АНАЛИЗ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ ГРАЖДАНСКИХ ЛИЦ С АДАПТАЦИОННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СТРЕССА В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА

Е.А. Лихолетов

Целью статьи было проведение сравнительного анализа стратегий копинг-поведения у гражданских лиц, подвергшихся влиянию психосоциального стресса в условиях военного конфликта, для обоснования дифференциации терапевтических подходов при предоставлении им специализированной медицинской помощи.

Для достижения поставленной цели, с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии, клинико-психопатологическим и психодиагностическим методами было обследовано 109 человек, подвергшихся влиянию психосоциального стресса в условиях военного конфликта – в группу 1 (Г1) вошло 6 жен погибших военнослужащих; в группу 2 (Г2) были включены матери, родители и жены участников боевых действий, вернувшихся к мирной жизни – всего 71 человек; в группу 3 (Г3) – 32 внутреннеперемещенных лиц (12 мужчин и 20 женщин). У всех обследованных были диагностированы нарушения психики кластера F43.2 – адаптационные расстройства.

В ходе работы было выявлено, что родственникам погибших бойцов присущи высокие показатели конструктивных копинг-стратегий (планирование решения проблемы) и положительной переоценки (в рамках которой гибель родственника рассматривается как подвиг, жертва, принесенная воином для защиты государства от внешней агрессии), по сравнению с другими группами. У родственников военнослужащих, вернувшихся после участия в боевых действиях, выявлено доминирование стратегий самоконтроля, планирования решения проблемы, положительной переоценки с поиском социальной поддержки, может быть отражением адаптации к новым условиям, связанных с возвращением родственника с фронта. У внутреннеперемещенных лиц выявлено доминирование стратегии планирования решения проблемы, что может быть объяснено преимущественно влиянием социально-психологических факторов: необходимостью полагаться прежде всего на себя, недостаточным уровнем поддержки со стороны государства, равнодушным (а иногда и враждебным) отношением нового окружения; закономерным в этом смысле является сочетание этой стратегии с дистанцированием и самоконтролем.

Выявленные особенности должны учитываться при разработке лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятий для данного контингента.

Ключевые слова: адаптационные расстройства, родственники участников боевых действий, переселенцы, копинг-стратегии.

ANALYSIS OF COPING BEHAVIOR OF CIVILIANS WITH ADAPTATIONAL DISORDERS WHO HAVE EXPERIENCED PSYCHOSOCIAL STRESS IN CONDITIONS OF MILITARY CONFLICT

Y.O. Likholetov

The purpose of the article was to carry out a comparative analysis of coping behavior strategies in civilians who have experienced psychosocial stress in a military conflict, to substantiate the differentiation of therapeutic approaches in providing specialized medical care.

To achieve this goal, in accordance with the principles of bioethics and deontology, clinical, psychopathological and psychodiagnostic methods, 109 people who experienced psychosocial stress in a military conflict were examined. Group 1 (G1) included 6 wives of fallen servicemen; Group 2 (G2) included mothers, fathers and wives of combatants who returned to peaceful life – a total of 71 people; Group 3 (G3) consisted of 32 internally displaced persons (12 men and 20 women). All subjects were diagnosed with mental disorders of the F43.2 cluster – adaptive disorders.

In the course of the work, it was found that the relatives of the fallen soldiers have higher indicators of constructive coping strategies (problem solving planning) and positive revaluation strategies (in which the death of a relative is considered a feat, a sacrifice made by a combatant to protect the state from external aggression) in comparison with other groups. Relatives of servicemen who have returned after participating in hostilities have shown a predominance of self-control strategies, problem solving planning, positive reassessment in search of social support, which may reflect adaptation to new conditions associated with the return of a relative from the front. The dominance of the strategy of problem solving planning has been revealed in internally displaced persons, which can be explained mainly by the influence of socio-psychological factors: the need to rely primarily on themselves, insufficient state support, indifference (and sometimes hostility) of the new environment; it is natural in this sense to combine this strategy with distancing and self-control.

The identified features should be taken into account when developing treatment, rehabilitation and preventive measures for this contingent.

Key words: adaptation disorders, relatives of combatants, displaced persons, coping strategies.

Прийнято до друку 30.10.2019

УДК 616.895.4:616.89-008.47-07-052-008.46

канд. мед. наук С.О. Ярославцев

ХАРАКТЕРИСТИКА ТРИВОЖНИХ І ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ У ПАЦІЄНТІВ З КОГНІТИВНИМИ ПОРУШЕННЯМИ ПРИ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ

КНП «Херсонський обласний заклад з надання психіатричної допомоги»

Було обстежено 362 пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах: 123 пацієнтів з рекурентними депресивними розладами (РДР), 141 пацієнт з біполярними афективними розладами (БАР) та 98 осіб з пролонгованою депресивною реакцією (ПДР). Використовувався комплекс методів дослідження: клініко-психопатологічний, психометричний та статистичний. Були встановлені специфічні клініко-психопатологічні особливості тривожних та депресивних проявів у пацієнтів з когнітивними порушеннями при різних типах депресивних розладів: у пацієнтів з РДР визначалось поєдання апатико-адинамічного, астено-анергетичного та тривожного симптомокомплексів; переважання підвищеного та вираженого рівня тривоги; представленість тривожно-депресивного настрою, ознак пригніченості, почуття провини, соматичної тривоги, зниження ваги, іпохондричних розладів та сомато-вегетативних симптомів. У пацієнтів з БАР визначалось поєдання астено-анергетичного, апатико-адинамічного та меланхолійного симптомокомплексів; переважання підвищеного та вираженого рівня тривоги; представленість депресивного настрою, суб'єктивних ознак пригніченості, суїцидальних думок, збудженості, відчуття напруженості, інтелектуальних порушень, симптомів дереалізації/деперсоналізації, добових коливань. У пацієнтів з ПДР визначалось поєднання тривожного та апатико-адинамічного симптомокомплексів; переважання підвищеного та вираженого рівня тривоги; представленість психічної та соматичної тривоги, відчуття напруги та страху, суїцидальних думок, вегетативних симптомів та іпохондричних розладів.

Ключові слова: пацієнти з когнітивними порушеннями, депресивні розлади, клініко-психопатологічні особливості, рекурентний депресивний розлад, біполярний депресивний розлад, пролонгована депресивна реакція.

Вступ. На сучасному етапі розвитку суспільства серед загальномедичних проблем особливої актуальності набуває проблема патології афективної сфери, особливо тривожних і депресивних розладів [1–2]. Зростаюча актуальність проблеми депресій обумовлена їх поширеністю, істотним впливом хвороби на якість життя і соціальне функціонування людини, а також найбільшим серед психічних розладів рівнем суїцидів [2,3]. Згідно зі статистичними даними, в світі на депресію страждають більш 110 млн. осіб, з яких тільки 10–20% звертаються за спеціалізованою психіатричною допомогою [1,4,5].

Своєчасна діагностика депресивних розладів у багатьох випадках стає вирішальною умовою успішної медичної допомоги [2,4,6]. Однак, незважаючи на те, що тільки клінічно окреслені, типові форми депресій виявляються не менше ніж у 12–25% пацієнтів, які звертаються за допомогою до установ загальномедичної мережі, всього лише 10–55% з них встановлюється правильний діагноз [1,4]. Положення, що створилося, багато в чому зумовлюється браком знань про основи діагностичної кваліфікації, клініки і терапії депресивних станів [3,7,8].

Депресія – це клінічно неоднорідний стан із загалом заниженою різноманітністю симптомів, що охоплюють емоційні, фізичні та когнітивні домени [4,7]. В цілому велика кількість існуючих уявлень про психопатологічноу структуру депресій, ролі психотравмуючих чинників в їх генезі, нейрофізіологічних і біохімічних механізмах формування в поєднанні зі складністю сучасних класифікаційних градацій створює передумови для діагностичних помилок і розбіжностей, заважає своєчасному проведенню патогенетичної терапії та адекватної реабілітації [1,5,8]. Тому дослідження, спрямоване на уточнення диференціальних клініко-психопатологічних особливостей тривожних та депресивних проявів у пацієнтів з когнітивними порушеннями (КП) при депресивних розладах (ДР) має актуальність та дозволить покращити критерії діагностики і сприятиме підвищенню ефективності лікування різних типів ДР.

Мета дослідження – визначити клініко-психопатологічні особливості тривожних та депресивних проявів у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах.

Контингент та методи дослідження. В дослідженні прийняло участь 362 пацієнтів з КП при ДР: 123 пацієнтів з рекурентними депресивними розладами (РДР), 141 пацієнтів з біполярними афективними розладами (БАР) та 98 пацієнтів з пролонгованою депресивною реакцією (ПДР). Серед обстежених пацієнтів з РДР було 57 чоловіків (46,34 ± 2,78)% і 66 жінок (53,66 ± 2,99)%, серед пацієнтів з БАР – 76 чоловіків (53,90 ± 2,61)% та 65 жінок (46,10 ± 2,42)%, а серед пацієнтів з ПДР – 43 чоловіків (43,88 ± 3,39)% та 55 жінок (56,12 ± 3,83)%, що в цілому відповідає типовому розподілу за статтю при ДР. Тобто, серед обстежених переважали особи жіночої статі (51,96%, ДК = 0,66, МІ = 0,02, р = 0,046), лише в групі пацієнтів з БАР було більше чоловіків (53,90%, ДК = 0,66, МІ = 0,02, р = 0,046). Переважна кількість пацієнтів з КП при ДР характеризувалась віком 30–44 років (38,12%). Осіб молодого віку (18–29 років) було більше серед пацієнтів з ПДР (21,43%, ДК = 8,19, МІ = 0,74, р = 0,0001) та серед хворих з БАР (31,21%, ДК = 9,82, МІ = 1,37, р = 0,0001), а осіб середнього віку (45–59 років) та осіб похилого віку (60–65 років) – серед пацієнтів з РДР (37,40%, ДК = 1,54, МІ = 0,09, р = 0,016 та 17,07%, ДК = 4,78, МІ = 0,27, р = 0,002).

У дослідженні був використаний комплексний підхід, що полягав у використанні клініко-психопатологічного, психометричного (шкала депресії Гамільтона (HDRS), шкала тривоги Гамільтона (HARS)) та статистичного методів дослідження [9–11]. Статистична обробка даних застосовувалась для визначення середніх величин кількісних параметрів, їхніх стандартних помилок (у форматі % ± m %), достовірності відмінностей (критерії Стьюдента – Фішера [t], Колмогорова – Смірнова [λ]). Статистична обробка результатів проводилась за допомогою Excel-2010 та STATISTICA 6.1.

Результати дослідження та їх обговорення. Диференційований клініко-психопатологічний аналіз дозволив визначити провідні симптомокомплекси у пацієнтів з КП при ДР (Рис. 1).

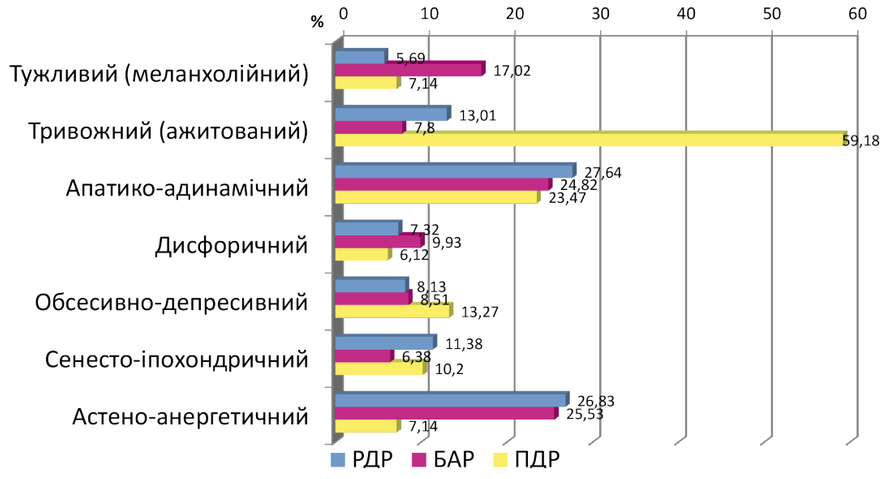

Рис. 1. Синдромальні варіанти депресивних проявів серед пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах

При дослідженні провідного типу афекту було виявлено, що у пацієнтів з РДР переважали апатико-адинамічний (27,64 ± 1,93)%, астено-анергетичний (26,83 ± 1,88)%, тривожний (13,01 ± 0,99)% та сенесто-іпохондричний (11,38 ± 0,88)% симптомокомплекси. Поширеність тужливого (5,69 ± 0,45)%, дисфоричного (7,32 ± 0,58)% та обсесивно-депресивного (8,13 ± 0,64)% симптомокомплексів виявлялась значно менше.

Аналіз синдромологічної структури депресивних розладів при БАР дозволив визначити переважання астено-анергетичного (25,53 ± 1,57)%, апатико-адинамічного (24,82 ± 1,54)% та меланхолійного (17,02 ± 1,11)% синдромів. Суттєво менше питому вагу мали сенесто-іпохондричний (6,38 ± 0,44)%, ажитований (7,80 ± 0,54)%, обсесивно-депресивний (8,51 ± 0,58)% та дисфоричний (9,93 ± 0,67)% симптомокомплекси.

У пацієнтів з ПДР перше місце серед типових афективних синдромів належить тривожному (59,18 ± 3,90)%, а також апатико-адинамічному (23,47 ± 2,12)%, обсесивно-депресивному (13,27 ± 1,27)% та сенесто-іпохондричному (10,20 ± 1,00)% синдромам. Найменш поширеними виявилися

дисфоричний (6,12 ± 0,61)%, тужливий (7,14 ± 0,71)% та астено-анергетичний (7,14 ± 0,71)% синдроми.

Статистичний аналіз синдромологічної структури депресивних розладів продемонстрував, що у пацієнтів з БАР був більш виражений тужливий синдром (17,02 ± 1,11)%, у порівнянні з хворими на РДР та ПДР (5,69%, ДК = 4,76, МІ = 0,27, р < 0,0023 та 7,14%, ДК = 3,77, МІ = 0,19, р < 0,0124 відповідно). У пацієнтів з ПДР був більш виражений тривожний синдром (59,18 ± 3,90) у порівнянні з хворими на РДР та БАР (13,01%, ДК = 6,58, МІ = 1,52, р < 0,0001 та 7,80%, ДК = 8,80, МІ = 2,26, р < 0,0001) та найменш виражений астено-анергетичний синдром (7,14 ± 0,71)%, який був характерним більше для пацієнтів з РДР (26,83%, ДК = 5,75, МІ = 0,57, р < 0,0001) та БАР (28,57%, ДК = 5,53, МІ = 0,51, р < 0,0001).

Використання Шкали Гамільтона (HDRS) дозволило більш детально оцінити вираженість окремих проявів депресії у пацієнтів з КП при ДР (табл. 1). У пацієнтів з РДР серед депресивних проявів переважали депресивний настрій (3,87 ± 1,02 балів), зниження працездатності (3,69 ± 1,09 балів), наявність соматичної та психічної тривоги (3,06 ± 1,21 балів та 3,06 ± 1,21 балів відповідно), почуття провини (3,18 ± 1,34 балів) та загальмованість (3,03 ± 2,01 балів). Найменш вираженими проявами депресії у пацієнтів з РДР були добові коливання (наявність та ступінь 0,76 ± 1,07 балів та 0,83 ± 1,02 балів відповідно), параноїдні симптоми (1,11 ± 1,25 балів) та рання інсомнія (1,16 ± 1,13 балів).

Таблиця 1

Особливості депресивної симптоматики у хворих з когнітивними порушеннями при депресивних розладах (за шкалою HDRS)

Найменування показників	РДР	БАР	ПДР
	m ± σ		
Депресивний настрій	3,87 ± 1,02	3,98 ± 1,65	3,76 ± 1,45
Почуття провини	3,18 ± 1,34	2,16 ± 1,08	3,86 ± 2,08
Суїцидальні наміри	2,78 ± 1,08	3,01 ± 1,12	3,21 ± 2,16
Інсомнія рання	1,16 ± 1,13	1,03 ± 1,05	1,89 ± 1,15
Інсомнія середня	1,47 ± 1,36	0,98 ± 0,74	0,63 ± 0,56
Інсомнія пізня	1,54 ± 1,11	1,98 ± 1,76	1,76 ± 1,76
Робота та діяльність	3,69 ± 1,09	2,96 ± 2,04	1,96 ± 1,13
Загальмованість	3,03 ± 2,01	3,78 ± 1,13	2,13 ± 2,03
Збудженість	1,46 ± 1,61	2,69 ± 1,11	3,05 ± 2,07
Психічна тривога	3,06 ± 1,21	2,14 ± 1,04	3,87 ± 2,89
Соматична тривога	3,67 ± 1,09	1,29 ± 1,65	3,05 ± 1,68
Травневі соматичні порушення	1,97 ± 1,04	0,67 ± 0,23	1,67 ± 0,79
Загальні соматичні симптоми	1,78 ± 1,13	0,8 ± 0,34	1,47 ± 1,13
Генітальні симптоми	1,13 ± 1,34	0,63 ± 0,41	1,54 ± 1,12
Іпохондричний розлад	2,16 ± 1,51	1,13 ± 1,11	2,68 ± 2,06
Втрата ваги	2,43 ± 1,78	2,16 ± 1,67	2,14 ± 1,68
Втрата ваги (фактична)	2,64 ± 1,11	1,14 ± 1,09	2,07 ± 1,84
Критичність	1,57 ± 1,13	1,98 ± 1,13	0,67 ± 0,23
Добові коливання	0,76 ± 1,07	1,97 ± 1,18	0,46 ± 0,17
Добові коливання (ступінь)	0,83 ± 1,02	1,95 ± 1,27	0,32 ± 0,15
Деперсоналізація/дереалізація	1,96 ± 1,15	2,78 ± 2,01	1,78 ± 0,68
Параноїдні симптоми	1,11 ± 1,25	1,47 ± 1,07	0,13 ± 0,11
Обсесивні та компульсивні симптоми	1,67 ± 1,32	0,97 ± 0,34	1,08 ± 1,01

У пацієнтів з БАР найбільш вираженими симптомами депресії визначались депресивний настрій (3,98 ± 1,65 балів), загальмованість (3,78 ± 1,13 балів), суїцидальні наміри (3,01 ± 1,12 балів), апатія (2,96 ± 2,04 балів), симптоми деперсоналізації /дереалізації (2,78 ± 2,01 балів) та збудженість (2,69 ± 1,11 балів).

Найменш вираженими депресивними проявами при БАР були травневі соматичні симптоми (0,67 ± 0,23 балів), загальносоматичні симптоми (0,80 ± 0,34 балів), генітальні симптоми (0,63 ± 0,41 балів) та обсесивно-компульсивні симптоми (0,97 ± 0,34 балів).

Серед пацієнтів з ПДР найбільш вираженими депресивними проявами були психічна тривога (3,87 ± 2,89 балів), почуття провини (3,86 ± 2,08 балів), депресивний настрій (3,76 ± 1,45 балів), суїцидальні наміри (3,21 ± 2,16 балів), збудженість (3,05 ± 2,07 балів) та соматична тривога (3,05 ± 1,68 балів). Найменш вираженими депресивними проявами при ПДР були параноїдні симптоми (0,13 ± 0,11 балів), добові коливання: наявність та вираженість (0,46 ± 0,17 балів та 0,32 ± 0,15 балів відповідно), середня інсомнія (0,63 ± 0,56 балів) та порушення критичності (0,67 ± 0,23 балів).

Проведений статистичний аналіз результатів дозволив встановити, що пацієнти з ПДР відрізнялись від хворих на РДР та БАР меншою вираженістю апатії (1,96 ± 1,13 балів, $p < 0,001$ та $p < 0,043$ відповідно), загальмованості (2,13 ± 2,03 балів, $p < 0,032$ та $p < 0,01$ відповідно), збереженістю критичності (0,67 ± 0,23 балів, $p < 0,041$ та $p < 0,026$ відповідно), відсутністю параноїдних симптомів (0,13 ± 0,11 балів, $p < 0,036$ та $p < 0,025$ відповідно). Також було встановлено, що психічна тривога була більш виражена серед пацієнтів з ПДР (3,87 ± 2,89 балів) у порівнянні з хворими на БАР (2,14 ± 1,04 балів, $p < 0,01$), яким були більш характерні симптоми деперсоналізації й дереалізації (2,78 ± 2,01 балів, $p < 0,038$).

Пацієнти з БАР відрізнялись від хворих на РДР та ПДР більшою вираженістю добових коливань: наявністю та вираженістю (1,97 ± 1,18 та 1,95 ± 1,27 балів, $p < 0,025$ та $p < 0,001$ відповідно), у той час коли у пацієнтів з РДР та ПДР були більш вираженими почуття провини (3,18 ± 1,34 балів, $p < 0,038$ та 3,86 ± 2,08 балів, $p < 0,01$ відповідно), соматична тривога (3,67 ± 1,09 балів, $p < 0,0001$ та 3,05 ± 1,68 балів, $p < 0,001$ відповідно), травневі соматичні симптоми (1,97 ± 1,04 балів, $p < 0,025$ та 1,67 ± 0,79 балів, $p < 0,035$ відповідно) та іпохондричні розлади (2,16 ± 1,51 балів, $p < 0,027$ та 2,68 ± 2,06 балів, $p < 0,004$ відповідно).

Пацієнти з РДР відрізнялись від хворих на БАР більшою вираженістю фактичної втрати ваги (2,64 ± 1,11 балів, $p < 0,025$) та меншою вираженістю збудженості (1,46 ± 1,61 балів) у порівнянні з пацієнтами з БАР (2,69 ± 1,11 балів, $p < 0,025$) та ПДР (3,05 ± 2,07 балів, $p < 0,01$).

Особливості вираженості тривожної симптоматики серед пацієнтів з КП при різних типах ДР визначались за допомогою шкали тривоги Гамільтона (HARS). Було зафіксовано, що у 39,80% пацієнтів з РДР був встановлений виражений рівень тривоги, у 34,10% пацієнтів визначався підвищений рівень тривоги, у 22,80% був зафіксований помірний рівень тривоги, у 2,44% пацієнтів визначався знижений рівень тривоги та у 0,81% пацієнтів – низький рівень тривоги (рис. 2).

Схожа тенденція спостерігалась у пацієнтів з БАР: у 34,75% пацієнтів був встановлений виражений рівень тривоги, у 36,88% пацієнтів визначався підвищений рівень тривоги, у 20,57% був зафіксований помірний рівень тривоги, у 5,67% пацієнтів – знижений рівень та у 2,13% пацієнтів – низький рівень тривоги.

У більшості пацієнтів з ПДР був встановлений виражений рівень тривоги (35,71 ± 2,95)%, у 28,57% пацієнтів – підвищений рівень, у 16,33% – помірний рівень, у 12,24% – знижений рівень та у 7,14% пацієнтів тривога була низького рівню.

Статистичний аналіз результатів за точним методом Фішера дозволив визначити, що кількість пацієнтів з низьким та зниженим рівнем тривоги була більше серед пацієнтів з ПДР (7,14% та 12,24% відповідно) у порівнянні з РДР (0,81%, ДК = 9,44, МІ = 0,30, $p < 0,0138$ та 2,44%, ДК = 7,01, МІ = 0,34, $p < 0,0036$ відповідно) та БАР (2,13%, ДК = 5,26, МІ = 0,13, $p < 0,0457$ та 5,67%, ДК = 3,34, МІ = 0,11, $p < 0,0384$ відповідно).

Також було встановлено, що пацієнтів з підвищеним рівнем тривоги було більше серед хворих на БАР (36,88 ± 2,09)%, ніж серед пацієнтів з ПДР (28,57%, ДК = 1,11, МІ = 0,05, $p < 0,0458$).

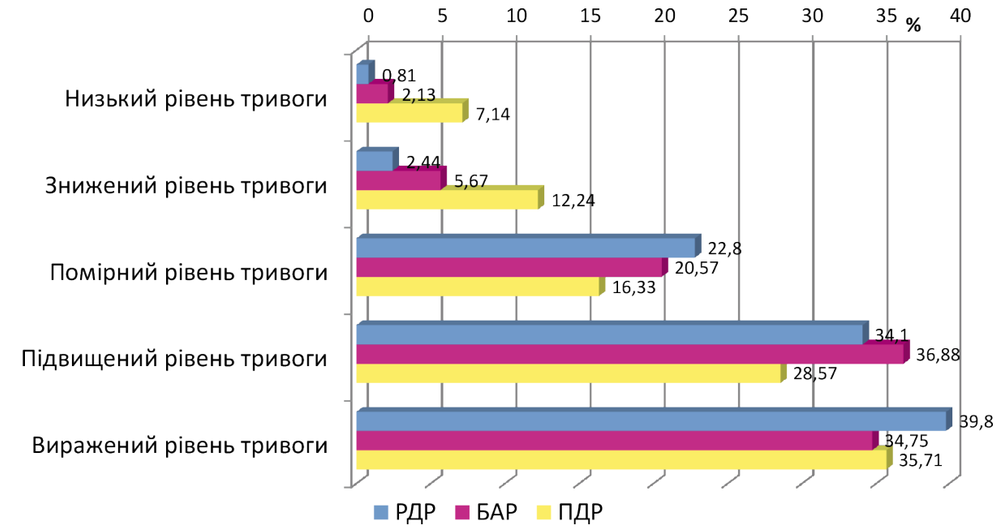

Рис. 2. Вираженість тривоги у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах

Більш детальний аналіз особливостей проявів тривоги серед пацієнтів з КП при ДР відображені в табл. 2. Згідно з отриманими даними, можна констатувати, що для пацієнтів з РДР тривожні прояви були окреслені, перш за все, наявністю депресивного та тривожного настрою (3,94 ± 1,19 балів та 3,12 ± 2,01 балів відповідно), порушеннями сну (3,67 ± 1,09 балів), наявністю вегетативних та серцево-судинних симптомів (3,62 ± 1,13 балів та 3,11 ± 1,78 балів відповідно) та інтелектуальних порушень (3,09 ± 1,04 балів). У пацієнтів з БАР серед тривожних проявів найбільш були виражені інтелектуальні порушення (3,76 ± 1,04 балів), депресивний настрій (3,69 ± 1,61 балів), відчуття напруги (3,62 ± 2,04 балів), вегетативні та серцево-судинні симптоми (2,67 ± 1,13 балів та 2,08 ± 1,41 балів відповідно) та порушення сну (2,53 ± 1,21 балів).

Таблиця 2

Особливості тривожної симптоматики у пацієнтів з когнітивними порушеннями при депресивних розладах (за шкалою HARS)

Найменування показників	РДР	БАР	ПДР
	m ± σ		
Тривожний настрій	3,12 ± 2,01	2,04 ± 1,96	3,78 ± 2,04
Напруга	2,67 ± 1,61	3,62 ± 2,04	3,55 ± 2,13
Страхи	2,15 ± 1,26	1,67 ± 1,13	3,21 ± 1,85
Інсомнія	3,67 ± 1,09	2,53 ± 1,21	2,56 ± 1,56
Інтелектуальні порушення	3,09 ± 1,04	3,76 ± 1,04	1,13 ± 1,06
Депресивний настрій	3,94 ± 1,19	3,69 ± 1,61	2,89 ± 1,19
Соматичні м'язові симптоми	2,12 ± 1,34	1,65 ± 1,03	2,11 ± 2,03
Соматичні сенсорні симптоми	1,56 ± 1,01	1,57 ± 1,34	1,67 ± 1,07
Серцево-судинні симптоми	3,11 ± 1,78	2,08 ± 1,41	2,78 ± 2,09
Респіраторні симптоми	2,76 ± 1,11	2,01 ± 1,11	2,74 ± 1,69
Гастроінтестинальні симптоми	2,79 ± 1,16	1,52 ± 1,07	1,78 ± 1,29
Сечостатеві симптоми	1,78 ± 1,04	1,98 ± 1,09	1,07 ± 1,01
Вегетативні симптоми	3,62 ± 1,13	2,67 ± 1,13	3,66 ± 2,12
Поведінка при огляді	2,11 ± 1,38	1,89 ± 1,18	3,65 ± 2,06

Серед пацієнтів з ПДР найбільш вираженими проявами тривоги були тривожний та депресивний настрій (3,78 ± 2,04 балів та 2,89 ± 1,19 балів відповідно), вегетативні симптоми (3,66 ± 2,12 балів), тривожна поведінка при огляді (3,65 ± 2,06 балів), почуття напруги та страху (3,55 ± 2,13 балів та 3,21 ± 1,85 балів відповідно).

Статистичний аналіз результатів дозволив визначити, що пацієнти з ПДР відрізнялись від хворих на РДР та БАР більшою вираженістю страхів (3,21 ± 1,85 балів, $p < 0,035$ та $p < 0,01$ відповідно), тривожною поведінкою при огляді (3,65 ± 2,06 балів, $p < 0,025$ та $p < 0,01$ відповідно), у той час коли пацієнти з РДР та БАР відрізнялись від хворих на ПДР більшою вираженістю інтелектуальних порушень (3,09 ± 1,04 балів, $p < 0,0025$ та 3,76 ± 1,04 балів, $p < 0,001$ відповідно). При цьому було доведено, що у пацієнтів з РДР був більш виражений депресивний настрій у порівнянні з хворими на ПДР (2,89 ± 1,19 балів, $p < 0,025$) та більш виражені серцево-судинні симптоми у порівнянні з хворими на БАР (2,08 ± 1,41 балів, $p < 0,029$).

Пацієнти з БАР відрізнялись від хворих на РДР та на ПДР меншою вираженістю вегетативних симптомів (2,67 ± 1,13 балів, $p < 0,045$ та $p < 0,038$ відповідно) та тривожного настрою (2,04 ± 1,96 балів, $p < 0,025$ та $p < 0,01$ відповідно).

Хворі з РДР відрізнялись від пацієнтів з БАР та ПДР більшою вираженістю інсомнії (3,67 ± 1,09 балів, $p < 0,019$ та $p < 0,025$ відповідно) та гастроінтестинальних симптомів (2,79 ± 1,16 балів, $p < 0,01$ та $p < 0,025$ відповідно).

Висновки. Були встановлені специфічні клініко-психопатологічні особливості тривожних та депресивних проявів у пацієнтів з КП при різних типах ДР:

- у пацієнтів з РДР визначалось:

а) поєдання апатико-адинамічного (27,64%), астено-анергетичного (26,83%, $p < 0,05$), тривожного (13,01%) симтомокомплексів;

б) переважання підвищеного та вираженого рівня тривоги (34,10% та 39,80% відповідно);

в) представленість наступних клінічних ознак тривоги й депресії: тривожно-депресивний настрій (3,94 балів, $p < 0,05$), суб'єктивні та об'єктивні ознаки пригніченості (5,86 та 5,67 балів відповідно), почуття провини (3,18 балів, $p < 0,05$), соматична тривога (3,06 балів, $p < 0,05$), інтелектуальні порушення ($p < 0,05$), фактична втрата ваги ($p < 0,05$), іпохондричні розлади ($p < 0,05$); сомато-вегетативні симптоми: вегетативні, серцево-судинні та гастроінтестинальні симптоми (3,62, 3,11 та 2,79 балів, $p < 0,05$);

- у пацієнтів з БАР визначалось:

а) поєдання астено-анергетичного (25,53%, $p < 0,05$), апатико-адинамічного (24,82%), меланхолійного (17,02%, $p < 0,05$) симтомокомплексів;

б) переважання підвищеного та вираженого рівня тривоги (36,88%, $p < 0,05$ та 34,75% відповідно);

в) представленість наступних клінічних ознак тривоги й депресії: депресивний настрій (3,69 балів), суб'єктивні ознаки пригніченості (5,74 балів), суїцидальні думки (5,09 балів), збудженість (2,69 балів, $p < 0,05$), відчуття напруженості (3,62 балів), інтелектуальні порушення ($p < 0,05$), симптоми дереалізації/деперсоналізації ($p < 0,05$), добові коливання ($p < 0,05$).

- у пацієнтів з ПДР визначалось:

а) поєдання тривожного (59,18%, $p < 0,05$), апатико-адинамічного (23,47%) симтомокомплексів;

б) переважання підвищеного та вираженого рівня тривоги (28,57% та 35,71% відповідно);

в) представленість наступних клінічних ознак тривоги й депресії: психічна та соматична тривога (3,87 та 3,05 балів відповідно, $p < 0,05$), тривожний настрій (3,78 балів, $p < 0,05$), відчуття напруги та страху (3,55 та 3,21 балів відповідно, $p < 0,05$), суїцидальні думки (4,29 балів), тривожна поведінка (3,65 балів, $p < 0,05$), вегетативні симптоми ($p < 0,05$), іпохондричні розлади ($p < 0,05$).

Таким чином, в результаті дослідження були визначені клініко-психопатологічні особливості тривожних та депресивних проявів у пацієнтів з КП при різних типах ДР, які можуть виступати в якості діагностичних критеріїв при проведенні диференціальної діагностики КП при ДР.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Марута, Н.О., Панько, Т.В. Каленська, Г.Ю. (2017). Діагностичні критерії депресивних розладів на етапах надання медичної допомоги. *Український вісник психоневрології*; 25:1 (90): 135.
2. Zuckerman H. et al. (2018). Recognition and treatment of cognitive dysfunction in major depressive disorder. *Front. Psychiatry*, 9: 655.
3. Fried, E.I. & Nesse, R.M. (2015). Depression is not a consistent syndrome: an investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. *J. Affect. Disord.*, 172: 96–102.
4. Olvet, D.M., Klein, D.N. & Hajcak, G. (2010). Depression symptom severity and errorrelated brain activity. *Psychiatry Res*, 179: 30–37.
5. Snyder, H.R. (2013). Major depressive disorder is associated with broad impairments on neuropsychological measures of executive function: a meta-analysis and review. *Psychological Bull*, 139: 81–132.
6. Bubl, E., Kern, E., Ebert, D., Bach, M. & van Elst, L.T. (2010). Seeing gray when feeling blue? Depression can be measured in the eye of the diseased. *Biol. Psychiatry*, 68: 205–208.
7. Марута, Н.О., Панько, Т.В., Каленська, Г.Ю. (2018). Нові можливості терапії когнітивних та депресивних розладів при дисциркуляторній енцефалопатії. *Український вісник психоневрології*, Т. 26, вип. 4 (97): 91–100.
8. Barbot, A. & Carrasco, M. (2018). Emotion and anxiety potentiate the way attention alters visual appearance. *Sci. Rep*, 8: 5938.
9. Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23: 56–62.
10. Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol.*, 32: 50–55.
11. Лупандин, В.И. (2009). Математические методы в психологии : учеб. пособие. 4-е изд., перераб. / В.И. Лупандин. Екатеринбург: Изд-во Урал, ун-та, 196.

CHARACTERISTICS OF ANXIOUS AND DEPRESSIVE MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENTS IN DEPRESSIVE DISORDERS

S.A. Yaroslavtsev

Background. The growing urgency of the problem of depression is due to their prevalence, the significant impact of the disease on quality of life and social functioning, as well as the highest level of mental disorders caused by suicides. According to statistics, more than 110 million people in the world suffer from depression, of which only 10–20% seek specialized psychiatric care. Timely diagnosis of depressive disorders in many cases becomes a crucial condition for successful medical care, so research aimed at clarifying the differential clinical and psychopathological features of anxiety and depressive manifestations in patients with cognitive impairment in depressive disorders is relevant and will improve treatment criteria and improve diagnostic criteria. types of depression.

The aim of the study was to determine the clinical and psychopathological features of anxiety and depressive manifestations in patients with cognitive impairment in depressive disorders.

Materials and methods of research. 362 patients with cognitive impairment in depressive disorders were examined: 123 patients with recurrent depressive disorder (RDD), 141 patients with bipolar affective disorder (BAD) and 98 patients with prolonged depressive reaction (PDR). A set of research methods was used: clinical-psychopathological, psychometric and statistical.

Results. Specific clinical and psychopathological features of anxiety and depressive manifestations in patients with cognitive impairment in different types of depressive disorders were established: a combination of apathetic-dynamic, astheno-energetic and anxiety symptoms; the predominance of high and severe levels of anxiety; representation of anxiety-depressive mood, signs of depression, guilt, somatic anxiety, weight loss, hypochondriac disorders and somato-autonomic symptoms were determined in patients with RDD. A combination of astheno-energetic, apathetic-dynamic and melancholic symptom complexes; the predominance of high and severe levels of anxiety; representation of depressed mood, subjective signs of depression, suicidal thoughts, agitation, tension, intellectual impairment, symptoms of derealization / depersonalization, daily fluctuations were determined in patients with BAD. A combination of anxiety and apathy-adynamic symptom complexes; the predominance of high and severe levels of anxiety; representation of mental and somatic anxiety, feelings of tension and fear, suicidal thoughts, autonomic symptoms and hypochondriac disorders were determined in patients with PDR.

Conclusion. Clinical and psychopathological features of anxiety and depressive manifestations in patients with cognitive impairment in different types of depressive disorders, which can act as diagnostic criteria in the differential diagnosis of this group of patients, were determined.

Key words: patients with cognitive impairment, depressive disorders, clinical and psychopathological features, recurrent depressive disorder, bipolar depressive disorder, prolonged depressive reaction.

ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕВОЖНЫХ И ДЕПРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

С.А. Ярославцев

Было обследовано 362 пациента с когнитивными нарушениями при депрессивных расстройствах: 123 пациента с рекуррентными депрессивными расстройствами (РДР), 141 пациент с биполярными аффективными расстройствами (БАР) и 98 пациентов с пролонгированной депрессивной реакцией (ПДР). Использовался комплекс методов исследования: клинико-психопатологический, психометрический и статистический. Были установлены специфические клинико-психопатологические особенности тревожных и депрессивных проявлений у пациентов с когнитивными нарушениями при различных типах депрессивных расстройств: у пациентов с РДР определялось сочетание апатико-адинамического, астено-анергетичного и тревожного симптомокомплексов; преобладание повышенного и выраженного уровня тревоги; представленность тревожно-депрессивного настроения, признаков подавленности, чувства вины, соматической тревоги, снижения веса, ипохондрических расстройств и соматовегетативных симптомов. У пациентов с БАР определялось сочетание астено-анергетичного, апатико-адинамического и меланхолического симптомокомплексов; преобладание повышенного и выраженного уровня тревоги; представленность депрессивного настроения, субъективных признаков подавленности, суицидальных мыслей, возбуждения, ощущения напряженности, интеллектуальных нарушений, симптомов дереализации / деперсонализации, суточных колебаний. У пациентов с ПДР определялось сочетание тревожного и апатико-адинамического симптомокомплексов; преобладание повышенного и выраженного уровня тревоги; представленность психической и соматической тревоги, чувство напряжения и страха, суицидальных мыслей, вегетативных симптомов и ипохондрических расстройств.

Ключевые слова: пациенты с когнитивными нарушениями, депрессивные расстройства, клинико-психопатологические особенности, рекуррентное депрессивное расстройство, биполярное депрессивное расстройство, пролонгированная депрессивная реакция.

Прийнято до друку 27.10.2019

канд. мед. наук, доц. В.С. Личко,
канд. мед. наук, доц. І.Г. Мудренко

УДК 616.831-005.8-085.38:616.12-005.4

КЛІНІЧНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КРІОКОНСЕРВОВАНОЇ СИРОВАТКИ КОРДОВОЇ КРОВІ ЛЮДИНИ ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ ПІСЛЯ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ

Медичний інститут Сумського державного університету

Метою дослідження було вивчення ефективності застосування кріоконсервованої сироватки кордової крові (КСКК) людини в гострому періоді інфаркту головного мозку (ІГМ) для профілактики когнітивного та неврологічного дефіцитів.

Основу роботи склали матеріали комплексного обстеження 350 хворих із першим у житті ІГМ на 1-у, 10-у та 21-у добу захворювання. Критеріями відбору пацієнтів були: вік від 46 до 79 років; перший у житті ІГМ з локалізацією в басейні кровопостачання середньої мозкової артерії; госпіталізація до 24 год від початку захворювання; результати МРТ-дослідження, що виключали внутрішньочерепний крововилив або інше не ішемічне ураження головного мозку.

Залежно від призначеної медикаментозної терапії всі хворі були розділені на дві групи: перша (n = 175) – недиференційована терапія + диференційована з призначенням ацетилсаліцилової кислоти (АСК); друга (n = 175) – недиференційована терапія + диференційована з призначенням АСК, що була доповнена введенням 1 мл внутрішньовенно розчину КСКК протягом 10 діб.

Оцінка особливостей клінічної картини ІГМ показала, що скарги хворих в дебюті захворювання практично були відсутні у більшості осіб. На різного характеру цефалгії скаржилося лише 40 хворих (11,3%). При цьому головний біль найчастіше мав локальний характер, переважно в потиличній області, спостерігався у хворих, що страждали на артеріальну гіпертензію.

Об'єктивно в неврологічному статусі в 249 (71,1%) хворих визначався центральний парез 7-ої пари черепних нервів, а в 213 (60,8%) – центральний парез 12-ої пари. Рухові порушення у вигляді контральних вогнищ центральних парезів і паралічів відмічені у 260 (74,5%) хворих; ознаки ураження пірамідних трактів у вигляді пожвавлення сухожильних і періостальних рефлексів виявлені у 305 (87,1%) обстежених, патологічних ступеневих позначок – у 281 (80,4%) хворого. Порушення чутливості у вигляді гемігіпестезії було відмічене у 323 (92,4%) осіб.

Процеси в правій півкулі супроводжувалися кірковими розладами у вигляді агностичних явищ у 186 (53,0%) хворих. Переважали порушення легкого та середнього ступенів вираженості у співвідношенні, близькому до 3,5:1. Додаткове призначення КСКК достовірно гальмувало прогрес афатичних і агностичних розладів (різниця між групами складала 9,4%).

В обох групах простежувалася тенденція до загального поліпшення стану у вигляді зниження сумарного клінічного балу в 1-й групі з 16,33±0,56 до 13,77±0,74, а в 2-й – з 16,74±0,44 до 11,68±0,51. Зниження короткочасної слухомовленнєвої пам'яті спостерігалося у 17,9% хворих 1-ї групи та 12,2% в 2-й. Тобто хворі, що додатково отримували КСКК, показали більш позитивну динаміку регресу неврологічної симптоматики та гальмування прогресу когнітивних розладів у ході лікування.

Проведене дослідження вперше продемонструвало, що додаткове включення в комплексну терапію гострого періоду ІГМ препарату КСКК на 6,9% збільшує ступень відновлення неврологічних функцій та гальмує розвиток когнітивних порушень на 7,3%.

Ключові слова: агнозія, ішемія, корекція, дисфункція, профілактика, гострий період.

Вступ. Однією з найгостріших медико-соціальних проблем, що завдають величезних економічних збитків не тільки в Україні, але й у всьому світі, є інфаркт головного мозку (ІГМ) [1, 2].

Летальність у перший місяць становить до 35%, а від 30% до 47% хворих, що вижили, мають когнітивні порушення, які в 25% пацієнтів вже до кінця року після інсульту трансформуються в деменцію [3, 4].

В Україні сучасні стратегії лікування ІГМ впроваджуються вкрай повільно [5, 6]. Лише 13–15% хворих госпіталізуються в межах терапевтичного вікна, частина з них узагалі лікуються амбулаторно, і не отримують адекватної допомоги [7].