

Резюме. С начала вспышки кори на территории Украины в Харькове и Харьковской области было выявлено 4521 человек, больных корью. Принимая во внимание особенности течения заболевания и анамнестические данные, представлялось интересным определение показателей иммунного ответа, на фоне которых развивалось заболевание.

Цель исследования: определение характера иммунологических реакций при коревой инфекции различной степени тяжести. **Объект и методы.** В исследование было включено 65 пациентов с диагнозом «корь», которые находились на лечении в КУЗ КНП ХОС ОКИБ в период с 2017 по 2019 годы. Пациенты разделены на 4 группы в зависимости от степени тяжести заболевания и наличия осложнений. Контрольную группу составляли 20 здоровых добровольных донора.

Всем пациентам, включенным в исследование, проводилось определение уровня вирус-специфических Ig M, G и A, авидности IgG, уровней ИНФ α и γ . Определение показателей проводилось методом тИФА с использованием тест-систем фирм «ХЕМА» (Украина), «The Native Antigen Company» (США) и «Вектор-Бест» (Российская Федерация) в соответствии с инструкцией производителя. Статистический анализ полученных данных проводился при помощи программы Statistica 6.0.

Результаты и обсуждения. У всех пациентов в день госпитализации регистрировались низкие уровни специфических АТ, повышение уровней специфических IgM, а также повышение уровней ИНФ α и γ у пациентов 1-3 групп, но не у пациентов 4 группы. Определение показателей в динамике показало снижение уровня IgM, повышение уровней IgA и G и их авидности, а также уровней ИНФ α и γ во всех группах.

Выводы. Развитию кори у взрослых способствуют низкие уровни специфических АТ, низкая их авидность, а также снижение общей иммунологической реактивности организма. Низкая динамика нарастания уровней ИНФ и вирус-специфических Ig обуславливает развитие осложнений и влияет на тяжесть течения как заболевания, так и его осложнений. Предпосылкой легкого течения заболевания является значительное и раннее повышение уровней ИНФ и вирус-специфических Ig.

Ключевые слова: корь, иммунологическая реактивность, иммуноглобулины, авидность, интерферон.

THE NATURE OF A SPECIFIC IMMUNE RESPONSE TO MEASLES INFECTION OF VARYING SEVERITY

Veklych K. A., Popov M. M., Liadova T. I., Sorokina O. G.

Abstract. Since the beginning of the measles outbreak in Ukraine 4521 people with measles have been identified in Kharkiv and the Kharkiv region. Taking into account the peculiarities of the course of the disease and anamnestic data, it was interesting to determine the indicators of the immune response against which the disease developed.

Objective: to determine the nature of immunological reactions in measles infection of varying severity. **Object and methods.** The study included 65 patients with a diagnosis of measles who were treated at the Kharkiv region infectious hospital 2017 to 2019. Patients were divided into 4 groups depending on the severity of the disease and the presence of complications. The control group consisted of 20 healthy voluntary donors.

All patients included in the study were assessed for virus-specific Ig M, G, and A levels, IgG avidity, and INF α and γ levels. The indicators were determined by the ELISA method using test systems «XEMA» (Ukraine), «The Native Antigen Company» (USA) and «Vector-best» (Russian Federation) in accordance with the manufacturer's instructions. Statistical analysis of the obtained data was carried out using the program Statistica 6.0.

Results and discussion. All patients on the day of hospitalization had low levels of specific AB, increased levels of specific IgM, and increased levels of INF α and γ in patients of groups 1-3, but not in patients of group 4. Determination of indexes in dynamics showed a decrease in IgM levels, increase in levels of IgA and G and their avidity, as well as in levels of INF α and γ in all groups.

Conclusions. The development of measles in adults is facilitated by low levels of specific Ig, their low avidity, as well as a decrease in the overall immunological reactivity of the body. Low dynamics of increase in INF and virus-specific Ig levels causes the development of complications and affects the severity of both the disease and its complications. A prerequisite for a mild course of the disease is a significant and early increase in the levels of INF and virus-specific Ig.

Key words: measles, immunological reactivity, immunoglobulins, avidity, interferon.

Рецензент – проф. Коваль Т. І.
Стаття надійшла 12.10.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2020-4-158-104-108

УДК 616.89-008.48./454-054.5./73

Гальченко А. В.

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

dr.galchenko@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом НДР «Психосоціальна дезадаптація в осіб із психічними неприємними розладами (предиктори формування,

клініка, діагностика, реабілітація)», державний реєстраційний номер 0119U102861.

Вступ. Тривожно-депресивні розлади відзначаються значною розповсюдженістю у сучасному суспільстві, становлять вагомий вплив на працездатність

та якість життя населення [1]. Тривога – це природно сформована емоційна реакція, яка виникає в момент недиференційованої загрози чи спробі прогнозування розвитку певних подій, що приносить відчуття втрати впевненості. На противагу такій продуктивній тривозі, може сформуватися непродуктивна патологічна тривога, яка породжує відчуття безпорадності, страху і стає базисом для розвитку тривожних розладів [2]. Численні дослідження доводять спільність певних патогенетичних механізмів тривожно-депресивних розладів, хоча в МКХ-10 вони представлені як одна нозологія (рубрика F41), і як два різних клінічних феномена. Тривога та депресія, згідно сучасних досліджень, є коморбідними патологіями клінічних картин психічних, неврологічних та психосоматичних розладів, які негативно впливають на фізичну, психічну та соціальну адаптацію [3]. Для нас склало цікавість дослідження тривожно-депресивних станів у внутрішньо переміщених осіб, адже вимушене переселення призводить до відчуття втрати безпеки, стресу та підвищення рівня тривоги, що є провокуючим фактором для виникнення психосоціальної дезадаптації, межових невротичних розладів, формування психосоматичної патології.

Метою дослідження є вивчення психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб (ВПО) за наявності тривожно-депресивного розладу та пролонгованої депресивної реакції.

Об'єкт і методи дослідження. До дослідження за умов підписаної поінформованої згоди залучено ВПО з Донецької, Луганської областей та Криму, які перебували на лікуванні у КП «Обласний заклад з надання психіатричної допомоги ПОР» у період 2017-2019 р. У дослідженні брали участь 96 ВПО з встановленими діагнозами згідно МКХ-10 [4]:

- тривожно-депресивний розлад (F 41.2) – у 62 (64,6%) ВПО;
- пролонгована депресивна реакція (F 43.21) – у 34 (35,4%) ВПО.

Вік пацієнтів складав від 18 до 61 року, середній вік становив $39 \pm 5,1$ років. Проведено комплексне всебічне обстеження із застосуванням клініко-психопатологічного, психодіагностичного, психометричного методів та ретельного вивчення анамнезу життя. В процесі залучення пацієнтів до дослідження на етапі скринінгу застосовано «Шкалу психосоціальної дезадаптації» Л.О. Герасименко, А.М. Скрипнікова – для діагностики різноманітних форм та виразності психосоціальної дезадаптації [5]. Після проведеного скринінгового етапу пацієнтів розподілено на дві групи. До першої групи віднесено 56 ВПО з психосоціальною дезадаптацією та діагностованими тривожно-депресивним розладом або пролонгованою депресивною реакцією. Друга група сформована з 40 ВПО, яким встановлено діагноз тривожно-депресивний розлад або пролонговану депресивну реакцію та які не мали чітко окреслених форм психосоціальної дезадаптації. У ході подальшої роботи зі всіма досліджуваними ВПО проведено психодіагностичне обстеження, під час якого використовували шкалу Гамільтона для оцінки тривоги (HARS) (Краснов В.Н. 2008); шкалу Гамільтона для оцінки депресії (HDRS) (Юрьєва Л.Н., 2006).

Результати дослідження та їх обговорення. Згідно отриманих результатів дослідження встановлено, що між пацієнтами першої та другої груп існують зна-

Таблиця 1 – Розподіл ВПО обох груп за рівнем вираженості тривоги згідно шкали HARS

Тяжкість проявів	ВПО з ознаками дезадаптації, (n = 56)		ВПО без ознак дезадаптації, (n = 40)	
	абс.	%	абс.	%
Норма	19	33,9	13	32,5
Помірний рівень тривожності	15	26,8	19	47,5
Тяжкий рівень тривожності	22	39,3	8	20

чні відмінності в виразності тривоги, депресії, їх клінічних проявів та ступеню тяжкості.

У **таблиці 1** представлені результати обстеження згідно шкали Гамільтона для оцінки тривоги, які свідчать, що в групі дезадаптованих ВПО достовірно частіше ($p < 0,05$) визначався тяжкий рівень тривоги – у 22 (39,3 %) осіб, у порівнянні з групою ВПО без ознак дезадаптації – у 8 (20 %) осіб. У той час як помірний рівень тривожності достовірно частіше встановлений у ВПО без адаптації у 19 (47,5 %) осіб проти 15 (26,8 %) ВПО з ознаками дезадаптації. Тривога в межах норми досить однаково розподілилася в обох групах, у 19 (33,9 %) ВПО з ознаками дезадаптації та у 13 (32,5 %) ВПО без ознак дезадаптації. Дані демонструють вищі рівні тривоги в дезадаптованих осіб, що може свідчити про значимий взаємопоглиблюючий вплив патологічних станів з психосоціальною дезадаптацією.

Клінічна картина досліджуваних груп також носила суттєві розбіжності. Як видно з **таблиці 2**, у ВПО з ознаками психосоціальної дезадаптації показники майже за всіма симптомами були значуще вище у порівнянні з ВПО без ознак дезадаптації. У дезадаптованих ВПО на перший план клінічної характеристики виступали прояви тривоги як у психічній сфері, так і в соматичній, зокрема тривожний настрій ($2,16 \pm 0,61$) балів; інсомнія ($2,37 \pm 0,41$) балів; пригнічений настрій ($2,57 \pm 0,87$) балів; соматичні м'язові прояви ($2,18 \pm 0,51$) балів; кардіоваскулярні симптоми ($2,17 \pm 0,46$) балів. Пацієнти з ознаками дезадаптації скаржилися на постійне відчуття тривоги на фоні пригніченого настрою, внутрішню напругу, неможливість розслабитися через передчуття чогось страшного, надмірної чутливості до оточуючих подразників, що виснажувало і призводило до порушення сну, зниження уваги та пам'яті, емоційних коливань у виді дратівливості з включенням дисфорій.

Прояви тривоги у ВПО без ознак дезадаптації не досягали таких високих балів і, переважно, відносилися до психічної сфери і, в меншій мірі, до соматичної. Зокрема, визначалися виражені наступні симптоми тривоги: напруга ($2,1 \pm 0,91$) балів; когнітивні порушення ($2,04 \pm 0,5$) балів; вегетативні симптоми ($2,23 \pm 0,92$) балів. Особи цієї групи частіше зазначали у себе наявність переживань, внутрішнього напруження, які з'являлися під дією саме інформаційних чинників, таких як перегляд новин, телепередач, розмови на тему військових дій. Частіше зазначали зниження пам'яті, тяжкість концентрування уваги, особливо при відсутності повноцінного сну, періодичних головних болей та запаморочення.

Для ВПО з встановленою психосоціальною дезадаптацією характерні значні підвищення рівня тривожності у порівнянні з групою ВПО без ознак дезадаптації. Середній бал загального показника тривоги дезадаптованих ВПО значуще вище показника ВПО

без дезадаптації: (27,66 ± 4,41) проти (23,1 ± 4,05) балів. Відповідна закономірність спостерігається і у випадку показників психічної та соматичної тривоги: у ВПО з дезадаптацією – (11,91 ± 2,80) та (15,75 ± 2,61) балів відповідно, у ВПО без дезадаптації – (10,6 ± 4,58) та (12,5 ± 2,34) балів.

За результатами вивчення рівня депресії за шкалою Гамільтона (таблиця 3) у ВПО з ознаками дезадаптації діагностовано легкий ступінь – у 16 (28,6 %), середній ступінь тяжкості депресії – у 25 (44,6 %), тяжкий ступінь депресивних розладів виявлений у 12 (21,4 %) осіб, у 3 (5,4 %) осіб – вкрай тяжкий ступінь депресії. У групі ВПО без ознак дезадаптації легкий ступінь депресії встановлений у 21 (52,5 %) осіб, середній ступінь тяжкості депресії – у 13 (32,5 %), тяжкий ступінь депресії – у 5 (12,5 %) осіб, вкрай тяжкий ступінь депресії лише в 1 (2,5 %) особи.

Відповідно встановлено, що ступінь депресивного розладу у дезадаптованих ВПО з тривожно-депресивними розладами та пролонгованою депресивною реакцією достовірно частіше досягає середнього та важкого ступеня тяжкості, у той час як у ВПО з тими ж психоневротичними розладами, але без ознак дезадаптації у більшості випадків проявлялися у легкому ступені.

Більш детальний аналіз структури депресивної симптоматики за шкалою депресії Гамільтон у ВПО, що страждають на тривожно-депресивні розлади або пролонговану депресивну реакцію, з наявністю або відсутністю дезадаптації (табл. 4) свідчить, що в першій групі достовірно вищі бали майже у всіх симптомах депресії у порівнянні з другою, окрім середнього безсоння та критичності до свого стану.

Зокрема, у дезадаптованих ВПО провідні клінічні відмінності виявлені у наступній симптоматиці: депресивний настрій (2,83 ± 0,78) балів, раннє безсоння (труднощі у засипанні) (1,53 ± 0,27) балів, зниження працездатності з активністю (1,97 ± 0,82), психічна та соматична тривога (2,65 ± 0,54 та 2,05 ± 0,65). Значуще вищим виявився також інтегральний показник депресії у ВПО з ознаками дезадаптації – (22,89 ± 2,8) балів, у порівнянні з ВПО без ознак дезадаптації – (17,49 ± 0,71) балів.

Висновки. Отже, у ВПО з тривожно-депресивним розладом, пролонгованою депресивною реакцією та діагностованою психосоціальною дезадаптацією до

Таблиця 3 – Розподіл ВПО за рівнем вираженості депресії згідно шкали HDRS

Тяжкість проявів	ВПО з ознаками дезадаптації, (n=56)		ВПО без ознак дезадаптації, (n=40)	
	Абс.	%	Абс.	%
Норма	-	-	-	-
Легкий депресивний розлад	16	28,6	21	52,5
Депресивний розлад середнього ступеня тяжкості	25	44,6	13	32,5
Депресивний розлад важкого ступеня вираженості	12	21,4	5	12,5
Депресивний розлад вкрай важкого ступеня вираженості	3	5,4	1	2,5

Таблиця 2 – Вираженість тривожної симптоматики у ВПО за шкалою HARS

Тривожна симптоматика	ВПО з ознаками дезадаптації, n=56 (M ± m балів)	ВПО без ознак дезадаптації, n=40 (M ± m балів)	p
1. Тривожний настрій	2,16 ± 0,61	1,78 ± 0,73	<0,01
2. Напруга	1,72 ± 0,9	2,1 ± 0,91	>0,05
3. Страх	1,46 ± 0,73	0,86 ± 0,23	<0,05
4. Інсомнія	2,37 ± 0,41	1,82 ± 0,61	<0,01
5. Когнітивні порушення	1,63 ± 0,51	2,04 ± 0,5	>0,05
6. Пригнічений настрій	2,57 ± 0,87	2,0 ± 0,83	<0,05
7. Соматичні м'язові прояви	2,18 ± 0,61	1,67 ± 0,55	<0,01
8. Соматичні сенсорні прояви	1,99 ± 0,61	1,52 ± 0,42	<0,05
9. Кардіоваскулярні симптоми	2,17 ± 0,46	1,61 ± 0,45	<0,01
10. Респіраторні симптоми	1,86 ± 0,33	1,37 ± 0,6	<0,05
11. Шлунково-кишкові симптоми	2,0 ± 0,65	1,53 ± 0,21	<0,05
12. Сечостатевої системи симптоми	2,05 ± 0,57	1,36 ± 0,15	<0,01
13. Вегетативні симптоми	1,72 ± 1,0	2,23 ± 0,92	>0,05
14. Поведінка під час співбесіди	1,78 ± 0,36	1,21 ± 0,28	<0,05
Загальний показник тривоги	27,66 ± 4,41	23,1 ± 4,05	<0,01
Психічна тривога	11,91 ± 2,80	10,6 ± 4,58	<0,01
Соматична тривога	15,75 ± 2,61	12,5 ± 2,34	<0,01

стовірно вищий рівень вираженості тривоги та депресії у порівнянні з ВПО з тими ж психоневротичними розладами, але без ознак дезадаптації.

Перспективи подальших досліджень. Дане свідчить про вагомий вплив тривожно-депресивної симптоматики на формування психосоціальної дезадаптації і може бути використаним як мішень для психотерапевтичного впливу та психосоціального супроводу пацієнтів, направлених на підтримку їх адаптаційного ресурсу та покращення якості життя.

Таблиця 4 – Структура депресивної симптоматики у ВПО за шкалою HDRS

Депресивна симптоматика	ВПО з ознаками дезадаптації, n=56 (M ± m балів)	ВПО без ознак дезадаптації, n=40 (M ± m балів)	p
1. Депресивний настрій	2,83 ± 0,78	2,15 ± 0,39	<0,01
2. Почуття провини	0,76 ± 0,32	0,44 ± 0,25	<0,05
3. Суїцидальні наміри	0,41 ± 0,2	0,26 ± 0,14	<0,05
4. Раннє безсоння	1,53 ± 0,27	1,17 ± 0,1	<0,01
5. Середнє безсоння	1,27 ± 0,35	1,36 ± 0,28	>0,05
6. Пізнє безсоння	1,18 ± 0,29	0,99 ± 0,22	<0,05
7. Працездатність та активність	1,97 ± 0,82	1,48 ± 0,52	<0,01
8. Загальмованість	0,47 ± 0,28	0,29 ± 0,17	<0,05
9. Ажитация	1,33 ± 0,21	0,86 ± 0,18	<0,05
10. Психічна тривога	2,65 ± 0,54	2,21 ± 0,55	<0,01
11. Соматична тривога	2,05 ± 0,65	1,61 ± 0,5	<0,01
12. Шлунково-кишкові соматичні симптоми	0,86 ± 0,71	0,53 ± 0,21	<0,05
13. Генітальні симптоми	1,14 ± 0,42	0,95 ± 0,23	<0,05
14. Загальні соматичні симптоми	1,84 ± 0,32	1,39 ± 0,54	<0,01
15. Іпохондричні еквіваленти депресії	1,28 ± 0,54	0,91 ± 0,78	<0,05
16. Втрата апетиту та маси тіла	0,89 ± 0,17	0,63 ± 0,12	<0,05
17. Критичність до хвороби	0,43 ± 0,22	0,26 ± 0,15	>0,05
Загальний показник	22,89 ± 2,8	17,49 ± 0,71	<0,01

Література

1. Markova MV. Depressivnyye rasstroystva v seti pervichnoy meditsinskoj pomoshchi: iz «diagnosticheskikh nevidimok» – na arenу obshchemeditsinskoj praktiki. Medix. AntiAging. 2009;5(11):18-25. [in Russian].
2. Grin' KV. Terapiya rekurrentnykh depressivnykh rasstroystv s uchetom tsirkadiannosti. Aktual'ni problemy suchasnoyi medytsyny. 2013;13.2(42):156-62. [in Russian].
3. Lavrenko AV, Kaydashev IP. Metabolichnyy syndrom: aktual'nist' s'ohodni. Aktual'ni problemy suchasnoyi medytsyny: Visn. Ukr. med. stomat. akad. 2009;9(4.2):244. [in Ukrainian].
4. Skrypnikov AM, Herasymenko LA, Isakov RI. Diahnostychnyy protses u psykhiiatriyi. Poltava: ASMI; 2012. 128 s. [in Ukrainian].
5. Herasymenko LA. Nova metodyka diahnostryky psykhosotsial'noyi dezadaptatsiyi. Likars'ka sprava. 2018;1(2):82-8. [in Ukrainian].

ПСИХОСОЦІАЛЬНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ Гальченко А. В.

Резюме. Тривога та депресія, згідно сучасних досліджень, є коморбідними патологіями клінічних картин психічних, неврологічних та психосоматичних розладів, які негативно впливають на фізичну, психічну та соціальну адаптацію. Для нас склало цікавість дослідження тривожно-депресивних станів у внутрішньо переміщених осіб, адже вимушене переселення призводить до відчуття втрати безпеки, стресу та підвищення рівня тривоги, що є провокуючим фактором для виникнення психосоціальної дезадаптації, межових невротичних розладів, формування психосоматичної патології.

Метою дослідження стало вивчення психосоціальної дезадаптації у внутрішньо переміщених осіб за наявності тривожно-депресивного розладу та пролонгованої депресивної реакції. Обстежено 96 внутрішньо переміщених осіб з Донецької, Луганської областей та Криму з діагностованими тривожно-депресивним розладом (F 41.2) або пролонгованою депресивною реакцією (F 43.21). У ході дослідження сформовано дві групи з внутрішньо переміщених осіб з психосоціальною дезадаптацією та осіб з тими ж психоневротичними розладами, але без ознак психосоціальної дезадаптації.

За результатами проведеного дослідження встановлено, що у внутрішньо переміщених осіб з тривожно-депресивним розладом, пролонгованою депресивною реакцією та діагностованою психосоціальною дезадаптацією достовірно вищий рівень вираженості тривоги та депресії у порівнянні з внутрішньо переміщеними особами без ознак дезадаптації. У дезадаптованих осіб на першій план клінічної характеристики виступали прояви тривоги як у психічній сфері, так і в соматичній. Прояви тривоги в осіб без ознак дезадаптації не досягали таких високих балів і, переважно, відносилися до психічної сфери і, в меншій мірі, до соматичної. Дане може бути використаним як мішень для психотерапевтичного впливу та психосоціального супроводу пацієнтів, направлених на підтримку їх адаптаційного ресурсу та покращення якості життя.

Ключові слова: психосоціальна дезадаптація, тривожно-депресивні розлади, пролонгована депресивна реакція, внутрішньо переміщені особи.

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ ДЕЗАДАПТАЦИЯ У ВНУТРЕННЕ ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Гальченко А. В.

Резюме. Тревога и депрессия, согласно современным исследованиям, является коморбидными патологиями клинических картин психических, неврологических и психосоматических расстройств, которые негативно влияют на физическую, психическую и социальную адаптацию. Для нас составило интерес исследования тревожно-депрессивных состояний у внутренне перемещенных лиц, ведь вынужденное переселение приводит к ощущению потери безопасности, стресса и повышения уровня тревоги, что является провоцирующим фактором для возникновения психосоциальной дезадаптации, пограничных невротических расстройств, формирования психосоматической патологии.

Целью исследования стало изучение психосоциальной дезадаптации во внутренне перемещенных лиц при наличии тревожно-депрессивного расстройства и пролонгированной депрессивной реакции. Обследовано 96 внутренне перемещенных лиц из Донецкой, Луганской областей и Крыма с диагностированными тревожно-депрессивным расстройством (F 41.2) или пролонгированной депрессивной реакцией (F 43.21). В ходе исследования сформированы две группы из внутренне перемещенных лиц с психосоциальной дезадаптацией и лиц с теми же психоневротическими расстройствами, но без признаков психосоциальной дезадаптации.

По результатам проведенного исследования установлено, что в внутренне перемещенных лиц с тревожно-депрессивным расстройством, пролонгированным депрессивной реакцией и диагностированной психосоциальной дезадаптацией достоверно более высокий уровень выраженности тревоги и депрессии по сравнению с внутренне перемещенными лицами без признаков дезадаптации. У дезадаптированных лиц на первый план клинической характеристики выступали проявления тревоги как в психической сфере, так и в соматической. Проявления тревоги у лиц без признаков дезадаптации не достигали таких высоких баллов и преимущественно относились к психической сфере и, в меньшей степени, к соматической. Данное может быть использовано в качестве мишени для психотерапевтического воздействия и психосоциального сопровождения пациентов, направленных на поддержку их адаптационного ресурса и улучшения качества жизни.

Ключевые слова: психосоциальная дезадаптация, тревожно-депрессивные расстройства, пролонгированная депрессивная реакция, внутренне перемещенные лица.

PSYCHOSOCIAL MALADAPTATION IN INTERNALLY DISPLACED PERSONS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

Halchenko A. V.

Abstract. Anxiety and depression, according to modern research, are comorbid pathologies of clinical pictures of mental, neurological and psychosomatic disorders that negatively affect physical, mental and social adaptation. We were interested in the study of anxiety and depression in internally displaced persons, because forced relocation leads to feelings of loss of security, stress and increased anxiety, which is a provoking factor for psychosocial maladaptation, borderline neurotic disorders, psychosomatic pathology.

The aim of the study was to study psychosocial maladaptation in internally displaced persons in the presence of anxiety-depressive disorder and prolonged depressive reaction. 96 internally displaced persons from Donetsk, Luhansk oblasts and the Crimea were diagnosed with anxiety-depressive disorder (F 41.2) or prolonged depressive reaction (F 43.21). The study formed two groups of internally displaced persons with psychosocial maladaptation and persons with the same psychoneurotic disorders, but without signs of psychosocial maladaptation.

The study found that internally displaced persons with anxiety and depressive disorder, prolonged depressive reaction and diagnosed with psychosocial maladaptation had a significantly higher level of anxiety and depression compared to internally displaced persons without signs of maladaptation. In maladapted individuals to the forefront of clinical characteristics were manifestations of anxiety in both the mental and somatic spheres. Manifestations of anxiety in persons without signs of maladaptation did not reach such high scores and, mainly, belonged to the mental sphere and, to a lesser extent, to the somatic sphere. This can be used as a target for psychotherapeutic influence and psychosocial support of patients, aimed at maintaining their adaptive resource and improving the quality of life.

Key words: psychosocial maladjustment, anxiety and depression disorders, prolonged depressive reaction, internally displaced persons.

*Рецензент – проф. Скрипніков А. М.
Стаття надійшла 26.10.2020 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2020-4-158-108-113

УДК 616-089.168-06:616.89-008.452-02-07

Демітер І. М., Воротинцев С. І., Доля О. С.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ДЕЛІРІЮ В НЕКАРДІАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ

Запорізький державний медичний університет (м. Запоріжжя)

demiterinna@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Запорізького державного медичного університету: «Періопераційне лікування пацієнтів похилого та старечого віку», № державної реєстрації 0117U006955.

Вступ. Післяопераційний делірій (ПОД) – гостре ускладнення після хірургічних втручань, яке може виникнути у пацієнтів будь-якого віку, від дітей до літніх людей. Частота захворюваності різниється, на що суттєво впливають фактори ризику, сприятливі, ті що пов'язані з пацієнтом, та провокуючі, які залежать від періопераційної тактики ведення. За даними Європейської спілки анестезіологів ПОД зустрічається у всіх вікових групах частіше, коли оперативне втручання серйозне та проводиться в екстреному порядку [1]. Наприклад при переломах шийки стегна інцидентність ПОД варіює від 16% до 43,9%, при оперативних втручаннях на аорті від 46% до 52,2% [2], при ургентних абдомінальних операціях – 33% [3].

Серед факторів ризику, пов'язаних з пацієнтом припускають наступні: вік, стать, зловживання алкоголю, когнітивний дефіцит, депресія, анемія, гіпопротеїнемія, проте дані дослідників щодо ролі та значущості кожного з них різняться.

За даними Дуге СВ та співавт. [4] частота післяопераційного делірію у пацієнтів похилого віку може сягати 73,5%. Вважається, що люди похилого віку мають підвищений ризик розвитку ПОД, за рахунок сукупності когнітивного дефіциту, супутньої патології, крихкості, полімедикації, гіпотрофії та старін-

ня [5]. Abelha FJ та спів., провівши багатофакторний аналіз, визначили, що вік, старше 65 років, серцева недостатність та невідкладна хірургія є незалежними предикторами розвитку делірію [6].

В міру збільшення популяції літніх людей збільшується кількість дорослих пацієнтів, які звертаються за хірургічним втручанням. Розвиток делірію після операції мають деякі суттєві наслідки для результатів лікування пацієнтів; а саме, зниження когнітивної функції [7], виникнення тривалої деменції, збільшення тривалості перебування в лікарні [8], підвищення летальності та збільшення витрат на лікування [9].

Мета дослідження. Оцінити інцидентність ПОД та визначити вплив факторів ризику на розвиток ПОД.

Об'єкт і методи дослідження. Після проходження Комісії з питань біоетики в Запорізькому державному медичному університеті та отримання інформованої згоди, в одноцентрове проспективне дослідження були послідовно включені 46 пацієнтів похилого віку, яким виконувалися оперативні втручання на органах черевної порожнини в ургентному порядку. Пацієнти, що мали в анамнезі черепно-мозкову травму або інсульт з неврологічними порушеннями у вигляді сенсорно-моторної афазії та геміплегії були виключені з дослідження.

Пацієнтам визначали рівень зношеності, ризик виникнення ПОД, когнітивних порушень, рівень сечації та ажитації, проводили скринінг делірію. Рівень зношеності визначали за шкалою Frailty [10], де враховувалися наступні показники: кількість супутніх захворювань, оцінка за шкалою Mini-Cog, рівень альбуміну або загального білку, гематокрит, необхідність