування (RE)	0,47	0,55*	0,51*	0,49	0,43	0,55*
Психічне здоров'я (MH)	0,13	-0,23	-0,29	0,42	0,37	-0,33

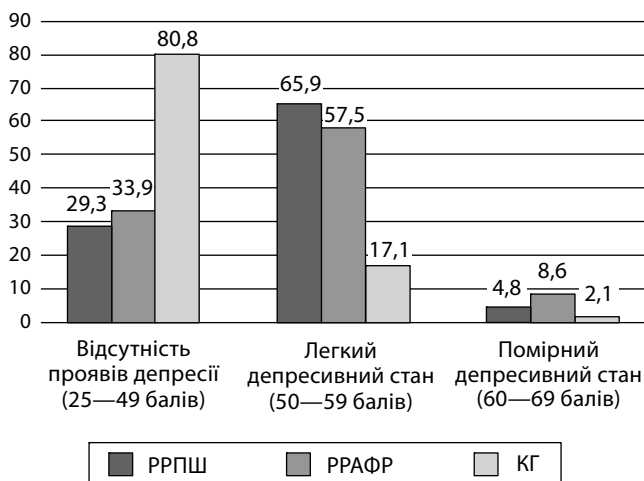
Було отримано результати, що вказують на негативний кореляційний зв'язок між показниками емоційного інтелекту за шкалами самомотивації, керування емоціями та композитною оцінкою і показниками психічного компонента якості життя. Зокрема, зниження емоційного функціонування у групі РР найбільше пов'язане зі зниженням показників емоційного інтелекту за шкалами самомотивації, що вказує на зв'язок із нездатністю залишатись спокійними та зосередженими, незважаючи на негативний емоційний стан ($r = 0,51$; $p < 0,05$), а також із показниками за шкалою керування емоціями, що відображає труднощі в опануванні власних негативних емоційних станів і, як наслідок, недостатній емоційний копінг в умовах взаємодії з/між людьми, зокрема внутрішньосімейної ($r = 0,55$; $p < 0,05$).

Також було отримано дані про наявність кореляційного зв'язку між показниками соціального функціонування РР та показниками емоційного інтелекту за шкалами самомотивації ($r = 0,59$; $p < 0,001$), емпатії ($r = 0,62$; $p < 0,001$) та композитною оцінкою ($r = 0,66$; $p < 0,001$), що вказує на можливі причини порушення соціальної взаємодії у сім'ях пацієнтів з ЕПР.

Отже, труднощі емоційної регуляції, керування емоційним станом, розпізнавання емоційних станів інших учасників комунікації, пов'язані з рівнем емоційного інтелекту РР, є чинниками, що набагато ускладнюють взаємини у сім'ях хворих з ЕПР та знижують можливості психосоціальної адаптації усіх членів сім'ї.

Під час вивчення стану психоемоційної сфери РР пацієнтів з ЕПР із використанням опитувальника Цунга виявлено, що із загальної кількості РР пацієнтів з ЕПР ознаки депресивного реагування демонстрували 68,4 % респондентів (61,7 % — з вираженістю на рівні легкого, 6,7 % — помірного депресивного стану), зокрема серед респондентів РРПШ — 70,7 % (65,9 % — легкий, 4,8 % — помірний депресивний стан), а серед респондентів РРАФР — 66,1 % обстежених (57,5 % — легкий, 8,6 % — помірний депресивний стан). В обстежених КГ проявів депресії здебільшого (80,8 % респондентів) не виявлено, депресивне реагування було характерно для 19,2 % обстежених КГ, переважно внаслідок вираженості показників на рівні легкого депресивного стану ситуаційно зумовленого — 17,1 % (рисунк).

Кількість обстежених, %



Рівень вираженості депресії у обстежених респондентів

Виразні результати були отримані нами під час аналізу наявності і вираженості депресивної симптоматики серед респондентів РРПШ та РРАФР залежно від тривалості захворювання члена сім'ї.

Зокрема, серед респондентів РРПШ з тривалістю захворювання члена сім'ї до 4 років у 46,5 % осіб діагностовано депресивні прояви (у 36 % — з вираженістю на рівні легкого депресивного стану, у 10,5 % — помірного депресивного стану). Серед респондентів РРАФР з тривалістю захворювання члена сім'ї до 4 років депресивні симптоми виявлені у 56,3 %, причому легкий депресивний стан діагностовано у 50,3 %, помірний — у 6,3 % обстежених.

У обстежених РРПШ та РРАФР значущими в структурі депресивного реагування визнані знижений настрій; пригніченість; втрата активності; почуття провини; раннє, середнє та пізнє безсоння; зниження працездатності й активності; втрата інтересу до діяльності; загальносоматичні симптоми — важкість у кінцівках, голові, спині, м'язовий біль, почуття знесилання.

У КГ виявлені окремі прояви зниженого настрою та ускладнене засинання.

Ознаки наявності вираженої ситуативної та особистісної тривожності за тестом Спілберґера — Ханіна були притаманні 57,1 % респондентів РРПШ, 48,9 % респондентів РРАФР та 9,9 % осіб КГ, проте у респондентів КГ рівень вираженості тривоги не досягав рівня тривожного розладу.

Вивчення вираженості тривожних проявів залежно від тривалості захворювання у члена сім'ї в основних групах продемонструвало виявлену попереднім дослідженням тенденцію до поступового нівелювання психопатологічної симптоматики зі збільшенням тривалості захворювання у психічно хворого члена сім'ї. Прояви патологічної тривоги на рівні тривожного стану діагностовано у 41,5 % респондентів РРПШ та 36,7 % респондентів РРАФР з тривалістю захворювання члена сім'ї до 4 років, 38,7 % обстежених РРПШ та 31,3 % РРАФР з тривалістю захворювання члена сім'ї 5—10 років, 29,2 % РРПШ та 27,8 % РРАФР з тривалістю захворювання члена сім'ї понад 8 років.

Отже, виявлено тенденцію до порушення психоемоційного стану у РР пацієнтів з ЕПР порівняно із респондентами КГ, причому поширеність і вираженість тривожних та депресивних проявів кількісно і якісно переважають у респондентів РРПШ порівняно з РРАФР та є максимальними за значеннями серед респондентів, що проживають із психічно хворим членом сім'ї з тривалістю психічного захворювання до 4 років.

Отже, референтні родичі пацієнтів з шизофренією та афективними розладами демонструють зниження показників емоційного інтелекту за всіма конструктами, що не лише корелює зі зниженням психічного компонента якості життя, але й створює суттєві перешкоди як для успішної психологічної адаптації окремих членів сім'ї, так і для гармонійного функціонування сім'ї, у якій проживає психічно хворий пацієнт, загалом.

Під час вивчення стану психоемоційної сфери референтних родичів пацієнтів з ендogenous психічними розладами виявлено тенденцію до поступового зниження тривожно-депресивної психопатологічної симптоматики зі збільшенням тривалості захворювання у психічно хворого члена сім'ї.

У подоланні стресових та проблемних ситуацій та налагодженні міжособистісної комунікації у сім'ях, де проживають пацієнти з ендogenous психічними

розладами, властивості емоційного інтелекту відіграють вагомий роль. Завдяки здатності усвідомлювати та розпізнавати власні емоційні стани та емоційні стани інших людей виникає підґрунтя для забезпечення ефективного емоційного копію, що визначає здатність особистості до адаптивного емоційного та поведінкового реагування.

На встановлені особливості треба зважати під час створення відповідних психоосвітніх та психокорекційних програм для референтних родичів пацієнтів з ендегенними психічними розладами.

Список літератури

1. Практикум по психосоціальному лечению и психосоціальной реабилитации психически больных / под ред. И. Я. Гуровича и А. Б. Шмуклера. М.: Медпрактика-М, 2002. 179 с.
2. Гусева О. В., Коцюбинский А. П. Интегративная модель психотерапии эндогенных психических расстройств. Руководство для врачей. СПб.: Изд-во «СпецЛит», 2013. 287 с.
3. Марута Н. О. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні // Здоров'я України. 2012. № 3 (22). С. 6—8.
4. The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update / J. Bustillo, J. Lauriello, W. Horan [et al.] // The American journal of psychiatry. 2001. № 158(2). P. 163—175. DOI: 10.1176/appi.ajp.158.2.163.
5. Бугорский А. В. Психиатрическое просвещение родственников пациентов, страдающих шизофренией и расстройствами шизофренического спектра // Психотерапия и психосоциальная работа в психиатрии. Вып. IV / под ред. О. В. Лиманкина, С. М. Бабина. СПб.: Изд-во «Таро», 2017. С. 49—56.
6. Савельева О. В., Петрова Н. Н. Эффективность комплексной реабилитации больных шизофренией // Вестник СПбГУ. Серия 11. Медицина. 2017. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-kompleksnoy-reabilitatsii-bolnyh-shizofreniey> (дата обращения: 09.01.2019).
7. Vitaliano P. P., Zhang J., Scanlan J. M. Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis // Psychological Bulletin. 2003. No. 129(6). P. 946—972. DOI: 10.1037/0033-2909.129.6.946.
8. Burden of Care on Caregivers of Schizophrenia Patients: A Correlation to Personality and Coping / D. Geriani, K. S. Savithry, S. Shivakumar [et al.] // Journal of clinical and diagnostic research. 2015. No. 9(3). VC01—VC04. DOI: 10.7860/JCDR/2015/11342.5654.
9. Awad A. G., Voruganti L. N. The burden of schizophrenia on caregivers: a review // Pharmacoeconomics. 2008. No. 26(2). P. 149—162. DOI: 10.2165/00019053-200826020-00005.
10. Do needs, symptoms or disability of outpatients with schizophrenia influence family burden? / S. Ochoa, M. Vilaplana,

J. M. Haro [et al.] // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2008. 43(8). P. 612—618. DOI: 10.1007/s00127-008-0337-x.

11. Stigma as a barrier to recovery: The extent to which caregivers believe most people devalue consumers and their families / E. L. Struening, D. A. Perlick, B. G. Link [et al.] // Psychiatr Serv. 2001. 52(2). P. 1633—1638. DOI: 10.1176/appi.ps.52.12.1633.

12. Caregiver Burden and Health in Bipolar Disorder: A Cluster Analytic Approach / D. A. Perlick, R. A. Rosenheck, D. J. Miklowitz [et al.] // The Journal of nervous and mental disease. 2008. 196(6). P. 484—491. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181773927.

13. Assessing Health Status in Informal Schizophrenia Caregivers Compared with Health Status in Non-Caregivers and Caregivers of Other Conditions / [S. Gupta, G. Isherwood, K. Jones, K. Van Impe] // BMC Psychiatry. 2015. No. 15. DOI: 10.1186/s12888-015-0547-1.

14. Evaluation of the acceptability and usefulness of an information website for caregivers of people with bipolar disorder. / L. Berk, M. Berk, S. Dodd [et al.] // BMC Medicine. 2013. No. 11 (1). P. 162. DOI: 10.1186/1741-7015-11-162.

15. Miklowitz D. J. Family Treatment for Bipolar Disorder and Substance Abuse in Late Adolescence // Journal of Clinical Psychology. 2012. No. 68 (5). P. 502—513. DOI: 10.1002/jclp.21855.

16. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Самара: Издательский дом «Бахрах-М», 2008. 672 с.

Надійшла до редакції 10.12.2018 р.

КАМІНСЬКА Анна Олексіївна, кандидат медичних наук, доцент кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (ВНМУ ім. М. І. Пирогова), м. Вінниця, Україна; e-mail: adonidisvernalis@gmail.com

ПШУК Наталія Григорівна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти ВНМУ ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

KAMINSKA Anna, MD, PhD, Associated Professor of Medical Psychology and Psychiatry Department with the Course of Postgraduate Education of Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine; e-mail: adonidisvernalis@gmail.com

PSHUK Nataliia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Medical Psychology and Psychiatry Department with the Course of Postgraduate Education of Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsia, Ukraine

Г. С. Росінський

**СТАН СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я, ТИПОЛОГІЯ РОДИННИХ СТОСУНКІВ
ТА ФУНКЦІОНУВАННЯ СІМ'Ї У КОМБАТАНТІВ**

Г. С. Росинский

**Состояние сексуального здоровья, типология семейных отношений
и функционирование семьи у комбатантов**

G. S. Rosinskyi

State of sexual health, typology of family relations and functioning of the family in combatants

Мета роботи — вивчити стан сексуального здоров'я, тип родинних стосунків та сімейне функціонування комбатантів для виявлення можливих ресурсних джерел збереження гармонійної сімейної взаємодії та мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Протягом 2015—2017 рр. було комплексно обстежено 100 демобілізованих військовослужбовців, що брали участь у бойових діях, та їхніх дружин. Дослідження проводили за допомогою клініко-психопатологічного і психодіагностичного методів. За критерієм успішності подружніх стосунків обстежені родини були поділені на дві групи. Основну групу склали 72 подружні пари з порушенням здоров'я родини, групу порівняння — 28 успішних сімейних пар.

Встановлено, що в родинях комбатантів зі значною подружною незадоволеністю (29,0 %) спостерігається виражене порушення сексуальної реалізації, деструктивний тип сімейних відносин та патологічна конгруентність вираженого невиконання подружжям більшої частини сімейних функцій. Сім'ї комбатантів з відносною подружною незадоволеністю (43,0 %) відрізнялися відносним порушенням сексуального здоров'я, відносно деструктивним типом родини та дисконгруентною оцінкою часткового невиконання родинних функцій. Для сімей комбатантів, задоволених подружніми стосунками (28,0 %), не були характерними порушення сексуальності, їм виявився притаманним конструктивний тип родинних стосунків та конгруентне успішне виконання більшої частини функцій сім'ї.

Отримані дані покладені нами в основу розроблення комплексу заходів психокорекції і психологічної підтримки здоров'я сім'ї комбатантів

Ключові слова: здоров'я сім'ї, комбатанти, сексуальне здоров'я, функціонування родини

Цель работы — изучить состояние сексуального здоровья, тип семейных отношений и семейное функционирование комбатантов для выявления возможных ресурсных источников сохранения гармоничного семейного взаимодействия и мишеней дальнейшей психокоррекционной работы.

В течение 2015—2017 гг. комплексно обследованы 100 демобилизованных военнослужащих, участвовавших в боевых действиях, и их жен. Исследование проводилось с помощью клинико-психопатологического и психодиагностического методов. По критерию успешности супружеских отношений обследованные семьи были разделены на две группы. Основную группу составили 72 супружеских пары с нарушением здоровья семьи, группу сравнения — 28 успешных семейных пар.

Установлено, что в семьях комбатантов со значительной супружеской неудовлетворенностью (29,0 %), имеют место выраженные нарушения сексуальной реализации, деструктивный тип семейных отношений и патологическая конгруэнтность выраженного невыполнения супругами большинства семейных функций. Семьи комбатантов с относительной супружеской неудовлетворенностью (43,0 %) отличались относительным нарушением сексуального здоровья, относительно деструктивным типом семьи и дисконгруэнтной оценкой частичного невыполнения семейных функций. Для семей комбатантов, довольных супружескими отношениями (28,0 %), нарушения сексуальности не были характерными, им оказался присущ конструктивный тип семейных отношений и конгруэнтное успешное выполнение большинства функций семьи.

Полученные данные положены нами в основу разработки комплекса мер психокоррекции и психологической поддержки здоровья семьи комбатантов.

Ключевые слова: здоровье семьи, комбатанты, сексуальное здоровье, функционирование семьи

The purpose of the work is to study the state of sexual health, the type of family relations and functioning of the family in combatants, in order to identify possible resource sources for maintaining harmonious family interaction and targets for further psychocorrective work.

During 2015—2017, 100 demobilized soldiers who had participated in military actions and their wives were examined comprehensively. The study was conducted using clinical-psychopathological and psychodiagnostic methods. According to the criterion of success of marital relations, the examined families were divided into two groups. The main group consisted of 72 married couples with family health disorders, and the comparison group included 28 successful married couples.

It was established that in families of combatants with significant marital dissatisfaction (29.0 %), there is a severe violation of sexual realization, a destructive type of family relations and a pathological congruence of severe non-fulfillment of most family functions by the spouses. Families of combatants with relative marital dissatisfaction (43.0 %) were distinguished by sexual health disorders, a relatively destructive type of family, and an incongruent indicator of partial failure to perform family functions. For families of combatants who were satisfied with their marital relations (28.0 %), violations of sexuality were not characteristic, they were characterized by a constructive type of family relations and the congruent successful performance of most family functions.

The obtained data was taken by us as the basis for the development of a set of measures for psychocorrection and psychological support for the health of the family of combatants.

Key words: family health, combatants, sexual health, functioning of the family

Однією з проблем, з якими стикаються країни, які проводять військові операції, є психологічні наслідки участі в бойових діях, що розвиваються як відповідь на потужне джерело травматичного досвіду не тільки у комбатантів, а й у членів їхніх родин, насамперед, дружин [1, 2]. З проблемами адаптації демобілізованого військовослужбовця сім'я стикається відразу після по-

вернення бійця додому, і в багатьох випадках родина неспроможна подолати наявні труднощі, що перетворює її на додатковий психотравмувальний чинник, який робить ще важчим і без того складний психологічний стан комбатанта та його рідних [3].

За даними Науково-дослідницького центру гуманітарних проблем Збройних Сил України, 80 % учасників бойових дій є психологічно травмованими на момент демобілізації. Можливо, тому 80 % розлучень,

що зафіксовані в Україні протягом 2015—2016 рр., відбулися в родинах демобілізованих бійців, причому здебільшого — в перші півроку після повернення з війни [3]. За іншими даними, протягом року після демобілізації розпадаються або опиняються на межі розлучення від 35 до 60 % родин учасників Антитерористичної операції [4].

Американським дослідженням ще 1992 року було доведено, що в родинах ветеранів В'єтнамської війни спостерігався вдвічі вищий, порівняно зі звичайними сім'ями, індекс подружніх проблем, на 30 % збільшений рівень насильства та в шість разів менш виражене відчуття щастя [5]. Зарубіжні публікації останніх років описують феномен вторинної травматизації дружин бійців, що повернулися після участі в бойових діях [6—11].

З огляду на зазначене, актуальність і необхідність вивчення специфіки механізмів формування порушень здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців, пошуку персоніфікованих мішеней психокорекційного впливу та розроблення на цьому ґрунті заходів його психологічної корекції та підтримки не викликає сумніву.

Метою цієї роботи було вивчення стану сексуального здоров'я, типу родинних стосунків та сімейного функціонування комбатантів для виявлення можливих ресурсних джерел збереження гармонійної сімейної взаємодії та мішеней подальшої психокорекційної роботи.

Для досягнення поставленої мети, на підставі інформованої згоди, з дотриманням принципів біоетики і деонтології, на базі КНП ХОР «Обласний психоневрологічний диспансер» протягом 2015—2017 рр. було комплексно обстежено 100 сімей демобілізованих військовослужбовців, що брали участь у бойових діях — усього 200 осіб.

У дослідженні використовували метод системно-структурного аналізу сексуального здоров'я, розроблений В. В. Кришталем на базі авторської чотирьох-факторної концепції забезпечення сексуального здоров'я [12] та психодіагностичний метод. Психодіагностику проводили з використанням опитувальника подружньої задоволеності А. Лазаруса [13], опитувальника «Конструктивно-деструктивна родина» Е. Ейдемільера, В. Юстицькіса [14] та методики оцінки виконання функцій сім'ї В. В. Кришталю, І. А. Семенкіної [15]. Отримані результати піддавали аналізу за допомогою методів математичної статистики [16].

Скринінгове оцінювання стану подружніх стосунків, здійснюване з використанням опитувальника подружньої задоволеності А. Лазаруса, виявило у більшій частині обстежених подружніх пар (72,0 %) наявність

подружньої незадоволеності: значної (загальний показник подружньої задоволеності у обох з подружжя менше ніж 80 балів) — 29,0 % від загальної вибірки, 40,3 % від родин з подружньою незадоволеністю; або часткової (загальний показник менше ніж 80 балів виявлено у одного з подружжя, частіше — у дружини) — 43,0 % від загальної вибірки, 59,7 % від кількості осіб, незадоволених подружніми стосунками. 28,0 % подружжів продемонстрували успішність родинної взаємодії, про що свідчили конгруентні високі (понад 80 балів) показники подружньої задоволеності. Отже, за критерієм успішності подружніх стосунків обстежені родини були поділені на дві групи. Основну групу (ОГ) склали 72 подружніх пари з порушенням здоров'я родини, групу порівняння (ГП) — 28 успішних сімейних пар.

Дослідження стану реалізації сексуальності обстежених подружжів виявило чимало розповсюдженість серед них розладів сексуального здоров'я. Зокрема, відсутність або втрата статевого потягу F52.0 спостерігалась у 24,0 % чоловіків та 51,0 % жінок; відсутність сексуального задоволення (переважно — відносна) — у 23,0 % чоловіків і 67,0 % жінок; еректильна дисфункція F52.2 виявлена у 15,0 %, *ejaculatio praecox* F52.4 — у 6,0 % чоловіків; оргазмічна дисфункція F52.3 — у 58,0 % жінок [3].

Міжгруповий аналіз виявив, що зазначені порушення сексуального здоров'я спостерігались винятково у подружжів ОГ: зокрема, відсутність або втрата статевого потягу F52.0 спостерігалась у 33,3 % чоловіків та 70,8 % жінок; відсутність сексуального задоволення — у 32,0 % і 93,0 % жінок; еректильна дисфункція — у 20,8 % чоловіків, передчасна еякуляція — у 20,8 % чоловіків; оргазмічна дисфункція — у 80,6 % жінок цієї групи.

Системно-структурний аналіз стану сексуального здоров'я за його компонентами і складовими дав змогу визначити їх сукупне порушення у подружніх пар ОГ та відсутність суттєвих ознак їх порушень серед респондентів ГП. Крім того, системно-структурний аналіз сексуального здоров'я дозволив виокремити два клінічних варіанти порушення сексуального здоров'я в обстежених ОГ: виражене порушення зі стрижневим ураженням психологічного і соціально-психологічного компонентів було діагновено у 29 пар (в яких за опитувальником А. Лазаруса було виявлено значну подружню незадоволеність), відносно порушення зі стрижневим ураженням соціально-психологічного компонента — у 43 подружжів ОГ, в яких діагновено відносно подружню незадоволеність (табл. 1).

Таблиця 1. Системно-структурний аналіз порушення сексуального здоров'я за його компонентами і складовими у подружжів основної групи

Компоненти та складові сексуального здоров'я		Чоловіки (n = 72)				Жінки (n = 72)			
		Ступінь ураження							
		відсутнє	легкий	середній	стрижневий	відсутнє	легкий	середній	стрижневий
Соціальний	соціокультурна	20,8	38,9	40,3	—	29,2	50,0	20,8	—
	інформаційно-оціночна	—	41,7	58,3	—	13,9	40,3	45,8	—
Психологічний		—	—	59,7	40,3	16,7	21,8	22,2	40,3
Соціально-психологічний		—	—	—	100,0	—	—	—	100,0
Біологічний	психічна	—	—	61,1	38,9	16,7	50,0	33,3	—
	генітальна	47,2	43,1	9,7	—	80,6	19,4	—	—

Соціокультурна складова соціального компонента сексуального здоров'я у більшості частини обстежених була уражена внаслідок браку загальної і негармонійної сексуальної культури подружжя (переважно були при-таманні примітивний або невротичний типи сексуальної культури) — на рівні легкого (38,9 % чоловіків і 50,0 % жінок) або середнього ступеня вираженості (40,3 % чоловіків і 20,8 % жінок); інформаційно-оціночна складова — внаслідок недостатнього рівня поінформованості з питань сексу і психогігієни статевого життя (порушення мали легкий — 41,7 % чоловіків і 40,3 % жінок та середній ступінь ураження — 58,3 % чоловіків і 45,8 % жінок).

Порушення психологічного компонента сексуального здоров'я було зумовлене наявністю у подружжя характерологічних особливостей, що сприяли виникненню особистісного конфлікту, дезактуалізації сексуальної сфери і дезадаптації сексуальної поведінки (100,0 % чоловіків та 83,3 % жінок, з яких 40,3 % й 61,1 %, відповідно, мали стрижневий ступінь ураження, 22,2 % жінок — середній ступінь вираженості).

Серед всіх подружжів ОГ максимально ураженим виявився соціально-психологічний компонент сексуальності. Внаслідок відсутності взаємного бажання порозумітися, взаємної любові, глибоких емоційних зв'язків, невідповідності спрямованості особистості і рольових позицій подружніх пар, невідповідності рівня домагань, а також невідповідності кожного бажаному образу в уявленні іншого, цей компонент виявився порушеним в 100,0 % випадків без гендерних відмінностей. Ураження цього компонента мало стрижневий характер та відіграло ключову роль в розвитку порушень сексуальної реалізації обстежених.

Психічна складова біологічного компонента внаслідок наявної психічної дезадаптації, загальної астенизації та часткової дезактуалізації сексуальних переживань середнього (61,1 %) або стрижневого (38,9 %) ступеня вираженості була порушена в усіх чоловіків; серед жінок у 83,3 % випадків також спостерігалось ураження психічної складової біологічного компонента легкого або середнього ступеня вираженості.

Генітальна складова біологічного компонента була порушена у 52,8 % чоловіків, з них в 43,1 % випадків — легкого ступеня вираженості, як наслідок порушень вегетативної регуляції статевої функції, а в 9,7 % — середнього ступеня (внаслідок перенесених запальних або застійних процесів у внутрішніх статевих органах). Порушення генітальної складової біологічного компонента сексуального здоров'я діагностовано і у 19,4 %

жінок (переважно, внаслідок хронічних запальних процесів органів тазового дна).

Отже, в родинах ОГ в 100,0 % випадків стрижневого ураження дістав соціально-психологічний компонент сексуальної реалізації, що мало безпосередній деструктивний патогенетичний вплив на родинні стосунки. Порушення психологічного компонента та психічної складової біологічного компонента серед чоловіків мали як стрижневий (40,3 % і 38,9 %, відповідно), так і патопластичний характер (59,7 % і 61,1 %, відповідно); така ж тенденція щодо психологічного компонента була характерною для 61,1 % і 22,2 % жінок, відповідно. Механізм порушення психічної складової біологічного компонента реалізовувався через виникнення синдрому психоемоційної напруги та негативних психоемоційних реакцій як відповіді на фрустраційну психотравмувальну ситуацію, котру формувала поступова деструкція сімейних стосунків, та провокувала проблеми в сфері сексуальної взаємодії подружжя.

Аналіз за критеріями сексуального здоров'я показав також, що наявні у чоловіків сексуальні порушення спричиняли порушення (відносного характеру) сексуальної функції їхніх дружин, і навпаки, зумовлюючи таким способом сексуальну дисгармонію подружньої пари.

Серед подружжів ГП у більшості частини сімейних пар не було зниження і невідповідності показників сексуальної функції, а в тих окремих випадках, коли такі порушення були, вони не ставали патогенними, оскільки подружжя компенсували їх правильною сексуальною поведінкою.

Відповідно до виявлених за системно-структурним аналізом сексуального здоров'я клінічних варіантів порушення сексуального здоров'я (виражене та відносне), обстежених основної групи — 72 подружніх пари — поділили на дві підгрупи. До першої підгрупи (ОГ1) ввійшли 29 сімей зі значною подружньою незадоволеністю, до другої підгрупи (ОГ2) ввійшли 43 подружніх пари з відносною подружньою незадоволеністю (за опитувальником А. Лазаруса).

Системно-структурний аналіз сексуального здоров'я за його компонентами та складовими всередині підгруп ОГ (табл. 2, 3) довів, що стрижневою, тобто безпосередньою причиною порушення сексуального здоров'я, у подружжів ОГ1 виявилось ураження психологічного та соціально-психологічного компонентів в 100,0 % випадків без гендерних відмінностей, та у 100 % чоловіків й 31,0 % жінок психічної складової біологічного компонента.

Таблиця 2. Системно-структурний аналіз порушення сексуального здоров'я за його компонентами і складовими у подружжів ОГ1 (%)

Компоненти та складові		Чоловіки (n = 29)				Жінки (n = 29)			
		Ступінь ураження							
		відсутнє	легкий	середній	стрижневий	відсутнє	легкий	середній	стрижневий
Соціальний	соціокультурна	31,0	20,7	48,3	—	31,0	44,8	24,2	—
	інформаційно-оціночна	—	34,5	65,5	—	6,9	44,8	48,3	—
Психологічний		—	—	—	100,0	—	—	—	100,0
Соціально-психологічний		—	—	—	100,0	—	—	—	100,0
Біологічний	психічна	—	—	—	100,0	—	—	69,0	31,0
	генітальна	48,3	37,9	13,8	—	82,8	—	17,2	—

Таблиця 3. Системно-структурний аналіз порушення сексуального здоров'я за його компонентами і складовими у подружжів ОГ2 (%)

Компоненти та складові		Чоловіки (n = 43)				Жінки (n = 43)			
		Ступінь ураження							
		відсутнє	легкий	середній	стрижневий	відсутнє	легкий	середній	стрижневий
Соціальний	соціокультурна	14,0	51,2	34,9	—	27,9	53,5	18,6	—
	інформаційно-оціночна	—	46,5	53,5	—	18,6	37,2	44,2	—
Психологічний		—	—	100,0	—	27,9	37,2	34,9	—
Соціально-психологічний		—	—	—	100,0	—	—	—	100,0
Біологічний	психічна	—	—	100,0	—	27,9	34,9	37,2	—
	генітальна	46,5	46,5	7,0	—	100,0	—	—	—

Для подружніх пар, що входили до ОГ2 (див. табл. 3) максимально втраченим, ураження якого мало стрижневий характер та безпосередній деструктивний патогенетичний вплив на реалізацію сексуальності, виявився соціально-психологічний компонент (100,0 %, без гендерних відмінностей); ураження інших компонентів і складових сексуального здоров'я стало патопластичним чинником в генезі формування сексуальних розладів.

Результати визначення типу родини респондентів за методикою Е. Г. Ейдемільера і В. В. Юстицькіса «Конструктивно-деструктивна сім'я» підтвердили встановлену тенденцію щодо різної вираженості деструктивних тенденцій в процесі родинної взаємодії в обстежених подружніх пар: 29 сімей (ОГ1) мали виражений деструктивний тип родини; 43 подружні пари (ОГ2) — відносно деструктивний, а 28 сімей (ГП) — конструктивний тип родини (табл. 4).

За визначенням авторів методики [14], конструктивна сім'я — це родина, в якій кожен добре знає особистісні особливості іншого, знаходить значні резерви посилення конструктивного впливу, а в разі

потреби — надання підтримки та допомоги члену родини стає основною метою, мобілізуючи та згуртовуючи всіх. Характерною рисою конструктивної сім'ї є добрий контакт та взаємодія з соціальним оточенням. Деструктивний тип сімейних стосунків характеризується протилежними властивостями. Зняття напруження й незадоволеності, які виникають між членами родини, відбувається через взаємне відчуження, відмову від відповідальності за іншого, з прагненням до ізоляції, наростанням конфліктів з соціальним оточенням.

Згідно з даними таблиці 4, відповідно до кількості отриманих балів, 29 сімей (ОГ1) мали деструктивний тип родини та загальний показник за опитувальником «Конструктивно-деструктивна сім'я» понад 12 балів, 43 подружні пари (ОГ2) — деструктивний тип родини (загальний показник становив від 6 до 12 балів), конструктивний тип родини був притаманний подружнім парам ГП (28 сімей), що відповідало даним, отриманим під час оцінювання стану подружніх стосунків, здійсненого з використанням опитувальника подружньої задоволеності А. Лазаруса.

Таблиця 4. Розподіл сімей обстежених за типом родини (за методикою «Конструктивно-деструктивна сім'я»)

Шкала/інтервал, бали	ОГ1 (n = 29)		ОГ2 (n = 43)		ГП (n = 28)	
	показник, бали	кількість родин, %	показник, бали	кількість родин, %	показник, бали	кількість родин, %
Деструктивний тип						
Вплив (3—5)	5,0	27,5	3,5	30,9	—	—
Фрустрація (3—4)	3,6	5,5	3,1	22,2	—	—
Фрустрація (5 та вище)	5,0	19,9	—	—	—	—
Інформація (2—5)	4,1	22,5	2,0	19,7	—	—
Відчуження (1—3)	2,7	1,5	2,0	20,1	—	—
Відчуження (4—5)	4,6	22,9	—	—	—	—
Загальний показник (6—12)	—	—	9,9	100,0	—	—
Загальний показник (понад 12)	18,0	100,0	—	—	—	—
Конструктивний тип						
Вплив (0—2)	—	—	2,0	2,3	1,4	47,0
Фрустрація (0—2)	—	—	1,7	4,7	0,6	19,3
Інформація (0—1)	—	—	—	—	1,0	33,7
Відчуження (0)	—	—	—	—	—	—
Загальний показник (0—5)	—	—	—	—	3,0	100,0

Зокрема, отриманий респондентами ОГ1 за шкалою «Вплив» показник $5,0 \pm 1,3$ бали, свідчив про наявність глибоких міжособистісних проблем подружжя, «деструктивного» почуття вичерпаності всіх засобів і пов'язаного з цим безсилля дружин щодо чоловіків («Нічого не можу з ним вдіяти. Всі засоби вичерпані»). Показник за шкалою «Фрустрація» в ОГ1 здебільшого ($5,5\%$ проти $19,9\%$) становив $5,0 \pm 2,0$ бали, що свідчило про наявність у обстежених «деструктивних» почуттів відчаю, зневіри щодо можливості позитивних змін.

Показник $4,1 \pm 1,3$ за шкалою «Інформація» свідчив про відсутність контакту, довіри та порозуміння між членами подружжя, недостатню поінформованість дружини про думки, почуття та дії чоловіка. Показник за шкалою «Відчуження» здебільшого ($1,5\%$ проти $22,9\%$) становив $4,6 \pm 1,1$ бала, що свідчило про взаємне віддалення членів подружжя, зняття з себе відповідальності, самоусунення членів подружжя від взаємодії та конструктивних сімейних відносин. Загальний показник в групі ОГ1 становив $18,0 \pm 4,4$ бали, що констатувало деструктивний тип відносин подружжів.

Серед респондентів ОГ2 (43 родини) були відсутні високі показники фрустрації (понад 5 балів) та відчуження (4—5 балів), середні показники встановили за шкалами впливу — $3,5 \pm 1,0$ бал, інформації — $2,0 \pm 1,1$ бала, відчуження — $2,0 \pm 0,9$ балів. Загальний показник, отриманий респондентами групи ОГ2, становив $9,9 \pm 3,2$ бали, що підтверджувало менш виражений порівняно з ОГ1, але також деструктивний тип відносин подружжя.

За підсумками проведеного дослідження у респондентів ГП (28 сімей) отримано такі показники за шкалами: «Вплив» — $1,4 \pm 0,8$ балів, «Фрустрація» — $0,6 \pm 0,3$ бали, «Інформація» — $1,0 \pm 0,6$ балів, «Відчуження» — 0 балів, загальний показник становив $3,0 \pm 1,2$ бали, що відповідає конструктивному типу родини.

Встановлений розподіл зберігся під час вивчення стану виконання функцій сім'ї: конгруентне абсолютне невиконання більшої частини сімейних функцій було зафіксовано у 29 випадках в ОГ; часткове невиконання — у 43 родин ОГ; подружжя ГП продемонстрували конгруентне виконання більшої частини родинних функцій.

За думкою автора методики визначення особливостей функціонування родини за допомогою оцінки виконання її членами функцій сім'ї В. В. Кришталю, успішність функціонування подружньої пари визначається тим, як задовольняються потреби кожного з її членів — соціальні (забезпечення харчуванням, одягом, житлом); соціально-психологічні (потреба і можливість займати певне місце в суспільстві, користатися прихильністю, захищеністю, увагою оточуючих, бути об'єктом поваги і любові); психологічні (потреба в персоналізації, самовираженні, потреба бути особистістю, а також духовні, культурні, інформаційні, естетичні потреби); біологічні (потреба в соматичному, психічному і репродуктивному здоров'ї) [15].

Отже, за результатами вивчення виконання функцій сім'ї кожним з пари за оцінкою партнера, серед обстежених різних груп виявлені вірогідні різниці ($p < 0,05$), насамперед, у порівнянні між ГП і ОГ1 й ОГ2 (табл. 5, 6). Максимально конгруентними та адекватними виявились погляди на ієрархічну значущість та стан виконання сімейних функцій у пар ГП (див. табл. 5), де показники були нормальними або вище норми, на відміну від подружжів ОГ. У подружніх пар ГП був встановлений практично повний збіг поглядів на ступінь значущості сімейних функцій, що створювало умови для успішної взаємодії на всіх рівнях партнерських відносин.

Таблиця 5. Взаємна оцінка виконання функцій сім'ї подружжями ГП (%)

Функція сім'ї	Стать	Ступінь виконання функцій сім'ї				
		дуже погане	погане	не могу визначити	задовільне	добре
Емоційна	чоловіки	—	—	—	71,4	28,6
	жінки	—	—	—	50,0	50,0
Духовна	чоловіки	—	—	25,0	64,3	10,7
	жінки	—	—	10,7	67,9	21,4
Сексуально-еротична	чоловіки	—	—	—	10,7	89,3
	жінки	—	—	—	28,6	71,4
Репродуктивна	чоловіки	—	—	—	53,6	46,4
	жінки	—	—	—	17,9	82,1
Господарчо-побутова	чоловіки	—	—	25,0	10,7	64,3
	жінки	—	—	14,3	32,1	53,6
Виховна	чоловіки	—	—	—	53,6	46,4
	жінки	—	—	—	17,9	82,1
Соціалізація	чоловіки	—	—	—	57,1	42,9
	жінки	—	—	25,0	60,7	14,3
Соціального інтегрування	чоловіки	—	—	—	39,3	60,7
	жінки	—	—	32,1	46,4	21,4
Рольова	чоловіки	—	—	—	14,3	85,7
	жінки	—	—	—	17,9	82,1
Захисна	чоловіки	—	—	—	71,4	28,6
	жінки	—	—	—	67,9	32,1
Збереження здоров'я	чоловіки	—	—	—	46,4	53,6
	жінки	—	—	—	64,3	35,7
Персоналізація	чоловіки	—	—	—	67,9	32,1
	жінки	—	—	—	46,4	53,6
Психотерапевтична	чоловіки	—	—	—	67,9	32,1
	жінки	—	—	—	64,3	35,7
Реабілітаційна	чоловіки	—	—	—	46,4	53,6
	жінки	—	—	17,9	53,6	28,6

Серед осіб ОГ1 виявлено патологічну конгруентність в оціненні невиконання партнером практично усіх сімейних функцій, що ставало підґрунтям формування у них порушення функціонування сім'ї: виконання партнером більшої частини функцій сім'ї оцінено ними переважно як «дуже погане» або «погане» (див. табл. 6). У сімей ОГ2 результати оцінки виконання сімейних функцій були більш мозаїчними, але, водночас, більш конгруентними між членами подружжя, під час аналізу стану виконання функцій родини амплітуда розходжень оцінок коливалась від «погане» до «задовільне» (див. табл. 6).

Отже, родини ГП продемонстрували успішність сімейного функціонування, для подружніх пар ОГ1 притаманною була патологічна конгруентна дуже низька оцінка сімейного функціонування, а для ОГ2 — дисконгруентна взаємна низька оцінка.

Таблиця 6. Взаємна оцінка виконання функцій сім'ї подружжями ОГ1, n = 29 (%)

Функція сім'ї	Стать	ОГ1					ОГ2				
		Ступінь виконання функцій сім'ї					Ступінь виконання функцій сім'ї				
		дуже погане	погане	не можу визначити	задовільне	добре	дуже погане	погане	не можу визначити	задовільне	добре
Емоційна	чоловіки	72,4	27,6	—	—	—	—	67,4	14,0	18,6	—
	жінки	79,3	20,7	—	—	—	32,6	60,5	7,0	—	—
Духовна	чоловіки	55,2	37,9	6,9	—	—	—	48,8	37,2	14,0	—
	жінки	58,6	41,4	—	—	—	48,8	30,2	20,9	—	—
Сексуально-еротична	чоловіки	69,0	31,0	—	—	—	34,9	65,1	—	—	—
	жінки	92,8	17,2	—	—	—	72,1	27,9	—	—	—
Репродуктивна	чоловіки	—	10,3	6,9	82,8	—	—	11,6	7,0	81,4	—
	жінки	17,2	—	—	82,8	—	—	23,3	4,7	72,1	—
Господарчо-побутова	чоловіки	13,8	75,9	—	10,3	—	30,2	44,2	—	25,6	—
	жінки	31,0	58,6	3,5	6,9	—	34,9	53,5	—	11,6	—
Виховна	чоловіки	—	6,9	10,3	82,8	—	—	16,3	4,7	79,1	—
	жінки	17,2	—	13,8	69,0	—	—	25,6	2,3	72,1	—
Соціалізації	чоловіки	20,7	69,0	10,3	—	—	4,7	25,6	11,6	58,1	—
	жінки	65,5	34,5	—	—	—	25,6	53,5	14,0	7,0 ±	—
Соціального інтегрування	чоловіки	13,8	55,2	31,0	—	—	—	7,0	11,6	81,4	—
	жінки	58,6	31,0	10,3	—	—	20,9	60,5	—	18,6	—
Рольова	чоловіки	24,1	58,6	17,2	—	—	—	41,9	11,6	25,6	20,9
	жінки	31,0	69,0	—	—	—	32,6	27,9	7,0	18,6	14,0
Захисна	чоловіки	13,8	62,1	24,1	—	—	—	34,9	18,6	46,5	—
	жінки	79,3	20,7	—	—	—	25,6	48,8	14,0	11,6	—
Збереження здоров'я	чоловіки	17,2	65,1	17,2	—	—	11,6	32,6	18,6	37,2	—
	жінки	62,1	31,0	6,9	—	—	44,2	55,8	—	—	—
Персоналізації	чоловіки	31,0	48,3	20,7	—	—	—	30,2	11,6	39,5	18,6
	жінки	34,5	55,2	10,3	—	—	20,9	62,8	9,3	7,0	—
Психотерапевтична	чоловіки	48,3	37,9	13,8	—	—	—	60,5	25,6	14,0	—
	жінки	58,6	41,4	—	—	—	48,8	51,2	—	—	—
Реабілітаційна	чоловіки	41,1	44,8	13,8	—	—	—	23,3	27,9	48,8	—
	жінки	55,2	37,9	6,9	—	—	32,6	44,2	16,3	7,0	—

Результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

Незважаючи на те, що усі обстежені чоловіки мали надмірний психотравматичний досвід участі у бойових діях, 28,0 % з обстежених подружжів відрізнялись успішністю сімейних стосунків, тоді як у решти 72,0 % спостерігались порушення здоров'я сім'ї різної вираженості та клініко-психологічного змісту.

В усіх сімейних парах, незадоволених подружніми стосунками, спостерігались порушення сексуальної реалізації одного або обох з подружжя. Під час системно-структурного аналізу сексуального здоров'я за його компонентами й складовими виявлено два його клініко-психологічних варіанти: виражене порушення зі стрижньовим ураженням психологічного і соціально-психологічного компонентів (притаманне парам, що відчували значне незадоволення подруж-

німи відносинами) — 29,0 %, та відносно порушення зі стрижньовим ураженням соціально-психологічного компонента, характерне для сімей з відносним незадоволенням подружньою взаємодією) — 43 % подружжів.

Типологізація родинних стосунків, притаманних родинам комбатантів, дозволила виявити три типи, характерних для цієї вибірки: родини з вираженими деструктивним типом сімейних взаємовідносин (29,0 %), родини з відносно деструктивним типом сімейної взаємодії (43,0 %), конструктивні родини (28,0 %).

В родинях комбатантів зі значною подружньою незадоволеністю (29,0 %), встановлено виражене порушення сексуальної реалізації, деструктивний тип сімейних відносин та патологічна конгруентність вираженого невиконання подружжями більшої частини сімейних функцій.

Сім'ї комбатантів з відносною подружньою незадоволеністю (43,0 %) відрізнялися відносним порушенням сексуального здоров'я, відносно деструктивним типом родини та дисконгруентною оцінкою часткового невиконання родинних функцій.

Для сімей комбатантів, задоволених подружніми стосунками (28,0 %), не були характерними порушення сексуальності, їм виявився притаманним конструктивний тип родинних стосунків та конгруентне успішне виконання більшої частини функцій сім'ї.

Отримані дані були покладені нами в основу розроблення комплексу заходів психокорекції і психологічної підтримки здоров'я сім'ї комбатантів.

Список літератури

1. Peraica T., Vidović A., Kovačić-Petrović Z., Kozarić-Kovačić D. Quality of life of Croatian veterans' wives and veterans with post-traumatic stress disorder // *Health Qual Life Outcomes*. 2014. Vol. 12. P. 136. DOI: 10.1186/s12955-014-0136-x.
2. Caregiver burden and burnout in partners of war veterans with post-traumatic stress disorder / Klarić M., Francisković T., Pernar M. [et al.] // *Coll Antropol*. 2010 Mar; 34 Suppl 1. P. 15—21. PMID: 20402290.
3. Маркова М. В., Росінський Г. С. Порушення здоров'я сім'ї демобілізованих військовослужбовців — учасників АТО: психопатологічний, психологічний, психосоціальний і сімейний виміри проблеми // *Український вісник психоневрології*. 2018. Т. 26, вип. 1 (94). С. 78—82.
4. Война пришла в семью: Почему разведенные бойцы и брошенные жены обвиняют во всем АТО. URL : <https://www.depo.ua/ukr/life/viyana-priyshla-v-sim-yu-chomu-rozlucheni-biytsi-ta-pokinuti-24112016154900>.
5. Problems in families of male Vietnam veterans with post-traumatic stress disorder / Jordan B. K., Marmar C. R., Fairbank J. A. [et al.] // *J Consult Clin Psychol*. 1992 Dec. Vol. 60(6). P. 916—26.
6. Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder / Francisković T., Stevanović A., Jelusić I. [et al.] // *Croat Med J*. 2007 Apr; 48 (2). P. 177—184.
7. Psychiatric and health impact of primary and secondary traumatization in wives of veterans with posttraumatic stress disorder / Klarić M., Frančisković T., Obrdalj E. C. [et al.] // *Psychiatr Danub*. 2012 Sep; 24(3). P. 280—286.
8. Secondary traumatisation and systemic traumatic stress / Klarić M., Kvesić A., Mandić V. [et al.] // *Psychiatr Danub*. 2013; 25 Suppl 1: 29—36. PubMed: 23806964.
9. Zerach G., Greene T., Solomon Z. Secondary traumatization and self-rated health among wives of former prisoners of war: The moderating role of marital adjustment // *Journal of Health Psychology*. 2013. Vol. 20(2). DOI: 10.1177/1359105313502563.
10. Secondary traumatization of partners of war veterans: The role of boundary ambiguity / Dekel R., Levinstein Y., Siegel A. [et al.] // *J Fam Psychol*. 2016; 30(1): 63—71. DOI: 10.1037/fam0000163.
11. Yager T. J., Gerszberg N., Dohrenwend B. P. Secondary Traumatization in Vietnam Veterans' Families // *J Trauma Stress*. 2016; 29 (4): 349—55. DOI: 10.1002/jts.22115.
12. Кришталь В. В., Кришталь Є. В., Кришталь Т. В. Сексологія : навчальний посібник : в 4-х ч. Х. : Фоліо, 2008. 990 с.
13. Доморацкий В. А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. М. : Академический Проект; Культура, 2009. 470 с.
14. Эйдемиллер Э., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. 4-е изд-е, перераб. и доп. СПб. : Питер, 2008. 672 с.
15. Кришталь В. В., Семенкина И. А. Системный подход к диагностике, психотерапии и психопрофилактике нарушения здоровья семьи // *Международный медицинский журнал*. 2000. Т. 6, № 1. С. 11—15.
16. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Киев : Морион, 2000. 320 с.

Надійшла до редакції 11.01.2019 р.

РОСІНСЬКИЙ Гліб Сергійович, асистент кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, Україна; e-mail: barsedo@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0003-4485-5708>.

ROSINSKYI Glib, Assistant of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: barsedo@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0003-4485-5708>.

УДК 616.89-008.48:616-05: 616.17-008.1:616.831-005.] - 08+615.851+616-084

*Т. П. Яворська, М. В. Маркова***ПСИХОЛОГІЧНІ КОМПЕТЕНЦІЇ ЛІКАРІВ ЯК ВАЖЛИВА СКЛАДОВА РЕАЛІЗАЦІЇ
ЗДОРОВ'ЯЦЕНТРОВАНОГО ПІДХОДУ У ЛІКУВАННІ ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЇ ПАТОЛОГІЇ***Т. П. Яворская, М. В. Маркова***Психологические компетенции врачей как важная составляющая реализации
здоровьесцентрированного подхода в лечении cerebrovasкулярной патологии***T. P. Yavorska, M. V. Markova***Psychological competences of physicians as an important part of health-centered approach
in treatment of cerebrovascular pathology**

Ефективність медичної допомоги залежить не лише від знань та практичних навиків лікарів, але і від їх психологічних компетенцій.

На підставі інформованої згоди обстежено 113 медичних працівників різних спеціальностей, які надавали медичну допомогу пацієнтам з цереброваскулярними захворюваннями на різних етапах перебігу та лікування хвороби: терапевтів — 42, кардіологів — 33 та невропатологів — 38.

Дослідження психологічних компетенцій показало, що лікарі, незалежно від спеціалізації, достатньо добре розпізнавали власні емоції та проявляли емпатію. Помірні комунікативні труднощі спричиняли ідентифікація та вплив на психоемоційний стан співрозмовника, саморегуляція поведінки через контроль емоцій. Довільне керування власної емоційної сфери становило найскладніше завдання з погляду реалізації емоційного інтелекту. Наслідками впливу професійного стресу у лікарів були зміни емоційного стану, негативні когнітивні настанови та зниження цінності виконуваної роботи. На ґрунті результатів дослідження були визначені важливі комунікативні компетенції для лікарів, які надавали допомогу пацієнтам з цереброваскулярною патологією на різних етапах її розвитку, та розроблено комплексну систему медико-психологічних заходів, яка складалася з психоосвітньої та практичної тренінгової частини.

Впровадження комплексної системи медико-психологічних заходів для лікарів, які надають допомогу пацієнтам з цереброваскулярною патологією, дозволило підвищити обізнаність медичних працівників з психології хворого, лікувальної взаємодії, поліпшити навички комунікації та протидії професійному стресу.

Ключові слова: емоційний інтелект, синдром емоційного вигорання, комунікативна компетентність, лікарі, цереброваскулярні захворювання

Эффективность медицинской помощи зависит не только от знаний и практических навыков врачей, но и от их психологических компетенций.

На основании информированного согласия обследовано 113 медицинских работников различных специальностей, оказывающих медицинскую помощь пациентам с цереброваскулярными заболеваниями на разных этапах течения и лечения болезни: терапевтов — 42, кардиологов — 33 и невропатологов — 38.

Исследование психологических компетенций показало, что врачи, независимо от специализации, достаточно хорошо распознавали собственные эмоции и проявляли эмпатию. Умеренные коммуникативные трудности вызвали идентификация и влияние на психоэмоциональное состояние собеседника, саморегуляция поведения через контроль эмоций. Произвольное управление собственной эмоциональной сферой составило наиболее сложную задачу с точки зрения реализации эмоционального интеллекта. Последствиями влияния профессионального стресса у врачей были изменения эмоционального состояния, негативные когнитивные установки и снижение ценности выполняемой работы. На основе результатов исследования были определены важные коммуникативные компетенции для врачей, которые оказывали помощь пациентам с цереброваскулярной патологией на разных этапах ее развития, и разработана комплексная система медико-психологических мероприятий, которая состояла из психообразовательной и практической тренинговой части.

Внедрение комплексной системы медико-психологических мероприятий для врачей, оказывающих помощь пациентам с цереброваскулярной патологией, позволило повысить осведомленность медицинских работников о психологии больного, лечебном взаимодействии, улучшить навыки коммуникации и противодействия профессиональному стрессу.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, синдром эмоционального выгорания, коммуникативная компетентность, врачи, цереброваскулярные заболевания

The effectiveness of health care depends not only on the knowledge and practical skills of physicians, but also on their psychological competencies.

On the informed consent observed 113 healthcare professionals of different specialties who provided medical care for patients with cerebrovascular diseases at different stages of treatment: 42 therapists, 33 cardiologists and 38 neuropathologists.

The study of psychological competence has shown that physicians, regardless of specialization, were sufficiently well aware of their own emotions and showed empathy. Moderate communicative difficulties caused the identification and influence on the psycho-emotional state of the patients, self-regulation of behavior through emotion control. The management of the emotional sphere was the most difficult task in terms of the implementation emotional intelligence. The consequences of professional stress included changes in the emotional state, negative cognitive patterns and a decrease in professional achievements. Based on the results of the study, important communicative competences for physicians who treat patients with cerebrovascular pathology identified and developed a comprehensive system of psychological measures, which consisted of a psycho-educational and practical training part.

The introduction of a comprehensive system of psychological measures for physicians who treat patients with cerebrovascular pathology has allowed improving the awareness of medical staff about patient psychology, medical interaction, improving communication skills and counteracting professional stress.

Key words: emotional intelligence, burnout, communicative competence, physicians, cerebrovascular diseases

На сьогодні стало зрозумілим, що ефективність медичної допомоги залежить не лише від знань та практичних навиків лікарів, але і від їх психологічних компетенцій. Професійна діяльність лікарів

пов'язана з високим рівнем психологічного стресу, що зумовлено низкою чинників, до яких належать комунікація та взаємодія з пацієнтами та членами їх сім'ї, що перебувають у стані стресу; характеристики соматичної патології як нозологічної одиниці; особливості організації діяльності та вимоги до професійних

навиків [1]. І тому важливу роль у лікуванні відіграє вміння створити довірливі відносини з пацієнтом, уважно вислухати хворого, зрозуміти його проблеми та потреби, життєву ситуацію, тактовно підійти до обговорення складних і неприємних тем, у разі потреби заспокоїти чи підбадьорити [2—4]. При захворюваннях, що несуть вітальну загрозу чи різко погіршують життєву ситуацію пацієнта, коли можливості медицини обмежені, емоційний компонент спілкування стає особливо важливим.

Базовою складовою комунікативної компетентності є емоційний інтелект як здатність людини розпізнавати емоції, розуміти наміри, мотивацію і бажання інших людей і свої власні, а також здатність керувати своїми емоціями та емоціями інших людей з метою розв'язання практичних завдань. За С. Дж. Стейном та Г. Буком, емоційний інтелект відображає здатність правильно оцінювати обстановку і впливати на неї, інтуїтивно вловлювати те, чого хочуть і чого потребують інші люди, знати їх сильні і слабкі сторони, не піддаватися стресу і бути доброзичливим.

Емоційний інтелект є професійно важливою властивістю, що змінюється в процесі фахового розвитку залежно від особливостей діяльності [5, 6].

У медицині емоційний інтелект пов'язують з прихильністю пацієнтів до лікування та успішністю терапії загалом [3, 7], з рівнем адаптованості до професійної діяльності медичних працівників, а також в аспекті розвитку синдрому емоційного вигорання [1, 8, 9]. У дослідженні емоційного вигорання серед різних спеціальностей встановлено, що у 27—38 % працівників наявний від 1 до 3 його складових [9—12].

Оскільки відсутність дієвих способів подолання професійного стресу та навиків ефективної комунікації призводить до емоційного вигорання, навчання взаємодії з пацієнтами та формування комунікативної компетентності покладено в основу підготовки фахівців-медиків у багатьох країнах як на етапі додипломної, так і післядипломної освіти [13—16].

На сьогодні основне спрямування заходів медико-психологічної допомоги для лікарів рекомендують зосереджувати на підвищенні рівня знань у сфері медичної психології, вдосконалювати психологічні навички професійної взаємодії з пацієнтами та членами їх родин, посилювати компетенції протидії професійному стресу. Формами медико-психологічної допомоги лікарям є психоосвіта, комунікативні тренінг-програми, балінтовські групи, психокорекційні сесії [17, 18].

Мета роботи — визначити особливості прояву психологічних компетенцій та професійного стресу у медичних працівників, які надають допомогу пацієнтам з цереброваскулярними захворюваннями, як мішеней медико-психологічної підтримки з погляду здоров'яцентрованого підходу у лікувальному процесі.

Дослідження проводилося в лікувально-профілактичних закладах охорони здоров'я м. Харкова протягом 2016—2018 рр. На підставі інформованої згоди обстежено 113 медичних працівників різних спеціальностей, які надавали медичну допомогу пацієнтам з цереброваскулярною патологією (ЦВП) на різних етапах перебігу та лікування хвороби: терапевтів — 42 (ГТ), кардіологів — 33 (ГК) та невропатологів — 38 (ГН). Стаж роботи лікарів у досліджуваній сфері складав від 1 до 18 років.

Для діагностики психологічних компетенцій було застосовано тест «емоційного інтелекту» (EQ) Н. Холла

та дані напівструктурованого клініко-діагностичного інтерв'ю [19]. Оцінювання вираженості та прояву професійного стресу проводили за опитувальником емоційного вигорання С. Maslach (MBI-HSS, Maslach Burnout Inventory — Human Services Survey) [20]. Статистичне оброблення проводили з використанням MS Excel v.8.0.3.

Дослідження психологічних компетенцій показало, що у кожній з досліджуваних груп у третини лікарів, які надають допомогу пацієнтам з ЦВП, загальний показник емоційного інтелекту був на середньому рівні (33,3 % у ГТ, 36,4 % у ГК та 34,2 % у ГН), майже у половини спостерігалися знижені показники (42,9 %; 51,5 % та 52,6 % відповідно), і лише декілька спеціалістів показали високі значення (2,4 % у ГТ та 3,0 % у ГК, 0 % у ГН).

Визначено, що лікарі, незалежно від спеціалізації, достатньо добре розпізнавали власні емоції та проявляли емпатію ($10,19 \pm 3,98$ балів у ГТ, $9,42 \pm 3,82$ бали у ГК та $9,66 \pm 3,39$ балів у ГН; $9,79 \pm 4,68$ балів, $9,0 \pm 4,4$ бали та $8,76 \pm 4,68$ балів відповідно). Більші труднощі спричиняли ідентифікація емоційного стану партнерів по спілкуванню ($7,81 \pm 5,41$ балів у ГТ, $6,58 \pm 5,99$ балів у ГК та $6,58 \pm 5,98$ балів у ГН) та навички психологічного впливу на співрозмовника (відповідно $7,81 \pm 5,41$ балів, $6,58 \pm 5,99$ балів та $6,58 \pm 5,98$ балів), вміння керувати своєю поведінкою через контроль емоцій ($5,45 \pm 5,60$ балів, $6,39 \pm 5,95$ балів та $6,79 \pm 5,20$ балів). Довільна регуляція емоційної сфери у вигляді емоційної гнучкості, емоційного переключення становили найскладніше завдання з з погляду реалізації емоційного інтелекту ($1,02 \pm 7,06$ балів у ГТ, $1,36 \pm 7,59$ балів у ГК та $0,13 \pm 7,65$ балів у ГН). Тобто, у лікарів-спеціалістів провідною причиною низької емоційної компетентності була відсутність дієвих навиків керування власним емоційним станом.

Аналіз змістовних складових емоційного інтелекту виявив, що медичні працівники досить добре розпізнавали особливості свого психоемоційного стану, розрізняли емоції, визначали їх особистісний смисл та усвідомлювали важливість їх регуляції, загалом у разі потреби вміли відкидати негативні переживання та налаштовуватися у ситуаціях, коли потрібно проявляти психологічну стійкість. Лікарі виявили високий потенціал до емпатичного вислуховування, розуміння емоцій інших людей та розпізнавання невербальних емоційних сигналів під час спілкування. Також спеціалісти на достатньому рівні володіли навичками психологічного впливу на емоційний стан пацієнтів — вміли за потреби заспокоїти, підняти настрій, дати корисну пораду, з розумінням поставитися до переживань співрозмовників.

Найбільші труднощі у лікарів виявлено щодо регуляції емоційного стану — навиків відновлення, відхідливості, зниження психічної напруги, переключення, здатності переходити у ресурсний стан зі стеничними (позитивними) емоціями, знаходити нові альтернативні підходи до розв'язання проблем, доволі легко налаштовуватися на позитивний лад, свідомо звертатися до власне негативного емоційного досвіду та його позитивно переосмислювати, що і формувало потужний базис порушення комунікативної компетентності, пов'язаної з емоційним інтелектом. Складність у комунікації також зумовлювали вміння налаштовуватися на партнера по взаємодії, бути чутливим до його емоційних потреб. Загалом лікарі не вважали власну комунікативну компетентність вагомим інструментом

лікувального впливу та недостатньо застосовували способи емоційного мотивування як інструмент лікувальної взаємодії.

Отже, основними причинами порушення емоційної компетентності у лікарів були зниження навиків: керування власним емоційним станом — відновлення, відхідливості, зниження психічної напруги, переключення; довільного звернення до негативних емоцій з метою їх продуктивної трансформації; здатності переживати позитивні емоції; креативності у взаємодії; налаштовування на партнера по комунікації, чутливості до емоційних потреб співрозмовника; комунікативної самопрезентації; мотивування через емоційну сферу.

Отримані результати вказують на необхідність розроблення та впровадження медико-психологічних заходів, спрямованих на підвищення комунікативної компетентності лікарів через проведення комунікативних тренінгів та психоосвітніх семінарів, з акцентом на методах та техніках регуляції власного емоційного стану.

Інтегральний показник вираженості синдрому емоційного вигорання як показник професійної адаптації вказував на досить високий рівень професійного стресового напруження у лікарів різних спеціальностей: $0,41 \pm 0,11$ у ГТ, $0,42 \pm 0,10$ у ГК та $0,42 \pm 0,13$ у ГН. Рівень емоційного виснаження був на межі середнього та високого рівня прояву та становив $24,5 \pm 8,04$ бали у ГТ, $24,09 \pm 7,50$ балів у ГК та $24,16 \pm 9,6$ балів у ГН. Показники деперсоналізації склали $10,43 \pm 4,75$ балів у ГТ, $11,39 \pm 3,51$ балів у ГК та $11,47 \pm 5,23$ бали у ГН та оцінки професійних досягнень — відповідно $28,69 \pm 5,92$ бали, $29,18 \pm 6,97$ балів та $29,53 \pm 6,21$ балів та також мали пограничні значення.

З огляду на те, що у структурі складових синдрому емоційного вигорання не було виявлено статистично вірогідної різниці в показниках спеціалістів, далі будуть наведені результати групи загалом. Встановлено, що у структурі емоційного виснаження кількість лікарів з низькою вираженістю показника становила лише 16,8 %, середньою — 39,8 % та високою — 43,4 %. Тобто 83,2 % медичних працівників переживали психоемоційне перенавантаження в процесі професійної діяльності і у кожного четвертого спеціаліста робота спричиняла виражені психоемоційні прояви.

Лише у 8,0 % лікарів рівень деперсоналізації був низьким, середні та високі значення виявлено відповідно у 51,3 % та 40,7 % опитуваних, що вказувало на наявність низки негативних когнітивних настанов щодо професійної діяльності.

Лише 33,6 % лікарів продемонстрували високу задоволеність своєю професійною діяльністю. Тоді як здебільшого опитувані вказали на середній рівень самооцінки успішності — 49,6 %. Деякою мірою незадоволеними обраною діяльністю і власними результатами були 16,8 % лікарів. Отримані дані вказували на чималі рівні відчуття недостатньої успішності у професійній діяльності.

На клініко-психологічному рівні емоційне вигорання проявлялося відчуттям втоми, браку енергії, перебування на межі можливостей, виснаженням, бажанням усамітнитися, розчарованістю діяльністю, байдужістю і втратою інтересу до роботи, нечутливістю до потреб хворих. Протективними чинниками були психологічні компетенції у рамках *soft-skills*: організаційні навички, планування часу, вміння розв'язувати конфлікти, застосовувати адекватні до ситуації методи психологічного

впливу у взаємодії з пацієнтами, навички командної взаємодії.

Отже, на ґрунті отриманих результатів встановлено, що наслідками впливу професійного стресу у лікарів були зміни емоційного стану, негативні когнітивні настанови та зниження цінності виконуваної роботи.

Поява симптомів емоційного вигорання потребує надання психологічної підтримки працівнику, спрямованої на усунення негативної дії професійних стресових чинників, формування більш ефективних способів долати робочий стрес.

Зважаючи на отримані результати дослідження, медико-психологічні заходи для лікарів, які надають допомогу пацієнтам з ЦВП, мають зосереджуватися, з одного боку — на підвищенні психологічних компетенцій, та з другого — на чинниках ефективного подолання професійного стресу.

З огляду на результати дослідження, було розроблено комплексну систему медико-психологічних заходів для лікарів, яка складалася з психоосвітньої та практичної тренінгової частини.

Психоосвітня частина медико-психологічних заходів для лікарів складалася з 10 семінарів тривалістю по 1,5 години та включала перелік таких тем:

- особливості психології пацієнтів з загальносоматичними захворюваннями;
- психічні та психосоматичні розлади в загальноклінічній практиці;
- основи комунікативної компетентності в медицині;
- роль терапевтичного альянсу та прихильності до лікування;
- психологічні особливості пацієнтів з цереброваскулярною патологією;
- особливості психологічного стану пацієнтів з невідворотними змінами у фізичному стані здоров'я та комунікація з ними;
- психологія родини з важким пацієнтом;
- медико-психологічна та психосоціальна допомога у лікуванні цереброваскулярної патології;
- синдром емоційного вигорання та його профілактика.

Практична тренінгова частина медико-психологічних заходів для лікарів складалася з циклу комунікативних тренінгів у кількості 3, тривалістю по 4 години, на яких відпрацьовували навички активного слухання, застосування різних видів запитань, пауз, прояву емпатії у розмові, подолання заперечень, мотивування, повідомлення несприятливих новин — «*delivering bad news*», спільного прийняття рішення та тренінгу професійної стресостійкості.

Важливими комунікативними компетенціями для лікарів, які надавали допомогу пацієнтам з ЦВП на різних етапах перебігу, були визначені:

- мотивування пацієнтів з соматичною патологією, що має потенційно високий ризик розвитку загрозливих ускладнень, на постійний контроль стану здоров'я (здоровий спосіб життя, медикаментозна терапія);
- формування високого рівня прихильності до лікувальних заходів, особливо при порушеннях здоров'я, які не супроводжуються вираженими клінічними симптомами;
- вміння повідомляти несприятливі новини та взаємодіяти з пацієнтами з невідворотними змінами у фізичному стані здоров'я, які на рівні медичної допомоги дуже важко контролювати;

— спільне прийняття рішення з урахуванням медичних, психологічних та соціальних факторів клінічної ситуації;

— розпізнавання ознак психічної та психосоціальної дезадаптації пацієнтів та членів їх родини.

Тренінг професійної стресостійкості був зорієнтований на навчання лікарів:

— ідентифікації чинників робочого стресу, особливо особистісних;

— усвідомлення індивідуальних паттернів дій у професійно-стресових ситуаціях та їх наслідків (як позитивних, так і негативних);

— адаптивним моделям професійної поведінки;

— розпізнаванню проявів емоційного вигорання у емоційній, когнітивній, поведінковій та соціальній сферах;

— корекції неадаптивних когнітивних настанов у лікувальному процесі;

— визначенню особистісної цінності власної праці;

— заходам психопрофілактики емоційного вигорання.

Впровадження комплексної системи медико-психологічних заходів для лікарів, які надають допомогу пацієнтам з ЦВП, дозволило підвищити обізнаність медичних працівників з психології хворого, лікувальної взаємодії, удосконалити навички комунікації та протидії професійному стресу.

Список літератури

1. Мухаровська І. Р. Емоційне вигорання у лікарів-онкологів: джерела професійного стресу та медико-психологічні потреби // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, вип. 2 (87). С. 73—78.
2. Emotional intelligence in medicine: a systematic review through the context of the ACGME competencies / Arora S., Ashrafian H., Davis R. [et al.] // Med Educ. 2010. Vol. 44(8). P. 749—64.
3. Canales R., Cleveland T. Emotional Intelligence: one Component in the HeART of Medicine // J Physician Assist Educ. 2015. Vol. 26(4). P. 200—203.
4. Чертков Ю. И. Эмоциональный интеллект врача // Газета «Новости медицины и фармации». 2010. № 2(307). URL : <http://www.mif-ua.com/archive/article/11595>.
5. Are there gender differences in the emotional intelligence of resident physicians? / McKinley S. K., Petrusa E. R., Fiedelvey-Van Dijk C. [et al.] // J Surg Educ. 2014. Vol. 71(6). P. 33—40. DOI: 10.1016/j.jsurg.2014.05.003.
6. Пилягіна Г. Я., Зубатюк О. В., Носова Є. С. Особливості емоційного інтелекту у лікарів-психіатрів та можливості його розвитку на етапі післядипломної освіти // Збірник наукових праць співробітників НМАПО ім. П. Л. Шупика. 2016. Вип. 26. С. 603—609.
7. Faguy K. Emotional intelligence in health care // Radiol Technol. 2012. Vol. 83(3). P. 237—253.
8. Маркова М. В., Марков А. Р., Піонтовська О. В. Емоційний інтелект та його роль в розвитку професійної дезадаптації медичних працівників // Таврический журнал психиатрии. 2014. Т. 18, № 3 (68). С. 30—33.
9. Gregory S. T., Menser T. Burnout Among Primary Care Physicians: A Test of the Areas of Worklife Model // J Healthc Manag. 2015. Vol. 60(2). P. 133—148. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26529850>.
10. Колоскова О. К., Білоус Т. М., Білоус В. В. Синдром емоційного вигорання у лікарів-педіатрів, які працюють на різному рівні надання медичної допомоги дітям // Буковинський медичний вісник. 2013. Т. 17, № 4 (68). С. 79—82.
11. Bragard I., Dupuis G., Fleet R. Quality of work life, burnout, and stress in emergency department physicians: a qualitative review // Eur J Emerg Med. 2015. Vol. 22(4). P. 227—234. DOI: 10.1097/MEJ.000000000000194.
12. Sigsbee B., Bernat J. L. Physician burnout: A neurologic crisis // Neurology. 2014 Vol. 9, Issue 83(24). P. 2302—2306. DOI: 10.1212/WNL.0000000000001077.
13. Monroe A. D., English A. Fostering emotional intelligence in medical training: the SELECT program // Virtual Mentor. 2013. Vol. 1, Issue 15(6). P. 509—513. DOI: 10.1001/virtualmentor.2013.15.6.medu1-1306.
14. Cherry M. G., Fletcher I., O'Sullivan H., Dornan T. Emotional intelligence in medical education: a critical review // Med Educ. 2014. Vol. 48(5). P. 468—478. DOI: 10.1111/medu.12406.
15. Team Emotional Intelligence, Team Interactions, and Gender in Medical Students During a Psychiatry Clerkship / Borges N. J., Thompson B. M., Roman B. J. [et al.] // Acad Psychiatry. 2015. Vol. 39(6). P. 661—663. DOI: 10.1007/s40596-015-0282-4.
16. Светличная Т. Г., Зуева Е. Ю., Вилова К. Г. Эмоциональный интеллект как инструмент повышения медицинской эффективности здравоохранения // Экология человека. 2014. № 10. С. 54—60.
17. Burnout and associated factors among members of the Society of Gynecologic Oncology / K. S. Rath, L. B. Huffman, G. S. Phillips [et al.] // American Journal of Obstetrics Gynecology. 2015. Vol. 213(6). P. 1—9. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.07.036>.
18. Gazelle G., Liebschutz J. M., Riess H. Physician burnout: coaching a way out // J. Gen Intern Med. 2015. Vol. 30(4). P. 508—513. DOI: 10.1007/s11606-014-3144-y.
19. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности в малых группах : учебное пособие. М. : Изд-во Института психотерапии, 2002. С. 41—42.
20. Maslach C., Schaufeli W. B., Leiter M. P. Job Burnout // Annual Review of Psychology. 2001. Vol. 52. P. 397—422. URL : <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>.

Надійшла до редакції 22.01.2019 р.

ЯВОРСЬКА Тетяна Петрівна, кандидат медичних наук, лікар Комунального закладу охорони здоров'я Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня — центр екстреної медичної допомоги та медицини катастроф»; асистент кафедри ультразвукової діагностики Харківської медичної академії післядипломної освіти (ХМАПО) Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, м. Харків, Україна; e-mail: yavorska.tp@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-7654-5195>

МАРКОВА Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, професор кафедри сексології, медичної психології, медичної і психологічної реабілітації ХМАПО МОЗ України, м. Харків, Україна; e-mail: mariannochka1@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0003-0726-4925>

YAVORSKA Tetiana, MD, PhD, Physician of the Municipal health care Institution of the Kharkiv Regional Council "Regional Clinical Hospital — Center for Emergency Medical Care and Disaster Medicine", an Assistant of the Department of Ultrasound Diagnostics at the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine; e-mail: yavorska.tp@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-7654-5195>

MARKOVA Marianna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of the Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine; e-mail: mariannochka1@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0003-0726-4925>

УДК 616.831-002-06-008.9-08

Т. С. Мищенко, В. Г. Деревецька, В. М. Мищенко, К. В. Харіна
НОВІ МОЖЛИВОСТІ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ДИСЦИРКУЛЯТОРНУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЮ,
ЗУМОВЛЕНУ МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Т. С. Мищенко, В. Г. Деревецкая, В. Н. Мищенко, Е. В. Харина
Новые возможности в лечении пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией,
обусловленной метаболическим синдромом

T. Mishchenko, V. Derevetska, V. Mishchenko, K. Kharina
New opportunities in the treatment of patients with dyscirculatory encephalopathy,
caused by metabolic syndrome

У статті подані результати клінічного дослідження з вивчення ефективності та переносимості застосування фіксованої фітокомпозиції Мемостім (Ananta Medicare, Великобританія) у пацієнтів з дисциркуляторною енцефалопатією II стадії (ДЕ II ст.), зумовленою метаболічним синдромом.

Мемостім призначали 30 хворим на ДЕ II ст. з метаболічним синдромом (основна група) протягом 3-х місяців. Хворі приймали по 1 капсулі 2 рази на добу протягом першого місяця, потім по 1 капсулі 1 раз на добу протягом двох місяців. Групу порівняння склали 30 хворих на ДЕ II ст. з метаболічним синдромом, яким до стандартного курсу терапії не додавали Мемостім.

Ефективність та безпечність фітокомпозиції Мемостім оцінювали з використанням клініко-неврологічних, психодіагностичних, біохімічних, імуноферментних, статистичних методів.

Після трьох місяців лікування спостерігалось істотне зменшення частоти та інтенсивності клініко-неврологічних проявів захворювання, відбувалась позитивна динаміка в нейрокогнітивній сфері, психоемоційному стані хворих. Виявлено збільшення концентрації людського фактору росту нервів (NGF-β) на 67 %, що вказує на відновлення нейропластичності.

Ключові слова: дисциркуляторна енцефалопатія, метаболічний синдром, когнітивні порушення, фітокомпозиція Мемостім, лікування

В статье представлены результаты клинического исследования по изучению эффективности и переносимости применения фиксированной фитокомпозиции Мемостим (Ananta Medicare, Великобритания) у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией II стадии (ДЕ II ст.), обусловленной метаболическим синдромом.

Мемостим назначали 30 больным ДЕ II ст. с метаболическим синдромом (основная группа) в течение 3-х месяцев. Больные принимали по 1 капсуле 2 раза в сутки в течение первого месяца, затем по 1 капсуле 1 раз в сутки в течение двух месяцев. Группу сравнения составили 30 больных ДЕ II ст. с метаболическим синдромом, которым к стандартному курсу терапии не добавляли Мемостим.

Эффективность и безопасность фитокомпозиции Мемостим оценивали с использованием клинико-неврологических, психодиагностических, биохимических, иммуноферментных, статистических методов.

После трех месяцев лечения наблюдалось существенное уменьшение частоты и интенсивности клинико-неврологических проявлений заболевания, отмечалась положительная динамика в нейрокогнитивной сфере, психоэмоциональном состоянии больных. Выявлено увеличение концентрации человеческого фактора роста нервов (NGF-β) на 67 %, что указывает на восстановление нейропластичности.

Ключевые слова: дисциркуляторная энцефалопатия, метаболический синдром, когнитивные нарушения, фитокомпозиция Мемостим, лечение

The article presents the results of a clinical study examination the efficacy and tolerability of the use of fixed phytocomposition Memostim (Ananta Medicare, United Kingdom) in patients with dyscirculatory encephalopathy (DE) stage II, caused by metabolic syndrome.

The phytocomposition was given to the Substitutes in 30 patients with DE stage II with metabolic syndrome (main study group) within 3 months. Patients received 1 capsule 2 times a day during the first month, then 1 capsule 1 time per day for two months. The comparison group consisted of 30 patients with DE stage II with a metabolic syndrome, where phytocomposition Memostim was not add to the standard course of therapy.

Efficiency and safety of phytocomposition of the Memostim were assessed on the basis of clinical neurological, psychodiagnostic, biochemical, immunoenzymatic, and statistical methods.

After three months of treatment, a significant decrease in the frequency and intensity of clinical and neurological manifestations of the disease was observed, and a positive dynamics in the neurocognitive sphere, psycho-emotional state of patients was noted. The concentration of the human nerve growth factor (NGF-β) increased for 67 %, which indicated the recovery of neuroplasticity.

Key words: dyscirculatory encephalopathy, metabolic syndrome, cognitive impairment, phytocomposition Memostim, treatment

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, проблема цереброваскулярних захворювань (ЦВЗ) стає найбільш актуальною проблемою клінічної медицини, що пов'язано з постарінням населення планети та збільшенням поширеності в популяції населення чинників ризику ЦВЗ [1]. Як і в інших країнах світу, ця проблема актуальна і в Україні. За останні 10 років кількість хворих на ЦВЗ у нашій країні зросла удвічі: наразі захворюваність перевищує 8200 випадків на 100 тис. населення, що пояснюється збільшенням питомої ваги як інсультів, так і хронічних форм цереброваскулярних порушень. На сьогодні в Україні на ЦВЗ різного ступеня важкості хворіють понад 2,5 млн осіб. Щороку в країні відбувається майже 100 тис. нових випадків інсульту. У структурі ЦВЗ 4—5 % займають гострі стани, решта — 95—96 % — хронічні порушення мозкового кровообігу [2].

Для позначення хронічних порушень мозкового кровообігу в клінічній практиці в нашій країні використовують термін з нозологічним змістом «дисциркуляторна енцефалопатія» (ДЕ) — повільно прогресуюче дифузне та вогнищеве ураження речовини головного мозку, зумовлене хронічним погіршенням мозкового кровообігу або епізодами гострих порушень останнього [3]. Хоча цей термін з'явився ще в 1960-х рр., з огляду на його клінічну значимість, його використовують й дотепер. Іншими подібними визначеннями, що мають синдромальний або нозологічний зміст, є хронічна недостатність мозкового кровопостачання, хронічна судинно-мозкова недостатність, повільно прогресуюча недостатність церебрального кровопостачання, цереброваскулярна хвороба, ішемічна хвороба головного мозку тощо. У деяких країнах замість поняття «дисциркуляторна енцефалопатія» послугуються терміном «судинна деменція», «судинні когнітивні порушення».

Що стосується Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10), то діагнозами — аналогами ДЕ є такі: I67.2 — церебральний атеросклероз, I67.4 — гіпертонічна енцефалопатія, I67.9 — неуточнені судинно-мозкові захворювання.

Дисциркуляторна енцефалопатія характеризується двома якісними особливостями: поступовим розвитком іноді (довгий період клінічно «прихованого» перебігу) та мультифокальним ураженням мозку внаслідок ураження малих та великих мозкових судин (церебральна мікроангіопатія, макроангіопатія) [4]. Але поряд з цим причиною клініки ДЕ можуть бути також кардіальна патологія з серцевою недостатністю і зниженням церебральної перфузії, ураження церебральних вен та інші. Водночас, у чималій кількості хворих, особливо похилого віку, цереброваскулярна патологія може ініціювати посилення дегенеративних процесів, частіше пов'язаних з відкладенням амілоїду [4, 5].

Фактори ризику розвитку ДЕ такі ж, як і для мозкового інсульту, та включають артеріальну гіпертензію (АГ), атеросклероз, цукровий діабет, хвороби серця (аритмії, ураження клапанів, інфаркти міокарда тощо), негативні техногенні впливи, соціальні й особисті стресогенні навантаження, шкідливі звички (куріння, надлишкове вживання алкоголю — понад 30 стандартних одиниць на місяць), нераціональне харчування, ожиріння, гіподинамія [6].

Серед факторів ризику ДЕ велику увагу надають метаболічному синдрому (МС), основними компонентами якого є абдомінальна форма ожиріння, а саме — обвід талії у чоловіків більше як 94 см, у жінок — понад 80 см; наявність АГ (артеріальний тиск вище ніж 140/90 мм рт. ст. або застосування антигіпертензивної терапії); підвищення рівня тригліцеридів у сироватці крові понад 7 ммоль/л; зниження рівня ліпопротеїдів високої щільності менш ніж 1 ммоль/л для чоловіків та менш ніж 1,2 ммоль/л для жінок; підвищення рівня глюкози плазми крові натще понад 5,6 ммоль/л або терапія гіперглікемії.

Основні компоненти МС належать до факторів ризику, що модифікуються. У осіб з наявністю 2—3-х компонентів МС нові епізоди проявів цереброваскулярних ускладнень протягом п'яти років спостереження встановлені у 2,5 % хворих. Це частіше, ніж у хворих без ознак МС. У осіб з 4-ма і більше компонентами МС — у 14,9 % пацієнтів за п'ять років спостереження. Доведено, що за умов наявності МС частота розвитку церебральної патології у 4 рази превалює над випадками проявів кардіальної патології [7, 8].

У зв'язку з непинним збільшенням поширеності МС протягом наступних 20—30-ти років, згідно з прогнозами ВООЗ, клініцистам слід очікувати на стрімке зростання поширеності ЦВЗ серед популяції.

Додатковим чинником несприятливого перебігу ЦВЗ є порушення вуглеводного обміну і, насамперед, виникнення інсулінорезистентності, яка сприяє порушенню метаболізму в судинній стінці та розвитку атеросклеротичних ускладнень [9].

Також МС супроводжується вираженими змінами основних макрореологічних характеристик — в'язкості крові, гематокриту, фібриногену, а також агрегаційних властивостей клітин крові. У пацієнтів з МС, порівняно з особами без нього, відбувається більш прискорене утворення еритроцитарних агрегатів з підвищеною їх міцністю. Отже, МС негативно впливає на всі ланки атеротромбогенної активності судинної стінки (анти-

агрегантної, антикоагулянтної, прокоагулянтної та фібринолітичної), спричиняючи їх дискоординацію вже на стадії початкових проявів ЦВЗ [10].

Характерною особливістю клінічного перебігу ДЕ у хворих з МС є наявність неврологічних симптомів та синдромів, нейрокогнітивних порушень (НКП) різного ступеня вираженості [11, 12].

Доведено, що НКП у пацієнтів з МС спостерігаються на 20 % частіше, ніж у загальній популяції, та асоційовані з іншими проявами МС, насамперед з рівнем дисліпідемії, підвищенням артеріального тиску, ступенем інсулінорезистентності, ожирінням. У низці досліджень показано, що пацієнти з МС мають підвищений ризик розвитку НКП, як додементних, так і таких, що досягають ступеня деменції [13, 14].

Отже, беручи до уваги поліфакторність патогенезу ДЕ, зумовленої МС, лікувальна програма у таких пацієнтів має бути комплексною та включати заходи щодо попередження подальшого пошкодження мозкових судин, поліпшення і стабілізації нейрокогнітивних та психоемоційних функцій, а також корекцію наявних метаболічних порушень [15, 16].

Останнім часом широко застосовують для лікування НКП фітопрепарати, які чинять комплексний вплив на всі складові ДЕ завдяки антиоксидантної, гіполіпідемічної, ноотропної, антидепресивної, анксиолітичної, метаболічної дії. Вони мають високий рівень доказової бази та ефективно впливають на відновлення порушених функцій [17].

Застосування комплексних рослинних препаратів для корекції когнітивних порушень дозволяє ефективно та тривало контролювати прогресування дисфункції та сприяє підвищенню комплексу терапії, що пов'язано з високим профілем безпеки, доброю переносимістю натуральних компонентів та низьким ризиком міжлікарських взаємодій.

Саме така комбінація представлена у сучасній фіксованій фітокомпозиції Мемостім (Ananta Medicare, Великобританія). Полімодальність клінічних ефектів, широка доказова база та добра переносимість лікарських екстрактів Гінкго Білоби та Бакопи Моньє є ґрунтовною підставою для їх поєднаного приймання у хворих на ЦВЗ в терапевтично обґрунтованих дозах (120 мг та 150 мг, відповідно). Ефективність лікарських екстрактів Гінкго Білоби та Бакопи Моньє доведено під час лікування багатьох захворювань [18]. Але не досліджено їх ефективність та безпеку у хворих на ДЕ. Тому дослідження клінічної ефективності та переносимості фітокомплексу Мемостім (ФК Мемостім) є вельми актуальним та сприятиме вдосконаленню терапевтичної стратегії та реабілітації пацієнтів з ДЕ, зумовленою МС.

Мета дослідження: вивчити ефективність, переносимість та безпеку ФК Мемостім (Ananta Medicare, Великобританія) у хворих на ДЕ II ст., зумовлену МС.

Для вирішення поставленої мети та завдань дослідження проведено відкрите дослідження ефективності, переносимості та безпеки ФК Мемостім у хворих на ДЕ II ст., зумовлену МС.

ФК Мемостім застосовували у 30 пацієнтів з ДЕ II ст. і МС (19 жінок, 11 чоловіків, віком від 45 до 75 років), які склали основну групу дослідження. У хворих збирали скарги, анамнестичні дані, проводили фізикальне обстеження, визначали антропометричні показники: обвід талії (см), маса тіла (кг) та зріст (м), за допомогою яких обчислювали індекс маси тіла. У обстежених хворих основної групи були наявні клінічні ознаки МС. Усі хворі

цієї групи на фоні стандартного курсу терапії протягом 3-х місяців приймали ФК Мемостім по 1 капсулі 2 рази на добу в перший місяць дослідження та по 1 капсулі 1 раз на добу другий та третій місяць.

Групу порівняння склали 30 хворих на ДЕ II ст., теж зумовлену МС, до стандартного курсу терапії яких не додавали ФК Мемостім. Загальна характеристика груп обстежених хворих наведена в таблиці 1.

Таблиця 1. Характеристика обстежених хворих в групах

Показник	Основна група (n = 30)	Група порівняння (n = 30)
Чоловіків	11	16
Жінок	19	14
Вік, роки	52,7 ± 5,8	53,1 ± 6,2
Маса тіла, кг	84,1 ± 13,9	82,9 ± 12,0
Обвід талії, см	89,8 ± 8,8	84,8 ± 8,9
Індекс маси тіла	29,9 ± 4,05	28,7 ± 1,9

Отже, обидві групи хворих стратифіковані за наявністю ознак МС, були зіставні за віковим та гендерним складом, що дозволяє проводити їх порівняльний аналіз з метою встановлення певних закономірностей впливу ФК Мемостім на клінічні прояви захворювання та метаболічні процеси.

Хворі, яких було залучено до клінічного дослідження, зберігали базову антигіпертензивну, цукрознижувальну, гіполіпідемічну терапію, але їм не призначали лікарські препарати з вазоактивною, нейрометаболическою та ноотропною діями. Всі обстежені хворі дали інформовану згоду на проведення цього дослідження.

Для вирішення поставленої мети та завдань дослідження були використані такі методи дослідження: клініко-неврологічні, психодіагностичні, біохімічні, імуноферментні, статистичні. Клінічні дослідження включали детальний аналіз суб'єктивних та об'єктивних неврологічних проявів захворювання.

Оцінювання стану когнітивних функцій проводили за допомогою психодіагностичних досліджень:

Монреальська шкала (MoCA), батарея лобної дисфункції (FAB). Для оцінювання психоемоційного стану використовували шкалу депресивності Бека, шкалу Спілбергера. Якість життя оцінювали за допомогою опитувальника якості життя BOOЗ (WHOQOL-BREF).

Клінічні лабораторні дослідження проводили за стандартними методиками (загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові, коагулограма, ліпідний профіль; визначення рівня глюкози та інсуліну в крові натще).

Для визначення впливу ФК Мемостім на деякі показники нейропластичності проводили визначення людського фактору росту нервів — β -NGF до та після дослідження. Останній визначали імуноферментним методом з використанням спеціалізованого набору реактивів (Beta-NGF, фірма виробник Ray Biotech, Inc., США). Чутливість методики — мінімально встановлена доза Beta-NGF менше ніж 14 пг/мл. Кров для дослідження брали натще, через 12 годин після останнього приймання їжі, у хворих основної групи до призначення ФК Мемостім та наприкінці 3-місячного курсу його застосування.

Згідно з дизайном дослідження, моніторинг клінічного стану та основних лабораторних показників проводили двічі (на початку та наприкінці курсу приймання ФК Мемостім у хворих основної групи) та через 3 місяці у пацієнтів групи порівняння. Контроль за переносимістю та наявністю небажаних проявів проводили протягом 3-х місяців спостереження (за даними індивідуального опитування та щоденника пацієнта).

Статистичне оброблення результатів дослідження проводили з використанням стандартних програм Pentium III-500 та прикладних пакетів Excel, Statistica, до складу яких входили стандартні методи варіаційної статистики — розрахунок середніх значень (M), стандартної статистичної похибки середніх значень (m). За умов нормального розподілу даних відмінності між групами визначали за допомогою F -критерію Фішера (вірогідність різниць — при $p < 0,05$).

Проведення ретельного клініко-неврологічного обстеження пацієнтів основної групи та групи порівняння дало змогу оцінити клінічні прояви ДЕ II ст., зумовленої МС, до та після застосування ФК Мемостім (табл. 2).

Таблиця 2. Вплив ФК Мемостім на динаміку суб'єктивної симптоматики у обстежених хворих основної групи

Суб'єктивні симптоми	Основна група (n = 30)				Група порівняння (n = 30)				Φ ₁	Φ ₂
	до застосування ФК Мемостім		після застосування ФК Мемостім		базові дані		через 3 міс. лікування			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Головний біль	28	93,3	18	60	26	86,6	30	100	3,281*	2,895*
Запаморочення	29	96,7	14	46,6	27	90	29	96,6	4,920*	1,070
Шум в голові	27	90	12	40	25	83,3	26	86,6	4,371*	0,362
Порушення сну	25	83,3	10	33,3	24	80	29	96,6	4,142*	2,169*
Стомлюваність	26	86,7	19	66,3	24	90	25	83,3	2,143*	0,334
Порушення пам'яті	27	90	18	60	26	86,6	30	100	2,812*	2,895*

Примітка: * — $\Phi \geq 1,65$

Найбільш вираженими та поширеними скаргами серед пацієнтів основної групи були головний біль, який виявлено у 28 хворих (93,3 %) (різного характеру та ступеня важкості: від неприємного відчуття важкості в голові до вираженого дифузного головного болю),

шум, дзвін у голові — у 27 (90 %) хворих, запаморочення — у 29 (96,7 %) хворих; зниження пам'яті — у 27 (90 %) хворих, зниження працездатності, уваги, зміни настрою, підвищена дратівливість, стомлюваність — у 26 (86,7 %). Також виявлялися скарги на хит-

кість при ходьбі («земля йде з-під ніг»), уповільнення кмітливості («важко зібратися з думками»), неухвильність. Погіршення загального самопочуття супроводжувалося погіршенням сну у 26 (86,7 %) хворих: труднощі засинання, неспокійний сон з частими пробудженнями, страхітливими сновидіннями, відсутність відчуття відпочинку після сну.

У хворих групи порівняння суб'єктивні прояви практично не відрізнялись від таких у хворих основної групи (див. табл. 2).

У пацієнтів групи порівняння, які не отримували ФК, наприкінці 3-го місяця спостерігалось несуттєве погіршення суб'єктивної симптоматики, характерної для ДЕ. Водночас, застосування ФК Мемостім протягом 3-х місяців хворими основної групи сприяло істотному зменшенню основних суб'єктивних проявів ДЕ. Найбільш значимо на тлі застосування ФК Мемостім зменшувалися такі симптоми як головний біль, запаморочення, шум в голові, порушення сну, стомлюваність, порушення пам'яті.

Під час об'єктивного дослідження на початку курсу лікування в усіх хворих визначалася дифузна органічна симптоматика в поєднанні з вогнищевими синдромами. Превалювали окорухові порушення: слабкість конвергенції, обмеження погляду вгору, недостатність відвідних нервів. У пацієнтів виявлялися асиметрія лицьової мускулатури, ністагм при крайніх відведеннях, порушення статичної і координаційної рухової (різного ступеня вираженості), чутливі та тонусні порушення. Було встановлено непрямі ознаки лікворної гіпертензії: зниження корнеальних рефлексів, болючість очних

яблук при натисканні та набряк язика з візуально вираженими відбитками зубів на латеральній поверхні.

Аналіз об'єктивної та суб'єктивної неврологічної симптоматики дозволив виокремити провідні клінічні синдроми у обстежених хворих: цефалгічний (93,3 %), вестибуло-атактичний (83,3 %), лікворно-гіпертензійний (56,7 %), астенічний (86,7 %) та синдром когнітивних порушень (96,7 %). Цефалгічний синдром характеризувався вираженістю, монотонністю і односторонністю головного болю, іноді тільки в одній половині голови, але частіше — без чіткої локалізації. Вестибуло-атактичний синдром характеризувався запамороченнями, хиткістю при ходьбі, що посилювалась при погляді на предмети, що рухаються, та при зміні положення тіла, що супроводжувалося порушеннями статичної і координаційної атаксією в пробі Ромберга. Лікворно-гіпертензійний синдром характеризувався типовим головним болем стискаючого характеру, з почуттям тиску на очні яблука та нудотою, що спричинило посилення неврологічної симптоматики вторинного стовового характеру — окорухові порушення, пірамідні знаки, патологічні рефлексі, псевдобульбарні порушення. Астенічний синдром виявлявся компонентами фізичної і психічної стомлюваності. Когнітивні порушення різного ступеня вираженості визначалися майже в усіх обстежених хворих. У хворих групи порівняння частота цих синдромів не відрізнялась від такої у пацієнтів основної групи.

Після 3-х місяців застосування ФК Мемостім клінічна картина у пацієнтів основної групи змінилась, на відміну від хворих, які не отримували фітокомплекс (табл. 3).

Таблиця 3. Динаміка клінічних синдромів до та після застосування фітокомплексу Мемостім в основній групі та через 3 місяці у групі порівняння

Клінічні синдроми	Основна група (n = 30)				Група порівняння (n = 30)				Ф ₁	Ф ₂
	до застосування ФК Мемостім		після застосування ФК Мемостім		базові дані		через 3 міс. лікування			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%		
Цефалгічний	28	93,3	18	60	26	85,0	28	93,3	3,281*	0,872
Вестибуло-атактичний	25	83,3	14	46,6	23	76,7	22	73,3	3,085*	0,298
Лікворно-гіпертензійний	17	56,7	12	40	16	53,3	19	63,3	1,298	0,787
Астенічний	26	86,7	10	33,3	25	83,3	24	80,0	4,504*	0,334
Когнітивний	29	96,7	20	66	27	90	26	86,7	3,345*	0,403

Примітка: * — $\varphi \geq 1,65$

Після застосування ФК Мемостім найбільш значимо зменшилась поширеність астенічного синдрому та синдрому когнітивних порушень, що свідчить про найбільшу ефективність фітокомплексу в корекції саме цих синдромів. Менш позитивна динаміка спостерігалась у редукції цефалгічного, вестибуло-атактичного та лікворно-гіпертензійного синдромів. У хворих же групи порівняння наприкінці лікування збільшилась частота цефалгічного синдрому.

Для оцінювання стану когнітивних функцій у обстежених хворих була використана шкала МоСА (Montreal Cognitive Assessment), яку вважають чутливішою до виявлення легких та помірних нейрокогнітивних порушень.

Отримані дані тестування за шкалою МоСА (табл. 4) показали, що в структурі нейрокогнітивних функцій у хворих як основної групи, так і групи порівняння загалом переважали порушення оптико-просторової

діяльності ($3,5 \pm 1,9$ та $3,5 \pm 2,0$ бали відповідно), довільної уваги ($4,6 \pm 3,0$ та $4,5 \pm 2,3$ бали відповідно), орієнтовки ($5,4 \pm 1,9$ та $5,4 \pm 2,1$ бала), мови ($1,8 \pm 1,0$ і $1,7 \pm 1,0$ бал) та абстрактного мислення ($3,9 \pm 1,8$ та $4,0 \pm 2,0$ бали).

Результати проведеного дослідження наприкінці курсу ФК Мемостім показали, що у хворих основної групи спостерігалась позитивна динаміка за такими показниками: оптико-просторова діяльність, довільна увага, пам'ять, орієнтація, мова. Загальний показник за шкалою МоСА підвищився на 2,7 балів і склав $24,5 \pm 1,4$ бали. У хворих групи порівняння сума балів за шкалою МоСА через три місяці лікування суттєво не змінилась.

Отже, в результаті проведених досліджень встановлено коригувальний характер впливу ФК Мемостім на НКП у хворих на ДЕ з ознаками МС.

Таблиця 4. Результати вивчення нейрокогнітивних функцій за шкалою МоСА у хворих на ДЕ II ст. з МС основної групи та групи порівняння (у балах)

Показник шкали	Основна група (n = 30)		Група порівняння (n = 30)		P ₁	P ₂
	до застосування	після застосування	базові дані	через 3 міс.		
Оптико-просторова діяльність (виконавська функція)	3,5 ± 1,9	3,7 ± 2,1*	3,5 ± 2,0	3,3 ± 2,1*	0,054	0,054
Називання предметів	2,4 ± 2,0	2,6 ± 2,1*	2,5 ± 1,3	2,4 ± 1,0	0,054	0,048
Увага	4,6 ± 3,0	4,9 ± 2,8*	4,5 ± 2,3	4,3 ± 2,1*	0,058	0,051
Мова	1,8 ± 1,0	2,0 ± 1,3*	1,7 ± 1,0	1,6 ± 0,9*	0,052	0,058
Абстрактне мислення	3,9 ± 1,8	4,1 ± 2,1*	4,0 ± 2,0	3,8 ± 1,8*	0,057	0,058
Орієнтація	5,4 ± 1,9	5,6 ± 2,1*	5,4 ± 2,1	5,2 ± 1,8*	0,056	0,057
Сума балів	21,8 ± 7,1	22,6 ± 8,3*	21,6 ± 8,3	20,8 ± 7,6*	0,058	0,056

Примітка: * — p < 0,05

Для більш точної оцінки наявності НКП, пов'язаних з дисфункцією лобних ділянок або підкоркових церебральних структур, було використано тест «Батарея лобної дисфункції». Результати оцінення функції концептуалізації, швидкості мови, динамічного праксису, простої та ускладненої реакції вибору, дослідження хватальних рефлексів наведено в таблиці 5.

Після застосування ФК Мемостім загальний показник за шкалою FAB в основній групі підвищився на 1,1 бала і склав 14,1 ± 8,6 балів. За всіма параметрами шкали відбувалось збільшення кількості балів. У хворих групи порівняння загальний показник за шкалою FAB через три місяці лікування істотно не змінився.

Таблиця 5. Структура когнітивних порушень за даними шкали FAB у обстежених хворих

Показник шкали	Основна група (n=30)		Група порівняння (n=30)		P ₁	P ₂
	до застосування ФК Мемостім	після застосування ФК Мемостім	базові дані	через 3 міс. лікування		
Загальний (max 18)	13,0 ± 7,8	14,1 ± 8,6*	13,7 ± 3,2	13,6 ± 2,8*	0,054	0,056
Концептуалізація (max 3)	2,1 ± 1,9	2,3 ± 2,0*	2,3 ± 1,3	2,2 ± 0,8*	0,057	0,052
Швидкість мовлення (max 3)	1,9 ± 0,9	2,0 ± 1,0*	2,1 ± 0,9	2,0 ± 1,2*	0,058	0,053
Динамічний праксис (max 3)	2,2 ± 1,9	2,4 ± 1,7*	2,2 ± 1,0	2,3 ± 1,3*	0,058	0,048
Проста реакція вибору (max 3)	2,3 ± 0,8	2,4 ± 1,1*	2,4 ± 1,0	2,5 ± 1,3*	0,058	0,048
Ускладнена реакція вибору (max 3)	2,2 ± 1,3	2,5 ± 1,6*	2,2 ± 0,8	2,3 ± 1,1*	0,057	0,058
Хватальний рефлекс (max 3)	2,3 ± 1,8	2,5 ± 1,9*	2,4 ± 1,0	2,3 ± 1,2*	0,054	0,051

Примітка: * — p < 0,05

У обстежених хворих здебільшого спостерігались емоційно-вольові порушення, для об'єктивізації яких були використані шкали Бека, Спілбергера (табл. 6).

Аналіз цих даних свідчить про наявність депресії та тривожності у хворих як основної групи, так і групи порівняння.

Після курсу застосування ФК Мемостім кількість балів за шкалою Бека зменшилась на 1,4 бала, а рівень особистісної тривоги — на 13,5 балів, ситуативної — на 11,5 балів. Отже, застосування ФК «Мемостім» позитивно впливало на психоемоційні порушення у хворих на ДЕ, зумовлену МС.

Оцінку якості життя розглядають як інтегральну характеристику фізичного, психічного і соціального функціонування здорової і хворої людини та вона є дуже важливою складовою, зокрема для оцінення ефективності лікування хворих. Саме тому у нашому дослідженні ми вивчали параметри якості життя за допомогою опитувальника якості життя ВООЗ (WHOQOL-BREF).

Усі отримані показники лежали в межах середнього інтервалу, що відображає відносну задоволеність/незадоволеність респондентів загалом якістю свого життя. Найвищі показники в межах інтервалу було отримано за шкалою «Психологічне здоров'я», тобто психологічний комфорт, осмисленість та емоційна наповненість життя, задоволеність собою і своїм зовнішнім виглядом тощо,

на думку респондентів, є задовільними. Дещо нижче було оцінено «Фізичне здоров'я», тобто пацієнти висловлювали скарги на біль, порушення сну, недостатність енергії для виконання роботи або повсякденних справ, неможливість задовольнити потреби в медичній допомозі. Найнижче хворі на ДЕ оцінили параметри за шкалою «Навколишнє середовище», тобто власне матеріальний стан, можливість задовольнити потреби в медичних послугах, відпочинку, транспорті тощо, а також за шкалою «Соціальні взаємини» — задоволеність рівнем соціальної підтримки та особистісними взаєминами.

Після застосування ФК Мемостім у хворих основної групи підвищилось відчуття психологічного комфорту та впевненості, рівень задоволеності собою і власним життям («Психологічне здоров'я»), зменшились прояви емоційної лабільності, виснажливості та порушення сну, знизилась больові відчуття. Потреба в медичній допомозі залишається актуальною, але зросла енергія для виконання повсякденних справ («Фізичне здоров'я»), а також розширився діапазон та підвищилася якість соціального та особистісного функціонування, задоволеність спілкуванням та рівнем підтримки з боку близьких («Соціальні взаємини»). Оцінка за шкалою «Навколишнє середовище» залишилась найнижчою, тобто найменше хворі були задоволені власним матеріальним станом, неможливістю задовольнити потреби в медичних послугах, відпочинку тощо.

Таблиця 6. Результати дослідження емоційної сфери у обстежених хворих (у балах)

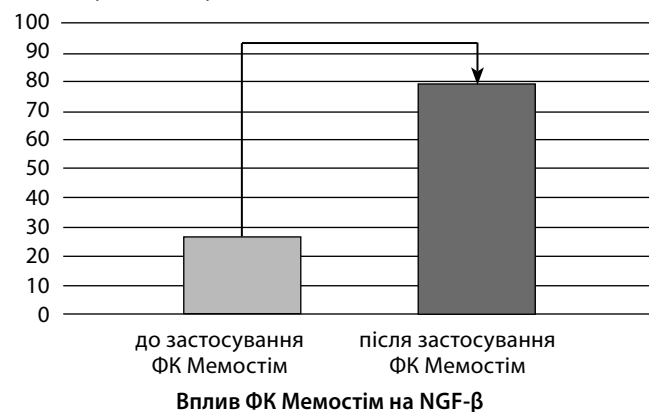
Параметр	Основна група (n = 30)		Група порівняння (n = 30)	
	до застосування ФК Мемостім	після застосування ФК Мемостім	базові дані	через 3 міс. лікування
Рівень депресії за шкалою Бека	13,4 ± 4,10	12,0 ± 1,80	13,7 ± 2,00	13,6 ± 1,80
Рівень особистісної тривожності за шкалою Спілбергера	62,6 ± 5,62	49,1 ± 5,80	63,4 ± 6,70	63,0 ± 6,26
Рівень ситуативної тривоги за шкалою Спілбергера	43,8 ± 8,10	32,3 ± 7,60	43,8 ± 4,90	44,1 ± 5,64

Обмеження перфузії та гіпоксія тканин головного мозку можуть призводити до пригнічення синтезу нейротрофічних ростових факторів (церебральний, гліальний, нейротрофічний, фактор росту нервів та ін.). Їх дефіцит сприяє зниженню нейропластичності — здатності нервової системи до оптимальної структурно-функціональної перебудови у відповідь на ендogenous та екзогенні стимули. Дефіцит нейротрофінів сприяє розвитку апоптозу нейрональних структур, який є основним механізмом загибелі нервових клітин при ДЕ [19].

В останні роки велику увагу надають фактору росту нервів β (NGF- β), який є незамінним для виживання та розвитку симпатичних і сенсорних нейронів периферичної нервової системи, а також холінергічних нейронів ЦНС. Окрім цього, NGF- β модулює секрецію медіаторів (ацетілхолін, глутамат та ін.) у нервово-м'язових синапсах і синапсоматозах гіпокампа. NGF- β пришвидшує зростання аксонів: дослідження показали, що він сприяє їх розгалуженню і подовженню. NGF- β зв'язується з двома класами рецепторів: рецептор фактора росту нервової системи з низьким рівнем афінності (LNGFR) і нейротрофічний тирозинкіназний рецептор (TrkA). Зниження концентрації NGF- β у сироватці крові асоційоване з вираженістю неврологічного дефіциту і зниженням когнітивних функцій, а наявність інсулінорезистентності або цукрового діабету лише поглиблює патологічні зміни [19].

Саме тому для оцінювання ефективності застосування ФК Мемостім у нашому дослідженні ми визначали концентрацію NGF- β у сироватці крові хворих.

Тримісячний курс ФК Мемостім у пацієнтів основної групи сприяв нормалізації відновлення ефективності регуляторної функції NGF- β на 67 % (рисунок).

Концентрація NGF- β , %

Отримані результати щодо впливу досліджуваного фітокомплексу на NGF- β , на нашу думку, пов'язані зі здатністю компонентів ФК Мемостім відновлювати основні функції нейротрофінів, що пов'язані зі здат-

ністю зменшувати окислювальний стрес і апоптоз, нормалізуючи процес нейрогенезу та утворення з прогеніторних (стовбурових) нейрональних клітин — попередників нових функціональних нейронів.

Дослідження переносимості та комплаєнсу під час застосування ФК Мемостім було проаналізовано за звітами лікарів-дослідників, які фіксували перебіг клінічних симптомів протягом періоду спостереження, спостерігали за зіставністю з фоновою терапією, оцінювали необхідність корекції режиму дозування, та на підставі суб'єктивного спостереження пацієнтів, що фіксували щотижневу динаміку свого стану та переносимості ФК у спеціалізованому щоденнику.

Сумарний комплаєнс оцінювали за сукупністю спостережень — як усереднений результат за три місяці спостереження та обчислювали за формулою: Комплаєнс = $(100 \cdot A/C \cdot B) \cdot 100$ %, де A — кількість прийнятих доз, B — кількість діб приймання, C — кратність приймання протягом доби. За результатами дослідження сумарний комплаєнс у групі склав 98 %, що демонструє вельми високий рівень прихильності пацієнтів до рекомендацій лікаря та загальну добру переносимість ФК. Зіставність з фоновою терапією (переважно антигіпертензивні препарати) була дуже доброю, та не потребувала жодної корекції режиму дозування чи відмови від подальшого приймання ФК Мемостім.

Серед небажаних проявів у двох пацієнтів спостерігались періодичні порушення випорожнення протягом трьох діб на початку приймання, що не потребувало переривання курсу чи корекції дози, а у одного хворого протягом другого тижня було зафіксовано періодичні диспептичні розлади та зниження апетиту (стан пацієнта не потребував медикаментозного втручання та припинився без додаткової корекції курсу приймання ФК). Пацієнти переважно звертали увагу на загальне поліпшення стану та якості життя, підвищення емоційного рівня та фізичної активності (табл. 7). Інших небажаних проявів чи алергічних реакцій у жодного з пацієнтів протягом спостереження не виявлено.

Таблиця 7. Оцінка ефективності та переносимості курсу застосування ФК Мемостім

Оцінка	Ефективність		Переносимість	
	за оцінкою пацієнта	за оцінкою лікаря	за оцінкою пацієнта	за оцінкою лікаря
дуже хороша	13	22	18	17
хороша	13	7	10	11
задовільна	4	1	2	2
незадовільна	0	0	0	0

Отже, результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

ФК Мемостім показав свою ефективність у хворих на ДЕ II ст., зумовлену МС, приймання якого протягом 3-х місяців на фоні стандартного курсу терапії сприяло істотному зменшенню основних суб'єктивних та об'єктивних проявів ДЕ. У більшості пацієнтів ступінь вираженості скарг зменшилась, а у чималій кількості хворих встановлено повну редукцію суб'єктивних проявів захворювання та підвищення суб'єктивної оцінки хворими окремих параметрів якості свого життя.

Після проведеного курсу ФК Мемостім у хворих на ДЕ II ст. відбувалась позитивна динаміка в нейрокогнітивній сфері, а саме поліпшення мнестичних показників та характеристики довірливої уваги, довірливо-регуляторного забезпечення та підвищення ефективності психічної діяльності загалом.

Встановлено позитивний вплив фітокомплексу на психоемоційний стан хворих за шкалами депресії Бека та тривоги Спілбергера. Спостерігалось зменшення емоційно-афективних порушень у вигляді стабілізації фону настрою, зниження тривожно-депресивних розладів.

Тримісячний курс ФК Мемостім зумовив нормалізуючий ефект у обстежених хворих, а саме: збільшення концентрації NGF- β у сироватці крові на 67 %, що вказує на відновлення нейропластичності.

Аналіз отриманих даних дозволяє вважати, що ФК Мемостім є патогенетично обґрунтованою складовою комплексної терапії хворих на ДЕ з МС та може бути рекомендований до застосування у загальній клінічній практиці.

Список літератури

1. Мищенко Т. С., Зінченко О. М., Голубчиков М. В. Стан неврологічної служби України в 2016 р. Х., 2017. 22 с.
2. Мищенко В. Н. Болезнь мелких сосудов головного мозга (факторы риска, клинко-патогенетические механизмы) // Новости медицины и фармации. 2014. № 501. С. 34—37.
3. Шмидт Е. В., Лунев Д. К., Верещагин Н. В. Сосудистые заболевания головного мозга. М.: Медицина, 1976. 283 с.
4. Левин О. С. Дисциркуляторная энцефалопатия: современные представления о механизмах развития и лечении // Consilium medicum. 2007. № 8. С. 72—79.
5. The risk of ischemic heart disease and stroke among Japanese men and women / H. Iso, S. Sato, A. Kitamura [et al.] // Stroke. 2007. Vol. 38(6). P. 1744—1751.
6. Мищенко Т. С. Современные подходы к лечению больных дисциркуляторной энцефалопатией // NeuroNews. 2007. № 11/1. С. 5—21.
7. Мітченко О. І., Карпачов В. В. Діагностика і лікування метаболічного синдрому, цукрового діабету, преддіабету і серцево-судинних захворювань: рекомендації асоціації кардіологів України та асоціації ендокринологів України // Серцево-судинні захворювання: рекомендації з діагностики, профілактики та лікування / за ред. проф. В. М. Коваленка, проф. М. І. Лутая. К.: Моріон, 2011. С. 68—79.
8. Metabolic syndrome and neurological disorders / Farooqui T., Farooqui A. (Editors). New York: Wiley Blackwell, 2013. 599 p.
9. Ивашкин В. Т., Драпкина О. М., Корнеева О. Н. Клинические варианты метаболического синдрома. М.: Медицинское информационное агентство, 2011. 220 с.
10. Шестакова М. В., Бутрова С. А., Сухарева О. Ю. Метаболический синдром как предвестник развития сахарного диабета 2 типа и сердечно-сосудистых заболеваний // Тер. арх. 2007. № 10. С. 5—8.
11. Церебральна гемодинаміка та когнітивна діяльність у хворих із дисциркуляторною енцефалопатією та метаболічним

синдромом / О. О. Копчак, Л. М. Єна, А. І. Щербаків [та ін.] // Міжнародний неврологічний журнал. 2015. № 1. С. 110—118.

12. Grundy S. M. Diagnosis and Management of the Metabolic Syndrome / S. M. Grundy, J. I. Cleeman, S. R. Daniels [et al.] // Circulation. 2005. Vol. 112. P. 2735—2752.

13. Кузнецова С. М., Шульженко Д. В. Экстракт гинкго билоба в стратегии лечения хронических сосудистых заболеваний головного мозга // Міжнародний неврологічний журнал. 2014. № 1 (63). С. 109—115.

14. Bacopa monnieri (L.) exerts anti-inflammatory effects on cells of the innate immune system in vitro / R. Williams, G. Münch, E. Gyengesi [et al.] // Food Funct. 2014. № 5(3). P. 517—520. DOI: 10.1039/c3fo60467e.

15. Мамедов М. Н., Шальнова С. А., Оганов Р. Г. Итоги III Всероссийской науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы диагностики и лечения метаболического синдрома» // Кардиология. 2007. № 5. С. 87—88.

16. Zanotta D., Puricelli S., Bonoldi G. Cognitive effects of a dietary supplement made from extract of Bacopa monnieri, astaxanthin, phosphatidylserine, and vitamin E in subjects with mild cognitive impairment: a noncomparative, exploratory clinical study // Neuropsychiatric Disease and Treatment. 2014. № 10. P. 225—230. DOI: 10.2147/NDT.S51092.

17. Мищенко Т. С., Мищенко В. Н., Лапшина И. А. Применение экстракта гинкго билобы в лечении пациентов с хроническими сосудистыми заболеваниями головного мозга // Міжнародний неврологічний журнал. 2015. № 5 (75). С. 130—134.

18. Кузнецова С. М., Шульженко Д. В. Экстракт гинкго билоба в стратегии лечения хронических сосудистых заболеваний головного мозга // Там само. 2014. № 1 (63). С. 109—115.

19. Кузнецова С. М. Возрастные изменения нейротрансмиттерных систем мозга как фактор риска цереброваскулярной патологии // Журнал неврологии им. Б. М. Маньковского. 2013. № 2. С. 5—13.

Надійшла до редакції 09.01.2019 р.

МИЩЕНКО 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

ДЕРЕВЕЦЬКА Вікторія Геннадіївна, кандидат медичних наук, провідний 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

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

ХАРИНА Катерина Василівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу судинної патології головного мозку та реабілітації ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна

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

DEREVETSKA Viktoriya, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of brain vascular pathology and rehabilitation of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of NAMS of Ukraine" SI), Kharkiv, Ukraine

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

KHARINA Kateryna, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of brain vascular pathology and rehabilitation of the "INPN of NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine

В. Н. Кузьмінов

ЗАЛЕЖНІСТЬ КЛІНІЧНОЇ КАРТИНИ ГОСТРИХ ПСИХОТИЧНИХ СТАНІВ В СТАНІ ВІДМІНИ АЛКОГОЛЮ ВІД ФОРМИ ЗЛОВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЕМ

В. Н. Кузьминов

Зависимость клинической картины острых психозов в состоянии отмены алкоголя от формы злоупотребления алкоголем

V. N. Kuzminov

The dependence of the clinical picture of acute psychosis connected with alcohol withdrawal from the forms of alcohol consumption

Було обстежено 210 хворих з гострим психотичним розладом в стані відміни алкоголю. Хворі були поділені на дві групи залежно від форми зловживання алкоголем: 1) періодична (запійна), 2) постійна. Для алкогольної залежності з запійною формою зловживання алкоголем було характерно наявність більш однієї спонтанної або соціально зумовленої ремісії (більш одного місяця трезвості) протягом року, істотно коротший період тяжкої алкоголізації до розвитку психотичного розладу, менший термін контрольованого вживання алкоголю. Навпаки, у пацієнтів з постійною формою вживання спиртних напоїв в деяких випадках аж до розвитку психотичного епізоду пацієнти могли самостійно припинити приймати спиртне. Психотичні розлади частіше спостерігалися у хворих із запійною формою зловживання спиртними напоями. Провокаційний фактор розвитку психотичного розладу (наявність соматоневрологічного захворювання) був більш значущим в групі хворих з постійною формою зловживання алкоголем. При запійній формі зловживання алкоголем в структурі стану відміни алкоголю з делирієм виявлено більш виражені вегетативні ознаки стану відміни алкоголю (тахікардія, артеріальна гіпертензія, гіпергідроз). Також у цих пацієнтів були більш виражені афективні порушення (передусім — тривога) та психомоторне збудження. Продуктивна психотична симптоматика (маячня, галюцинації) мала більш значущий вплив на поведінку хворих при запійній формі зловживання алкоголем. У хворих з постійною формою зловживання алкоголем частіше зоріві галюцинації поєднувалися з тактильними галюцинаціями. В цієї групі частіше відбувалася пролонгація психотичного розладу на тлі загострення соматоневрологічних захворювань.

Ключові слова: синдром алкогольної залежності, форма зловживання алкоголем, стан відміни алкоголю, гострий психотичний розлад

Было обследовано 210 больных с острым психотическим расстройством в состоянии отмены алкоголя. Больные были поделены на две группы в зависимости от формы злоупотребления алкоголем: 1) периодическая (запойная), 2) постоянная. Для алкогольной зависимости с запойной формой злоупотребления алкоголем было характерно наличие более одной спонтанной или социально обусловленной ремиссии (более одного месяца трезвости) в течение года, более короткий период тяжелой алкоголизации перед развитием психотического расстройства, меньший срок или отсутствие периода контролируемого употребления алкоголя. Напротив, у пациентов с постоянной формой употребления спиртных напитков в некоторых случаях вплоть до развития психотического эпизода пациенты могли самостоятельно прекратить прием спиртного. Психотические расстройства чаще наблюдались у больных с запойной формой злоупотребления спиртными напитками. Провоцирующий фактор развития психотического расстройства (наличие соматоневрологического заболевания) чаще был более значимым в группе больных с постоянной формой злоупотребления алкоголем. При запойной форме злоупотребления алкоголем в структуре состояния отмены алкоголя с делирием отмечались более выраженные вегетативные признаки (тахикардия, артериальная гипертензия, гипергидроз). Также у этих пациентов были более выраженные аффективные нарушения (прежде всего — тревога) и психомоторное возбуждение. Продуктивная психотика (бред, галлюцинации) имела более значимое влияние на поведение больных при запойной форме злоупотребления алкоголем.

У больных с постоянной формой злоупотребления алкоголем зрительные галлюцинации часто сочетались с тактильными галлюцинациями. В этой группе чаще имела место пролонгация психотического расстройства на фоне обострения имеющихся у пациента соматоневрологических заболеваний.

Ключевые слова: синдром алкогольной зависимости, форма злоупотребления алкоголем, состояние отмены алкоголя, острое психотическое расстройство

210 patients with acute psychotic disorder in a state of alcohol withdrawal were examined. Patients were divided into two groups depending on the form of alcohol abuse: 1) periodic (drunk), 2) permanent. Alcohol dependence with a drunken form of alcohol abuse was characterized by the presence of more than one spontaneous or socially conditioned remission (more than one month of sobriety) for a year, a short period of hard consumption of alcohol before the development of a psychotic disorder, a shorter period or no control period of consumption alcohol. On the contrary, in patients with permanent drinking, in some cases, up to the development of a psychotic episode, patients could independently stop drinking. Psychotic disorders were more often observed in patients with the periodic (drunk) form of alcohol abuse. A provoking factor in the development of psychotic disorders (the presence of somatoneurological) disease, was more often more significant in the group of patients with permanent form of alcohol abuse. In the case of a drunken form of alcohol abuse, more expressive vegetative signs of withdrawal syndrome (tachycardia, arterial hypertension, hyperhidrosis) were noted in the structure of the of alcoholic delirium. These patients had more expressive affective (mostly anxiety) and psychomotor agitation. Productive psychotic symptomatology (delusion, hallucinations) had a more significant effect on the behavior of patients with a drunken form of alcohol abuse. In patients with permanent alcohol abuse, visual hallucinations were more often associated with tactile hallucinations. In this group, a prolongation of the psychotic disorder occurred more frequently due to the exacerbation of somatoneurological diseases, which often had at these patients.

Key words: alcohol dependence, form of alcohol abuse, alcohol withdrawal state, acute psychotic disorder

В останні роки вивчення алкогольної залежності носить мультидисциплінарну спрямованість [1]. Зараз вважається, що алкогольна залежність має генетичну зумовленість, яка реалізується при певних соціопсихологічних умовах. Кожна особа має свій рівень генетичного ризику, а реалізація цього ризику здійснюється в міцній взаємодії з особистісними та соціальними факторами в рамках мультифакторіального характеру хвороб залежності від психоактивних речовин. Залишаються спірними багато питань, пов'язаних з клінічними проявами алкоголізму, особливостями його перебігу, відокремленням різних варіантів зловживання алкоголем від алкогольної залежності як хвороби, систематики алкогольної залежності [2–4]. Маркером такої генетичної схильності до розвитку алкогольної залежності та появи асоційованих з нею проблем, як-от стан відміни, металогольні психотичні розлади, судомний синдром тощо, є тривалість постійного вживання алкоголю до розвитку психотичного розладу. Вважається, що різноманіття варіантів перебігу алкогольної залежності зумовлюють біохімічні особливості обміну алкоголю, нейромедіаторів та наявність органічного ураження нервової системи [5–8]. Класична наркологія поділяє форми зловживання після сформованої алкогольної залежності на дві основні: систематичне та запійне. Інші форми зловживання є похідними та мають додаткові характеристики, як-от тяжкість стану відміни при спробі зупинити зловживання алкоголем та збільшення або зменшення толерантності [9–11]. Форма зловживання може змінюватися з перебігом захворювання або бути самостійною характеристикою алкогольної залежності, що знайшло відбиток в термінології «запої», псевдозапої». Запій розглядають як невідкладний стан, для якого є характерним різке збільшення зловживання алкоголем з компульсивним потягом та чималими афективними порушеннями. Форма зловживання алкоголем відбиває різноманітність алкогольної залежності. Швидка поява запійних станів у хворого є свідченням зловживання високого перебігу алкогольної залежності. Безумовно, вивчення клінічних особливостей гострих психотичних розладів залежно від форми зловживання алкоголем дозволить вдосконалити поняття патогенетичних механізмів формування психопатологічних порушень у хворих з алкогольною залежністю, дозволить виявити предиктори розвитку психотичного стану та маркери його тяжкого перебігу.

Мета дослідження: вивчення клініко-психопатологічних особливостей гострих психотичних станів у хворих залежно від форми зловживання алкоголем.

Методи дослідження: клінічний (вивчення соматоневрологічного стану хворого), психопатологічний, клініко-лабораторний.

На першому етапі обстежені 210 хворих, які були госпіталізовані до Центру невідкладної психіатрії Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 в гострому психотичному стані, пов'язаному зі станом відміни алкоголю. Метою цього етапу дослідження було визначення співвідношення запійної та постійної форм зловживання алкоголем серед хворих з гострим психотичним розладом в стані відміни.

В дослідженні ми застосовували два основних показника для визначення форми зловживання алкоголем: тяжке споживання алкоголю, тривалість постійного тяжкого зловживання алкоголем. Відповідно до міжнародних стандартів, тяжким вживанням алкоголю

є 5 стандартних доз алкоголю (СДА). Але у хворих з гострим психотичним станом легше визначити трохи більшу дозу — 6 стандартних доз, що дорівнює приблизно половині стандартної 0,5 літрової пляшки 40 % алкоголю, або так званої «чекушки».

Емпірично було встановлено, що термін тяжкого безперервного споживання алкоголю, який здебільшого відрізняє хворих з періодичною та з постійною формою, що перенесли гострий психотичний розлад внаслідок вживання алкоголю, становить 30 діб.

Аналіз анамнестичних даних дозволив встановити, що 119 (56,7 %) з 210 обстежених були з запійною формою зловживання алкоголем. Водночас у хворих, що мали постійну форму зловживання алкоголем, частіше спостерігався провокаційний фактор — загострення хронічних соматичних захворювань або поява гострих захворювань (пневмонія, панкреатит тощо).

Було виявлено, що на момент виникнення психотичного розладу майже для всіх хворих було характерно постійне вживання алкоголю зі зменшенням здатності (або неможливістю) контролювати вживання алкоголю. Потяг до вживання спиртних напоїв перевищував соціальні потреби, проявом чого було грубе порушення соціального функціонування. Чимала частина хворих переставали вживати їжу (або різко зменшували її кількість), добовий харчовий калораж компенсували переважно спожитими спиртними напоями. Це істотно посилювало токсичність алкоголю та приводило до загострення наявних соматичних захворювань, як-от гепатит, панкреатит. Ознаками чого були нудота, блювота (при спробі прийняття їжі), понос, біль та важкість в животі та лабораторні ознаки цих захворювань під час обстеження. Хворі перед розвитком психотичного розладу вживали алкоголь для корекції свого психологічного та соматичного стану. Майже в усіх хворих водночас зменшувалася загальна кількість споживаного алкоголю. В деяких формах спостерігалось примусове зменшення кількості або припинення його вживання через соціальні фактори (відсутність грошей, відрядження, планова госпіталізація в соматичний стаціонар). Форми вживання нівелювалися ситуаційними та соціальними факторами, попереднім лікуванням до розвитку психотичного стану.

Здебільшого родичі хворих визначали стан пацієнтів як «запій». Вони вказували, що хворий перебуває в ньому тривалий час (іноді до кількох місяців), основною ознакою визначали припинення соціального функціонування внаслідок систематичного вживання алкоголю. Для хворих з запійною формою зловживання алкоголем були характерні періоди тривалого повного утримання від вживання алкоголю, але після поновлення приймання алкоголю алкоголізація відразу мала брутальний характер. Для запійного (періодичного) типу зловживання алкоголем був характерним менший період часу систематичного вживання алкоголю до розвитку психозу. Вживання алкоголю відразу після початку вживання великих доз алкоголю набувало неконтрольованого характеру. Хворі починали постійно вживати великі дози алкоголю. У хворих з постійною формою відбувалася флуктуація доз алкоголю. Отже, маркером запійної форми зловживання алкоголем у досліджених була тривалість здатності контролювати вживання алкоголю після його поновлення. Стан відміни алкоголю з делірієм частіше спостерігається у хворих із запійною формою зловживання спиртними напоями. В цієї ж групі хворих частіше виявлялися тяжкі

стану відміни алкоголю з делірієм (F10.43 за МКХ-10). Напроти, в групі хворих з постійною формою зловживання в деяких випадках діагностовано делірій, зумовлений соматичним захворюванням у стані відміни алкоголю (F0.5 за МКХ-10). Гострі психотичні розлади внаслідок вживання алкоголю (F10.5 за МКХ-10) однаково часто спостерігалися в обох групах обстежених. Провокаційний фактор розвитку психотичного розладу (наявність соматоневрологічного захворювання) був більш значущим в групі хворих з постійною формою зловживання алкоголем.

Для ретельного вивчення було відібрано 180 хворих з тяжкістю стану відміни алкоголю понад 30 балів за шкалою CIWA-аг для подальшого ретельного комплексного обстеження з діагнозом стан відміни алкоголю з делірієм (F10.4 за МКХ-10). Хворі були госпіталізовані до Центру невідкладної психіатрії Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 з діагнозом стан відміни алкоголю з делірієм, або алкогольний делірій (F10.4 за МКХ-10). Хворих на другий етап дослідження відбирали методом суцільної вибірки з першого етапу

дослідження. Критерієм виключення була наявність в анамнезі даних про ендogenous психічні захворювання (рубрики F2, F3 МКХ-10).

Пацієнти залежно від тривалості постійного вживання великих доз алкоголю (понад 5 стандартних доз алкоголю) були поділені на 2 групи.

— 1 група — пацієнти зі станом відміни алкоголю з делірієм F10.4, запійна форма (з періодом тяжкої алкоголізації перед розвитком психозу менше ніж 30 діб) — 90 пацієнтів;

— 2 група — пацієнти зі станом відміни алкоголю з делірієм F10.4 з постійною формою зловживання (з періодом тяжкої алкоголізації перед розвитком психозу понад 30 діб) — 90 пацієнтів.

Усім хворим у першу добу надходження у стаціонар (і далі в динаміці) були проведені необхідні стандартні аналізи крові (клінічні, біохімічні, на інфекційні збудники та ін.).

Вивчені клінічні характеристики алкогольної залежності в групах досліджених, окремі дані наведені у таблиці 1.

Таблиця 1. Клінічні характеристики алкогольної залежності в групах досліджених

Шкала, одиниця вимірювання	Перша група (n = 90)	Друга група (n = 90)
Давність зловживання алкоголем, роки	12,30 ± 0,78	14,00 ± 0,80 ²⁾
Тривалість синдрому залежності, роки	13,2 ± 1,1	11 ± 1,4 ²⁾
Давність синдрому зміненої реактивності на алкоголь, роки	10,33 ± 0,75	12,18 ± 0,74 ²⁾
Наявність білої гарячки в анамнезі, %	77,8	26,7 ³⁾
Толерантність добова, СДА перед психотичним розладом	20,09 ± 1,91	21,04 ± 1,31 ¹⁾
Толерантність тижнева, СДА	128,11 ± 8,61	121,30 ± 14,65 ²⁾
Кількість спожитого алкоголю на початку тяжкого зловживання алкоголем, СДА	12,94 ± 0,87	11,68 ± 1,13 ²⁾
Тривалість предпсихотичного періоду — утримання від вживання алкоголю, діб	1,1 ± 0,6	1,9 ± 0,8 ³⁾
Загострення соматичних хвороб, %	44,4	57,8 ³⁾
Всього хворих, осіб	90	90

Примітка. Тут і далі: n — кількість обстежених; середні значення показників наведено в форматі ($M \pm m$) — «середня арифметична ± стандартна похибка середньої арифметичної»; вірогідність відмінностей між групами: ¹⁾ — $p < 0,05$; ²⁾ — $p < 0,01$; ³⁾ — $p < 0,001$

Отже, на тлі ретельного вивчення анамнестичних даних було виявлено, що при меншій загальній тривалості зловживання алкоголем у хворих з запійною формою спостерігався більш швидкий темп формування синдрому залежності. Загалом за однаковий час (толерантність тижнева, СДА) перед госпіталізацією хворі з запійною формою вживали більшу дозу сумарного алкоголю. Проте здебільшого перед розвитком психотичного розладу в першій групі частіше з'являлася непереносимість алкоголю, котра приводила к зменшенню споживання алкоголю. Для першої групи було характерно більш брутальне зловживання алкоголю на початку щоденного тяжкого споживання спиртних напоїв. Для алкогольної залежності у хворих з запійною формою зловживання алкоголем характерно істотно коротший період тяжкої алкоголізації до розвитку психотичного розладу — $14,2 \pm 1,1$ проти $31 \pm 4,7$ діб у другій групі, істотно коротший період саме контрольованого вживання алкоголю, термін якого визначався патологічним потягом до алкоголю.

Хворих першої групи здебільшого госпіталізували з домівки в зв'язку з розвитком психотичного стану за направленням лікаря-психіатра швидкої допомоги. Вік хворих становив 27—59 років. Стаж синдрому залежності від алкоголю (за даними анамнезу) становив 10—37 років. Деліріозний синдром з'являвся на перший-третій день відміни алкоголю. В усіх досліджених хворих спостерігалася різноманітна соматична патологія, що з'ясовувалося при подальшому обстеженні в стаціонарі. Найчастіше у хворих діагностували кардіоміопатії, хронічні панкреатити, поліневрити, токсичні енцефалопатії. В усіх досліджених хворих виявлялася різноманітна патологія печінки, що підтверджувалося клінічними та лабораторними дослідженнями. Супутня соматична патологія була компенсована на час госпіталізації.

Хворих другої групи іноді переводили із соматичних стаціонарів (або обстежували в соматичних стаціонарах) — у 33,3 % випадків (30 хворих), в 50 % випадків (45 хворих) госпіталізували з домівки за направленням

лікаря-психіатра швидкої допомоги. У 16,7 % випадків хворі були госпіталізовані за медичними показаннями в зв'язку з тривалим систематичним зловживанням алкоголем та наявністю соматичного ускладнення через очікування тяжкого стану відміни, що мало загрозу для життя до розвитку психотичного розладу. У хворих спостерігалася різноманітна соматична патологія. На відміну від хворих першої групи соматична та неврологічна патологія мала субкомпенсований або декомпенсований характер, свідченням чого були дані соматоневрологічного статусу хворих та дані клініко-лабораторного обстеження. Вік хворих становив 34—60 років. Стаж синдрому залежності від алкоголю (за даними анамнезу) становив 10—35 років. Деліріозний синдром з'являвся на другий-п'ятий день відміни алкоголю. Після редукування психотичної симптоматики у хворих виявлялися вірогідні ознаки дисциркуляторної енцефалопатії. Загострення соматичних хвороб часто відбувалося до початку розвитку психотичного розладу. В першій групі загострення соматичного захворювання, частіше ніж в 2-й групі, відбувалося після розвитку психотичного розладу. Найбільш значущими для розвитку деліріозного синдрому були пневмонія, панкреатит. Менш значущою для розвитку психотичного стану була наявність клінічно вираженої патології печінки. В усіх хворих з загостренням соматичних захворювань спостерігався затяжний перебіг психотичного розладу з тяжким астеничним синдромом після припинення психозу.

Клінічні дані, які отримані під час оцінювання тяжкості алкогольного абстинентного синдрому за шкалою CIWA-ar, наведені в таблиці 2.

Таблиця 2. Показники симптомів стану відміни алкоголю за шкалою CIWA-ar в групах досліджених

Симптом стану відміни алкоголю	Усереднені значення за шкалою CIWA-ar, бали	
	Перша група	Друга група
Нудота	2,21 ± 0,31	1,78 ± 0,20
Тремор	4,71 ± 0,18	4,02 ± 0,17 ¹⁾
Пароксизмальний піт	4,05 ± 0,23	3,10 ± 0,24 ¹⁾
Тривога	3,74 ± 0,29	2,57 ± 0,23
Збудження	4,65 ± 0,21	3,20 ± 0,24 ³⁾
Тактильні порушення	2,57 ± 0,28	3,22 ± 0,19 ¹⁾
Слухові порушення	2,12 ± 0,14	3,50 ± 0,18 ³⁾
Зорові порушення	4,54 ± 0,18	4,15 ± 0,23
Головний біль	1,12 ± 0,15	1,37 ± 0,14
Орієнтація в оточуючому, запаморочення свідомості	2,75 ± 0,24	2,73 ± 0,14

Примітка. Вірогідність відмінностей з першою групою: ¹⁾ — $p < 0,05$; ²⁾ — $p < 0,01$; ³⁾ — $p < 0,001$

В багатьох випадках у хворих другої групи виявлялася полінейропатія, прояви якої частково редукувалися після лікування. В обох групах в процесі лікування зменшувались або повністю редукувалися диспепсичні прояви, біль (неприємні відчуття) у животі. Алкогольна кардіоміопатія суттєво ускладнювала терапію хворих (була більш вираженою в другій групі).

В першій групі хворих були наявні більш тяжкі афективні розлади та психомоторне збудження (тривога: перша група — $3,74 \pm 0,29$, друга група — $2,57 \pm 0,23$ бали, психомоторне збудження: перша група — $4,65 \pm 0,21$, друга група — $3,20 \pm 0,24$ бали). Для першої групи хворих була характерна більш виражена продуктивна симптоматика (маячня, галюцинації у поєднанні з розладами орієнтовки в обстановці $3,2 \pm 0,9$; $4,1 \pm 0,82$ бали); домінування зорових та слухових галюцинацій, які повністю визначають поведінку хворого ($4,1 \pm 0,82$ бали в першій групі $2,7 \pm 0,2$ бали в другій групі).

В усіх хворих другої групи синдромологічно психопатологічні порушення, відповідно до діагностичних критеріїв МКХ-10, мали ознаки деліріозного синдрому. Навіть у тих хворих першої групи, коли при госпіталізації симптоматику психічних порушень трактували як галюцинаторно-маячну, при погіршенні загального стану виявлялися ознаки деліріозного синдрому. Маячні переживання в структурі деліріозного синдрому були найбільш виражені в першій групі хворих. Вони часто поєднувалися зі слуховими галюцинаціями. Якщо до зорових галюцинацій хворі ставились частіше спокійніше, то «голоси» неіснуючих ворогів завжди визивали жак, тривогу, виражене психомоторне збудження. Водночас треба наголосити, що саме слухові галюцинації та персекуторні ідеї приводили до ауто- та гетероагресивної поведінки. Проявом цього було нанесення самоушкоджень у разі загрози гідності, спроба втекти від мнимі загрози, що приводило до падіння з висоти, руйнівні дії та нецільеспрямована агресія, навіть після госпіталізації до психіатричного стаціонару.

У хворих першої групи порушення сприйняття мали переважно характер зорових галюцинацій та ілюзій. Вплив галюцинаторної симптоматики на поведінку у хворих другої групи був найменший, незважаючи на їх часто сціноподібний характер. Навіть якщо хворі із судинним делірієм протягом кількох діб бачили сторонніх осіб в своїй оселі, вони з ними співіснували та інколи зверталися до родичів, сусідів, в правоохоронні органи — через деякий час. Вони були впевнені деякий час після виходу із психозу у тому, що у них вдома хтось живе. При цьому хворі були некритичні до своїх переживань. Вони розповідали, що люди були маленькі, часто без обличчя, спали висячи на вішалці і таке інше. Для хворих першої групи була характерною вибіркова орієнтація в оточуючому. Вони розмовляли одночасно як з лікарем, так із з неіснуючими людьми. Причому лікаря, як і його питання, сприймали як фон, що заважає спілкуватися зі співробітниками (при професіональному делірії).

Жак, тривога були більш характерними для хворих першої групи. Поєднано з галюцинаторною симптоматикою вони суттєво впливали на поведінку хворих. Навіть зорові галюцинації частіше ніж в другій групі мали погрозовий характер. Хворі бачили вбитих родичів, роздягнутих дітей на морозі, намагалися протидіяти наявній ситуації. Хворі другої групи частіше нейтрально реагували на власні розлади сприйняття. Зорові галюцинації часто не змінювали поведінку хворого, іноді вони ставилися до неї з формальною критикою.

Під час аналізу лабораторних даних було виявлено, що в другій групі набагато гіршими були показники так званих печінкових проб. Натомість в першій групі були більш істотними порушення окремих вітальних показників, що є можливими критеріями стресу (табл. 3).

Таблиця 3. Окремі лабораторні та вітальні показники в групах досліджених до початку терапії

Показник		Перша група	Друга група
Пульс, уд/хв		109 ± 3,50	101 ± 5,52 ¹⁾
Частота дихання на хвилину		19 ± 1,51	17 ± 1,62 ¹⁾
Печінкові проби	ГГТ, мкмоль/чмл	287,69 ± 3,50	359,26 ± 9,14 ¹⁾
	АСТ, нмоль/(с·л)	72,89 ± 2,63	95,40 ± 5,04 ¹⁾
	АЛТ, нмоль/(с·л)	70,02 ± 2,91	87,20 ± 6,82 ¹⁾

Примітка. ¹⁾ — Відмінності між групами вірогідні ($p < 0,001$)

Отримані дані свідчать, що можливим фактором появи психотичних розладів при запійній формі зловживання алкоголем можуть бути повторні, тяжкі гомеостатичні стреси, що впливають з паттерну вживання психоактивної речовини і визначають характерні особливості перебігу психозу. Водночас в другій групі більш суттєвим фактором є соматичні наслідки зловживання алкоголем, що визначається сумарною кількістю спожитого алкоголю [12—15]. Урахування особливостей зловживання алкоголем перед розвитком гострого психотичного розладу в стані відміни алкоголю допоможе зробити стандартизовані підходи до прогнозу перебігу та диференційованої терапії стану відміни алкоголю.

Результати проведеного дослідження дозволили дійти таких висновків.

Схильність до певного паттерну зловживання, можливо, визначається біологічними факторами, що багато в чому визначає перебіг алкогольної залежності.

Форми зловживання алкоголем в стані відміни алкоголю впливають на клінічну картину гострого психотичного розладу у хворих з алкогольною залежністю.

Ретельне вивчення характеру зловживання алкоголем дозволяє прогнозувати перебіг психотичного розладу та планувати надання диференційованої медичної допомоги.

Список літератури

1. Минко А. И. Алкоголизм — междисциплинарная проблема (выявление, лечение, профилактика) // Український вісник психоневрології. 2001. Т. 9, вип. 4 (29). С. 6—7.
2. Bienvenu O. J., Davydow D. S., Kendler K. S. Psychiatric diseases versus behavioral disorders and degree of genetic influence // Psychol. Med. 2011. Jan. 41(1). P. 33—40. DOI: 10.1017/S003329171000084X.

3. Genetic heterogeneity and the classification of alcoholism / Cloninger C. R., Sigvardsson S., Gilligan S. B. // Adv. Alcohol Subst. Abuse. 1988. № 7 (3—4). P. 3—16. DOI: 10.1300/J251v07n03_02.

4. Diagnosis of Chronic Alcoholism — Classificatory Problems / Lesch O. M., Kefer J., Lentner S. [et al.] // Psychopathology. 1990. Vol. 23(2). P. 88—96. DOI: 10.1159/000284644.

5. Кибитов А. О., Шувалов С. А. Генетические факторы риска развития острых алкогольных психозов и судорожных припадков // Вопросы наркологии. 2012. № 2. С. 107.

6. Двирский А. А. О роли генетических факторов в проявлении алкогольного делирия // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. 1999. Т. 99, № 10. С. 48—50.

7. Lesch, O. M. Towards standardization for the methodology in treatment research of alcohol abuse and alcoholism // Clinical Neuropharmacology. 1992. Vol. 15 Suppl 1 Pt A: P. 307A—308A. URL : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1498851>.

8. Проблема коморбидности и современные формы алкогольной болезни (клинико-патогенетический аспект) / Т. В. Чернобровкина, А. Ф. Артемчук, И. К. Сосин, И. А. Никифоров // Наркология. 2006. № 12. С. 47—74.

9. Минко А. И., Линский И. В. Наркология. Новейший справочник. 2-е изд., испр. и дополн. М. : Изд-во Эксмо, 2004. 736 с.

10. Морозов Г. В. Алкоголизм. М. : Медицина, 1983. 432 с.

11. Мішиєв В. Д., Сосін І. К., Овчаренко О. А., Єршова О. А. Наркологія: актуальні питання. Л. : Медицина світу. 2010. 280 с.

12. Шувалов С. А., Кибитов А. О. Суточная толерантность к алкоголю у больных алкоголизмом как фактор риска возникновения острых алкогольных психозов и судорожных припадков // Неврологический вестник (Журнал им. В. М. Бехтерева). 2013. Т. XLV, № 1. С. 67—76.

13. Альтшулер В. Б., Корольков А. И., Кравченко С. Л. Объём потребляемого алкоголя как одна из базовых характеристик больных алкоголизмом: психофизиологические и психопатологические корреляции // Вопросы наркологии. 2011. № 4. С. 3—10.

14. Гофман А. Г., Орлова М. А., Меликсетян А. С. Алкогольные психозы: клиника, классификация // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. № 1. С. 5—12.

15. Пятницкая И. Н. Наркомании. М. : Медицина, 1994. 541 с.

Надійшла до редакції 16.01.2019 р.

КУЗЬМІНОВ Валерій Никифорович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: kuvani@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0002-5163-1692>

KUZMINOV Valeriy, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Emergency Psychiatry and Narcology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: kuvani@ukr.net; <https://orcid.org/0000-0002-5163-1692>