



ISSN 2414-4517
DOI 10.35339/ekm

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА І КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА

2021

90 (2)



Експериментальна і клінічна медицина

2021. Том 90, № 2

Експериментальна і клінічна медицина

Науково-практичний журнал

Періодичність видання –
4 рази на рік

Заснований у вересні 1998 року

**Засновник, редакція та видавець –
Харківський національний
медичний університет**

Свідоцтво про державну реєстрацію
друкованого засобу ЗМІ
КВ № 16434-4905ПР від 21.01.2010

Журнал віднесено до наукових фахових
видань України в галузі медичних наук,
категорія Б

(додаток 5 до наказу Міністерства освіти
і науки України від 24.09.2020 № 1188)

Координатор редакції О.С. Шевченко
Редактор Н.О. Соколова

Адреса редакції та видавця:

Україна, 61022, Харків, пр. Науки, 4

Тел. +38 (066) 710-10-25

E-mail: ekm.journal@knmu.edu.ua

as.shevchenko@knmu.edu.ua

Сайт: <https://ecm.knmu.edu.ua>

Свідоцтво про внесення до Державного
реєстру суб'єктів видавничої справи
ДК№ 3242 від 18.07.2008

Номер рекомендовано до друку

Вченою радою ХНМУ

(протокол № 7 від 24.06.2021)

Підписано до друку 30.06.2021

Ум. друк. арк.

Обл.-вид. арк.

Формат 60x84 1/8. Папір офс.

Друк. офс.

Тираж 500 пр. Зам. №

Надруковано в редакційно-видавничому
відділі ХНМУ

Головний редактор *В.А. Капустник*

Почесний головний редактор *В.М. Лісовий*

Заступник головного редактора *В.В. М'ясоєдов*

Редакційна колегія

*В.В. Гаргін, С.Н. Григоров, Ю.Б. Григоров,
І.В. Завгородній, О.М. Ковальова, Г.М. Кожина,
В.М. Козько, І.І. Князькова, М.І. Краснов,
Л.С. Кривенко, І.А. Криворучко, В.А. Огнев,
О.Ю. Степаненко, І.А. Тарабан,
Т.В. Чайченко, Д.В. Щукін*

Редакційна рада

*Н.М. Андон'єва (Харків), О.Я. Бабак (Харків),
П.А. Бездітко (Харків), О.М. Біловол (Харків),
В.В. Бойко (Харків),
Дженс П. Бонд (Копенгаген, Данія),
Ірина Бьоккельман (Магдебург, Німеччина),
О.Я. Гречаніна (Харків),
Ю.В. Думанський (Донецьк–Красний Лиман),
Д.І. Заболотний (Київ), М.О. Колесник (Київ),
М.О. Корж (Харків), І.Ф. Костюк (Харків),
В.В. Лазоришинець (Київ), В.І. Лупальцов (Харків),
В.Д. Марковський (Харків), В.В. Мінухін (Харків),
Г.П. Рузін (Харків), А.М. Сердюк (Київ),
Даніела Стрітт (Кройцлінген, Швейцарія),
А.О. Терещенко (Харків), Ю.І. Феценко (Київ)*

Видання індексується в Google Scholar

Індекси DOI обслуговуються базою даних CrossRef

Електронні копії статей, що публікуються, надсилаються до Національної бібліотеки
ім. В.І. Вернадського для відкритого доступу в режимі online.



Experimental and Clinical Medicine

2021. Vol. 90, No.2

Experimental and Clinical Medicine

Scientific and practical journal

Frequency of publication –
4 times a year

Founded in September 1998

Founder, editor and publisher –

***Kharkiv National
Medical University***

Certificate of state registration
of a print media
KV No.16434-4905PR on 21 Jan 2010

The journal is referred to the scientific
professional publications of Ukraine in the
field of medical sciences, category B
(Annex 5 to the order of the Ministry of
Education and Science of Ukraine
on 24 Sep 2020 No.1188)

Editorial coordinator A.S. Shevchenko
Editor N.O. Sokolova

Editorial and publisher address:

Ukraine, 61022, Kharkiv, Nauki Ave., 4
Tel. +38 (066) 710-10-25
E-mail: ekm.journal@knmu.edu.ua
as.shevchenko@knmu.edu.ua
Website: <https://ecm.knmu.edu.ua>

Certificate of inclusion in the State Register
of Publishing Entities
DK No.3242 on 18 Jul 2008

Number recommended for printing
Academic Council of KhNMU
(protocol No.7 on 24 Jun 2021)
Signed for printing 30 Jun 2021
Cond. print. shts.

Cov.-print. shts.
Format 60x84 1/8. Offset paper.
Offset print.

Circulation 500 copies. Order No.
Published in the editorial and publishing
department of KhNMU

Editor-in-Chief *V.A. Kapustnyk*

Honorary Editor-in-Chief *V.M. Lisovyi*

Deputy Editor *V.V. Myasoedov*

Editorial Board

*V.V. Gargin, S.N. Grigorov, Yu.B. Grigorov,
I.V. Zavgorodnii, O.M. Kovalyova, H.M. Kozhyna,
V.M. Kozko, I.I. Kniazkova, M.I. Krasnov,
L.S. Kryvenko, I.A. Kryvoruchko, V.A. Ohniev,
O. Stepanenko, I.A. Taraban,
T.V. Chaychenko, D.V. Shchukin*

Editorial Council

*N.M. Andonieva (Kharkiv, Ukraine),
O.Ya. Babak (Kharkiv), P.A. Bezditko (Kharkiv),
O.M. Bilovol (Kharkiv), V.V. Boyko (Kharkiv),
J.P. Bond (Copenhagen, Denmark),
I. Böckelmann (Magdeburg, Deutschland),
O.Ya. Grechanina (Kharkiv),
Yu.V. Dumanskyi (Donetsk–Krasnyi Lyman),
D.I. Zabolotnyi (Kyiv, Ukraine), M.O. Kolesnyk (Kyiv),
M.O. Korzh (Kharkiv), I.F. Kostyuk (Kharkiv),
V.V. Lazoryshynets (Kyiv), V.I. Lupaltsov (Kharkiv),
V.D. Markovskiy (Kharkiv), V.V. Minukhin (Kharkiv),
G.P. Ruzin (Kharkiv), A.M. Serdyuk (Kyiv),
D. Stritt (Kreuzlingen, Switzerland),
A.O. Tereshchenko (Kharkiv), Yu.I. Feshchenko (Kyiv)*

*The publication is indexed in Google Scholar.
DOI indexes are served by the CrossRef database.*

*Electronic copies of published articles are sent to the V.I. Vernadsky National Library
for open access online.*



ЗМІСТ

Теоретична і експериментальна медицина

Вплив алкоголю на морфо-
функціональний стан яєчників у
ВІЛ-інфікованих жінок

М.В. Литвиненко

Офтальмологія

До питання кадрового
офтальмохірургічного забезпечення
українських лікарень

О. Сауд, Р. Павлів

Соціальна медицина та охорона громадського здоров'я

Питання пацієнтоорієнтованої
організації паліативної та хоспісної
допомоги в Україні

І.А. Голованова, О.С. Шевченко

Інформована згода паліативних хворих
на участь у дослідженні якості життя

В.Г. Нестеренко

CONTENT

Theoretical and Experimental Medicine

6 Effect of alcohol on the morpho-
functional state of the ovaries in HIV-
infected women

M. V. Lytvynenko

Ophthalmology

13 On the subject of ophthalmic surgery
staffing in Ukrainian hospitals

O. Saoud, R. Pavliv

Social Medicine and Public Health

21 The issue of patient-oriented organization
of palliative and hospice care in Ukraine

I. A. Holovanova, A. S. Shevchenko

28 Informed consent of palliative patients to
participate in quality of life research

V. G. Nesterenko

**Психіатрія, наркологія
та медична психологія**

**Psychiatry, Narcology
and Medical Psychology**

- | | | |
|--|----|--|
| Оцінка психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа їх медико-психологічної підтримки <i>О.М. Каплож</i> | 35 | Assessment of the psycho-emotional state of dementia patient`s family members as the basis of their medical and psychological support <i>O.M. Kaploukh</i> |
| Клінічна феноменологія тривожних розладів у хворих на гіпотиреоз <i>С.І. Невзорова</i> | 41 | Clinical phenomenology of anxiety disorders in patients with hypothyroidism <i>S.I. Nevzorova</i> |
| Персоніфікована модель психотерапевтичної підтримки хворих на COVID-19 <i>І.В. Лещина</i> | 46 | Personalized model of psychotherapeutic support for patients with COVID-19 <i>I.V. Leshchyna</i> |
| Гендерний аналіз специфіки невротичних розладів у різних категорій осіб, які постраждали від бойових дій <i>К.О. Зеленська</i> | 52 | Gender analysis of the specificity of neurotic disorders in different categories of persons affected by hostilities <i>K.O. Zelenska</i> |
| Соціально-психологічні предиктори розвитку дезадаптації іноземних студентів англомовної форми навчання <i>О.В. Васильєва</i> | 58 | Socio-psychological predictors of the development of maladjustment in foreign students of the English- language form of education <i>O.V. Vasylieva</i> |

Теоретична і експериментальна медицина

УДК 616-01/09:616-091.811:618-019

ВПЛИВ АЛКОГОЛЮ НА МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЯЄЧНИКІВ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК

*Литвиненко М.В.**Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна*

Особливою когортою людей, що потребують пильної уваги в плані раннього виявлення ВІЛ є жінки. Метою нашої роботи стало визначення впливу алкоголю на морфо-функціональний стан яєчників у ВІЛ-позитивних жінок. Був досліджений секційний матеріал від 100 жінок репродуктивного віку, яких було розподілено на чотири групи за критеріями наявності ВІЛ-інфекції та хронічного алкоголізму. В результаті дослідження встановлено, що негативний вплив ВІЛ-інфекції може бути підсиленим за рахунок зловживання алкоголем. Група ВІЛ-позитивних жінок, які страждали на алкоголізм, була визначена як особлива група пацієнток. Ці жінки потребували додаткової уваги, своєчасної та ефективної медичної допомоги. Такі факти були обумовлені вираженістю патологічних змін внаслідок ВІЛ-інфекції, хронічного алкоголізму та комбінації зазначених факторів. Було зроблено висновок, що хронічний алкоголізм негативно впливає на морфо-функціональний стан яєчників ВІЛ-позитивних жінок. Під впливом ВІЛ-інфекції виникають деструктивні, дегенеративні, склеротичні зміни у структурі яєчників.

Ключові слова: ВІЛ, яєчник, фолікул, хронічний алкоголізм.



Цитуйте українською: Литвиненко МВ. Вплив алкоголю на морфо-функціональний стан яєчників у ВІЛ-інфікованих жінок.

Експериментальна і клінічна медицина. 2021;90(2):6-12.

<https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.lmv>

Cite in English: Lytvynenko MV. Effect of alcohol on the morpho-functional state of the ovaries in HIV-infected women.

Experimental and Clinical Medicine. 2021;90(2):6-12.

<https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.lmv> [in Ukrainian].

Вступ

На теперішній час відомо, що більше 35 млн людей в світі є ВІЛ-інфікованими [1], половина з яких припадає на жіноче населення [2]. Щоденний приріст ВІЛ-інфікованих складає до 7400 людей. Таким чином, враховуючи стрімке розповсюдження серед населення різних країн світу, можна говорити про початок пандемії ВІЛ-інфекції [3]. Все це потребує удосконалення діагностики та ефективного лікування ВІЛ. Особливою ко-

гортою людей, що потребують пильної уваги в плані раннього виявлення ВІЛ є жінки [4], адже попри стрімке щоденне збільшення випадків інфікування серед жіночого населення, первинні симптоми ВІЛ-інфекції є маловираженими [5], що потребує додаткових методів діагностики з метою раннього виявлення хвороби та своєчасного її лікування. На жаль, для ВІЛ-інфікованих людей характерною є наявність супутніх захворювань. Однією із проблем, які доволі

часто зустрічаються серед ВІЛ-позитивних людей, є надмірне вживання алкоголю [6]. При цьому жінки також є більш уразливою групою населення, оскільки відомим є факт тяжкого перебігу алкоголізму серед жінок [7].

У більшості випадків вхідними воротами для ВІЛ-інфекції є репродуктивна система [8]. Тож, саме органи репродуктивної системи є одними із перших, що реагують на проникнення вірусу та представляють інтерес як для гінекологів, так і для лікарів інших суміжних спеціальностей.

Патологічні зміни, обумовлені інфікуванням ВІЛ, виникають практично у кожному органі репродуктивної системи. Одним із найважливіших органів, що відіграє ключову роль забезпеченні фізіологічного функціонування репродуктивної системи, є яєчник [9]. В той же час яєчники є надзвичайно чутливими органами до дії як фізіологічних (вік), так і патологічних факторів [10]. Враховуючи все вищенаведене, метою нашої роботи стало визначення впливу алкоголю на морфо-функціональний стан яєчників у ВІЛ-позитивних жінок.

Матеріал та методи

Під дослідження потрапив секційний матеріал, що було відібрано у 100 осіб жіночої статі репродуктивного віку, яких було розподілено на чотири групи за критеріями наявності ВІЛ-інфекції та хронічного алкоголізму. До першої групи було включено секційний матеріал, відібраний у жінок, які страждали на хронічний алкоголізм. Основною ознакою, що підтверджувала наявність даного захворювання стала наявність алкогольного цирозу печінки. До другої групи увійшов секційний матеріал жінок, у яких лабораторно було підтверджено ВІЛ-інфекцію. Третю групу становив секційний матеріал ВІЛ-позитивних жінок із наявністю супутнього хронічного алкоголізму. Четверта

(контрольна) група – секційний матеріал ВІЛ-негативних жінок без ознак зловживання алкоголем та патології репродуктивної системи, які померли від причин, не пов'язаних із статевою системою (нещасні випадки та ін.).

Секційний матеріал було фіксовано в 10 % забуференому нейтральному розчині формаліну, після чого проводилась заливка парафіном. З підготовлених блоків було виготовлено зрізи завтовшки 5×10^{-6} м. Зрізи фарбувалися гематоксиліном та еозинном.

Мікроскопічне дослідження проводили на мікроскопі "Olympus BX41" (Японія) з подальшим морфометричним дослідженням за допомогою програми "Olympus DP-soft 3.12".

Увага приділялася дослідженню таких основних параметрів як: товщина епітелію, товщина білкової оболонки, товщина кіркової речовини, товщина мозкової речовини, діаметр примордіального фолікулу, кількість первинних, вторинних, третинних фолікулів, кількість атретичних фолікулів, відносний об'єм сполучної тканини.

Статистична обробка проводилась за допомогою програми Microsoft Excel 2010 за допомогою додатку Attestat 12.0.5. Оцінку вірогідності розбіжностей порівнюваних показників проводили з використанням t-критерію Стьюдента. Усі значення було виражено як середні із урахуванням стандартної помилки середнього. Прийнятний рівень достовірних значення вважався $p \leq 0,05$.

Результати

За ходом виконання дослідження виявлено достовірні зміни у структурі яєчника у всіх трьох досліджуваних групах порівняно з контрольною. Результати представлені у *табл. 1*.

При дослідженні товщини епітелію виявлено, що цей показник є мінімальним у групі ВІЛ-позитивних жінок та

Таблиця 1. Морфометричні показники яєчника досліджуваних та контрольної груп

| Показник | Група порівняння | ВІЛ-інфіковані жінки | Алкоголізм | ВІЛ-інфекція та алкоголізм |
|---|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------------|
| Товщина епітелію, $\times 10^{-6}$ м | 12,37 \pm 1,49 | 8,13 \pm 1,36* | 9,56 \pm 1,42* | 8,28 \pm 1,48* |
| Товщина білкової оболонки, $\times 10^{-6}$ м | 27,54 \pm 1,43 | 38,88 \pm 1,31* | 38,54 \pm 1,77* | 42,16 \pm 2,04* |
| Товщина кіркової речовини, $\times 10^{-6}$ м | 2132,08 \pm 19,67 | 1449,77 \pm 20,73* | 1233,07 \pm 19,74* | 1229,18 \pm 22,78* |
| Товщина мозкової речовини, $\times 10^{-6}$ м | 856,40 \pm 14,87 | 1281,23 \pm 16,94* | 1485,21 \pm 18,41* | 1481,20 \pm 19,88* |
| Діаметр примордіального фолікулу, $\times 10^{-6}$ м | 39,32 \pm 1,92 | 34,12 \pm 1,08 | 33,19 \pm 1,45* | 33,27 \pm 1,92 |
| Кількість первинних фолікулів, 1×10^4 м ² | 12,63 \pm 1,48 | 7,13 \pm 1,03* | 6,32 \pm 0,77* | 6,85 \pm 0,84* |
| Количество вторинних фолікулів на площі, 1×10^4 м ² | 8,94 \pm 0,95 | 3,31 \pm 0,64* | 3,01 \pm 0,81* | 2,40 \pm 0,33* |
| Кількість третинних фолікулів, 1×10^4 м ² | 3,12 \pm 0,47 | 1,50 \pm 0,44* | 1,22 \pm 0,36* | 0,82 \pm 0,11* |
| Кількість атретичних фолікулів, 1×10^4 м ² | 1,81 \pm 0,54 | 5,13 \pm 0,61* | 4,42 \pm 0,45* | 2,38 \pm 0,51* |
| Відносний об'єм сполучної тканини, % | 69,71 \pm 5,44 | 89,81 \pm 8,12* | 85,22 \pm 7,36* | 92,29 \pm 9,61* |

Примітка: * – достовірна різниця значень порівняно з контрольною групою.

становить [(8,13 \pm 1,36) $\times 10^{-6}$ м], максимальним – у контрольній групі [(12,37 \pm 1,49) $\times 10^{-6}$ м]. При цьому у групі ВІЛ-інфікованих він є навіть на 1,8 % меншим за групу осіб із комбінацією ВІЛ-інфекції та хронічного алкоголізму [(8,28 \pm 1,48) $\times 10^{-6}$ м] та на 14,96 % [(9,56 \pm 1,42) $\times 10^{-6}$ м] меншим за групу жінок, що зловживали алкоголем.

Зміни встановлено і при дослідженні товщини білкової оболонки. Максимальною за товщиною вона є у ВІЛ-позитивних жінок, що страждали на хронічний алкоголізм, у них вона становила [(42,16 \pm 2,04) $\times 10^{-6}$ м], що було на

9,39 % більше за аналогічний показник у групі жінок, які надмірно вживали алкоголь [(38,54 \pm 1,77) $\times 10^{-6}$ м] та 8,44 % більше за показник у групі ВІЛ-інфікованих [(38,88 \pm 1,31) $\times 10^{-6}$ м]. Мінімальною товщиною білкової оболонки була в контрольній групі [(27,54 \pm 1,43) $\times 10^{-6}$ м].

При подальшому дослідженні також визначались зміни у товщині кіркової та мозкової речовини яєчників. Мінімальною товщиною кіркового шару визначалась у жінок із ВІЛ-позитивним статусом на фоні супутнього алкоголізму [(1229,18 \pm 22,78) $\times 10^{-6}$ м]. Проте слід

відмітити, що цей показник лише на 0,3 % перевищував аналогічний у групі осіб, що зловживали алкоголем та на 1,18 % – у ВІЛ-інфікованих жінок без супутнього алкоголізму. У контрольній групі показник товщини кіркового шару яєчника був максимальним та становив $[(2132,08 \pm 19,67) \times 10^{-6} \text{ м}]$. При цьому дещо відрізнялись показники товщини мозкової речовини: найбільші були притаманні групі осіб, що страждали на хронічний алкоголізм $[(1485,21 \pm 18,41) \times 10^{-6} \text{ м}]$, що було на 0,27 % більше за показник товщини визначений у ВІЛ-інфікованих із супутнім алкоголізмом та на 13,73 % – за людей із ВІЛ-інфекцією, які не зловживали алкоголем.

На наступному етапі визначено прогресивне зменшення кількості фолікулів усіх типів. Мінімальні показники кількості як первинних $[(6,85 \pm 0,841) \times 10^{-4} \text{ м}^2]$, вторинних $[(2,40 \pm 0,331) \times 10^{-4} \text{ м}^2]$, так і третинних фолікулів $[(0,82 \pm 0,111) \times 10^{-4} \text{ м}^2]$ були притаманні групі жінок із ВІЛ-інфекцією та ознаками хронічного алкоголізму. Дещо більшу кількість фолікулів було виявлено у осіб, які надмірно вживали алкоголь $[(6,32 \pm 0,77), (3,01 \pm 0,81) \text{ та } (1,22 \pm 0,361) \times 10^{-4} \text{ м}^2]$ відповідно до наведеного вище порядку) та у ВІЛ-позитивних жінок $[(7,13 \pm 1,03), (3,31 \pm 0,64) \text{ та } (1,50 \pm 0,44) \times 10^{-4} \text{ м}^2]$. Максимальні значення виявлені при дослідженні секційного матеріалу контрольної групи $[(12,63 \pm 1,48), (8,94 \pm 0,95) \text{ та } (3,12 \pm 0,47) \times 10^{-4} \text{ м}^2]$. Прогресивне зменшення кількості фолікулів у всіх трьох досліджуваних групах поєднується із збільшенням кількості атретичних фолікулів, максимальна кількість яких визначена при дослідженні матеріалу, відібраного у жінок, що мали ВІЛ-позитивний статус $[(5,13 \pm 0,611) \times 10^{-4} \text{ м}^2]$, на 13,84 % даний показник був меншим у жінок, що зловживали алкоголем та на 53,6 % – у ВІЛ-позитив-

них осіб, які страждали на алкоголізм. Окрім того, у всіх трьох групах відмічалося збільшення відносного об'єму сполучної тканини, який був максимальним при поєднанні ВІЛ-інфікування та алкоголізму $(92,29 \pm 9,61)$, дещо меншим – у ВІЛ-позитивних жінок $(89,81 \pm 8,12)$ % та жінок, що надмірно вживали алкоголь $(85,22 \pm 7,36)$ %. Тоді як в контрольній групі показник об'єму сполучної тканини був найменшим $(69,71 \pm 5,44)$ %.

Обговорення

Таким чином в результаті проведеного дослідження можна припустити, що надмірне вживання алкоголю та ВІЛ-позитивний статус у жінок спричиняють зміни будови яєчників. Враховуючи, що при дослідженні більшості параметрів нами було отримано достовірно мінімальні значення саме в групі ВІЛ-інфікованих осіб із супутнім захворюванням на хронічний алкоголізм, можна припустити, що ці два фактори підсилюють свій негативний вплив на статеву систему, зокрема – на яєчник. Під час дослідження спостерігалось достовірно зменшення товщини функціонально активної кіркової речовини яєчника у кожній із досліджуваних груп, що узгоджувалось із прогресивним зменшенням фолікулів всіх типів. Мінімальними ці показники були також у осіб із ВІЛ-інфекцією та хронічним алкоголізмом. Тож у жінок кожної із досліджуваних груп, а особливо ВІЛ-позитивних, що страждають на хронічний алкоголізм, можна очікувати ознаки гормонального дисбалансу [11], що обумовлено зниженням продукції естрогенів за рахунок скорочення кількості фолікулів. Результатом цього може стати проблеми репродуктивної функції, раннє настання клімактеричних змін.

Таким чином, враховуючи без- або малосимптомність перебігу ВІЛ-інфекції [12], встановлення вірного діагнозу

інколи є досить важким завданням для практикуючого лікаря. Саме тому на нашу думку, можливо, доцільним було б виділити групи симптомів, які б вказували на необхідність призначення лабораторних аналізів з метою ранньої діагностики ВІЛ. Саме таким маркерами могли б стати описані патологічні зміни з боку репродуктивних органів).

Отримані нами результати роботи можуть бути застосовані при розробці програм автоматичної обробки зображень, що є одним з викликів сучасної патоморфології [13].

Безумовне важливе зіставлення результатів нашої роботи з попередніми даними. Слід визначити їх вагому відповідність з раніше надрукованими результатами [14; 15].

Також, як виявлено при виконанні роботи, наявність ВІЛ-позитивного статусу, а особливо в поєднанні з хронічним алкоголізмом є основним чинником, що може викликати склеротичні зміни в паренхімі яєчника. Ці зміни виражаються в збільшенні об'єму сполучної тканини. До того для досліджуваних груп було характерно збільшення білкової оболонки та розростання мозкової речовини.

Як видно із проведеного дослідження, ВІЛ-інфекція та хронічний алкоголізм мають вплив на жіночу репродуктивну систему. Для групи осіб, які зловживали алкоголем, характерні більш виражені зміни, які проявляються порушенням балансу між кірковою та мозковою речовиною, що поєднане зі збільшенням товщини останньої, що до того ж перекликається із зменшенням товщини епітелію яєчника. Ці ознаки можуть бути маркером розвитку склеротичних процесів у органі, що можуть виникати як результат надмірного довготривалого вживання алкоголю.

ВІЛ-інфекція також зумовлює свій негативний вплив на репродуктивне

здоров'я жінки. При цьому при дослідженні секційного матеріалу групи ВІЛ-інфікованих жінок також спостерігаються явища-маркери розвитку склеротичних процесів (зменшення товщини епітелію, потовщення білкової оболонки, збільшення вмісту сполучної тканини), хоча і виражені вони в дещо меншій мірі за показники попередньої групи.

При комбінації ВІЛ-інфекції та алкоголізму практично всі досліджувані показники приймають «крайні значення», що поєднується із вираженими ознаками, які можуть говорити про розвиток склеротичних змін, як описано і в попередніх досліджуваних групах. До того ж яскраво вираженим у всіх трьох групах є дисбаланс за фолікулярним складом. Так спостерігається зменшення розмірів примордіальних фолікулів, прогресивне зменшення кількості первинних, вторинних та третинних фолікулів, що може бути субстратом для формування гіпогонадізму серед даної категорії осіб.

Слід також зауважити, що негативний вплив ВІЛ-інфекції може підсилюватися деякими іншими факторами, зокрема – зловживанням алкоголем. Таким чином, група ВІЛ-позитивних жінок, що страждають на алкоголізм є особливою групою пацієнток, що потребують пильної уваги, своєчасної та ефективної медичної допомоги, що обумовлено вираженістю патологічних змін, які виникають під впливом ВІЛ-інфекції, хронічного алкоголізму та комбінації зазначених факторів.

Висновки

Хронічний алкоголізм обумовлює негативний вплив на морфо-функціональний стан яєчників ВІЛ-позитивних жінок. Під впливом ВІЛ-інфекції виникають деструктивні, дегенеративні, склеротичні зміни у структурі яєчників.

Конфлікт інтересів

Автор декларує відсутність конфлікту інтересів.

Література

1. D'Souza G, Golub ET, Gange SJ. The Changing Science of HIV Epidemiology in the United States. *Am J Epidemiol.* 2019 Dec 31;188(12):2061–8. DOI: 10.1093/aje/kwz211. PMID: 31595945.
2. Global AIDS Update. Geneva: UNAIDS; 2016. 16 p. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf
3. Olowu D. Responses to the global HIV and AIDS pandemic: a study of the role of faith-based organisations in Lesotho. *SAHARA J.* 2015;12:76–86. DOI: 10.1080/17290376.2015.1124802. PMID: 26711063.
4. McDonnell M, Kessenich CR. HIV/AIDS and women. *Lippincotts Prim Care Pract.* 2000;4(1):66–73. PMID: 11022520.
5. Kang SY, Deren S. Factors mediating and moderating the relationship between gender and utilization of health care among Puerto Rican drug users in New York. *Drug Alcohol Depend.* 2009;102(1-3):138–43. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2009.02.011. PMID: 19369013.
6. da Silva CM, Mendoza-Sassi RA, da Mota LD, Nader MM, de Martinez AM. Alcohol use disorders among people living with HIV/AIDS in Southern Brazil: prevalence, risk factors and biological markers outcomes. *BMC Infect Dis.* 2017;17(1):263. DOI: 10.1186/s12879-017-2374-0. PMID: 28399823.
7. Kelso-Chichetto NE, Plankey M, Abraham AG, Ennis N, Chen X, Bolan R, Cook RL. Association between alcohol consumption trajectories and clinical profiles among women and men living with HIV. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2018;44(1):85–94. DOI: 10.1080/00952990.2017.1335317. PMID: 28621562.
8. Moosa Y, Kwon D, de Oliveira T, Wong EB. Determinants of Vaginal Microbiota Composition. *Front Cell Infect Microbiol.* 2020;10:467. DOI: 10.3389/fcimb.2020.00467. PMID: 32984081.
9. Oktem O, Oktay K. The ovary: anatomy and function throughout human life. *Ann N Y Acad Sci.* 2008;1127:1–9. DOI: 10.1196/annals.1434.009. PMID: 18443323.
10. Perheentupa A, Huhtaniemi I. Aging of the human ovary and testis. *Mol Cell Endocrinol.* 2009;299(1):2–13. DOI: 10.1016/j.mce.2008.11.004. PMID: 19059459.
11. Agboghroma CO. Contraception in the context of HIV/AIDS: a review. *Afr J Reprod Health.* 2011;15(3):15–23. PMID: 22574489.
12. Rodriguez-Garcia M, Connors K, Ghosh M. HIV Pathogenesis in the Human Female Reproductive Tract. *Curr HIV/AIDS Rep.* 2021;18(2):139–56. DOI: 10.1007/s11904-021-00546-1. PMID: 33721260.
13. Gargin V, Radutny R, Titova G, Bibik D, Kirichenko A, Bazhenov O. Application of the computer vision system for evaluation of pathomorphological images. 2020 IEEE 40th International Conference on Electronics and Nanotechnology, ELNANO 2020 – Proceedings; 2020. P. 469–73. DOI: 10.1109/ELNANO50318.2020.9088898.
14. Lytvynenko M, Bondarenko A, Gargin V. The effect of alcohol on ovarian state in HIV-infected women. *Azerbaijan Med J.* 2021;(1):61-68. DOI: 10.34921/amj.2021.1.008.
15. Lytvynenko M, Shkolnikov V, Bocharova T, Sychova L, Gargin V. Peculiarities of proliferative activity of cervical squamous cancer in HIV infection. *Georgian Med News.* 2017;(270):10–5. PMID: 28972476.

Lytvynenko M.V.

EFFECT OF ALCOHOL ON THE MORPHO-FUNCTIONAL STATE OF THE OVARIES IN HIV-INFECTED WOMEN

Women are a special group of people who need close attention in terms of early detection of HIV. The aim of our work was to determine the effect of alcohol on the morpho-functional state of the ovaries in HIV-positive women. Sectional material from 100 women of reproductive age, who were divided into four groups according to the criteria of HIV infection and chronic alcoholism, was studied. As a result of the study, it was established that the negative impact of HIV infection can be enhanced due to alcohol abuse. A group of HIV-positive women suffering from alcoholism was defined as a special group of patients. These women needed additional attention, timely and effective medical care. Such facts were determined by the severity of pathological changes due to HIV infection, chronic alcoholism, and a combination of these factors. It was concluded that chronic alcoholism negatively affects the morpho-functional state of the ovaries of HIV-positive women. Under the influence of HIV infection, destructive, degenerative, sclerotic changes in the structure of the ovaries occur.

Keywords: *HIV, ovary, follicle, chronic alcoholism.*

Литвиненко М.В.

ВЛИЯНИЕ АЛКОГОЛЯ НА МОРФО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ ЯИЧНИКОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Особой когортой людей, нуждающихся пристального внимания в плане раннего выявления ВИЧ являются женщины. Целью нашей работы стало определение влияния алкоголя на морфо-функциональное состояние яичников у ВИЧ-положительных женщин. Был исследован секционный материал от 100 женщин репродуктивного возраста, распределенных на четыре группы по критериям наличия ВИЧ-инфекции и хронического алкоголизма. В результате исследования установлено, что отрицательное влияние ВИЧ-инфекции может быть усилено за счет злоупотребления алкоголем. Группа ВИЧ-положительных женщин, страдающих алкоголизмом, была определена как особая группа пациенток. Эти женщины нуждались в дополнительном внимании, своевременной и эффективной медицинской помощи. Такие факты были обусловлены выраженностью патологических изменений вследствие ВИЧ-инфекции, хронического алкоголизма и комбинации указанных факторов. Было сделан вывод, что хронический алкоголизм негативно влияет на морфо-функциональное состояние яичников ВИЧ-положительных женщин. Под влиянием ВИЧ-инфекции возникают деструктивные, дегенеративные, склеротические изменения в структуре яичников.

Ключевые слова: *ВИЧ, яичник, фолликул, хронический алкоголизм.*

Відомості про автора

Литвиненко Маріанна Валеріївна – кандидат медичних наук, доцент кафедри нормальної та патологічної клінічної анатомії Одеського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 65000, м. Одеса, Валіховський провулок, 2, ОНМедУ.

E-mail: lytvynenko_marianna@ukr.net

ORCID: 0000-0001-9594-3412.

Ophthalmology

UDC: 617.7-001.4-089:614.21:005.95/.96(477)

ON THE SUBJECT OF OPHTHALMIC SURGERY STAFFING IN UKRAINIAN HOSPITALS

Saoud O.¹, Pavliv R.²

¹*I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine*

²*Yu. Semenyuk Rivne Regional Clinical Hospital, Rivne, Ukraine*

Most cases of blindness are reversible according to WHO. The wide distribution of visual impairments, in particular those related to eye injuries and retinal detachments (RD) in the world and in Ukraine, indicates the need to study the issues of organizing medical care for ophthalmic surgical patients in order to find out why all the possibilities of preserving the sight of the population are not used and to suggest ways improvement of the situation. The study was conducted with the aim of studying the staffing of ophthalmology departments for the implementation of urgent vitreoretinal surgical interventions for the population of Ukraine. Analyzed data from ResearchGate, Google Scholar, and PubMed scientific publications on vitreoretinal surgery, regulatory and legal acts of Ukraine, statistical data of the Ministry of Health of Ukraine, WHO publications and guidelines, data from analytical reports of international organizations (in particular, the USAID project "Support for health care reform", 2019). It was established that the number of medical personnel (including ophthalmologists) per 10,000 population is gradually decreasing, which does not correspond to the growth trend of ophthalmosurgical pathology. The obtained results indicate insufficient monitoring of the situation by the Ministry of Health of Ukraine. Based on indirect evidence, we established the absence of vitreoretinal surgeons even in large regional hospitals of Ukraine. It was concluded that the correction of this situation can have a positive effect on the quantity and quality of the provided ophthalmic surgical care for eye injuries and RD.

Keywords: *eye injuries, blindness, retinal detachment, vitreoretinal surgery, ophthalmic care management.*



Цитуйте українською: Сауд О, Павлів РВ. До питання кадрового офтальмохірургічного забезпечення українських лікарень. Експериментальна і клінічна медицина. 2021;90(2):13-20. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.sap> [англійською].

Cite in English: Saoud O, Pavliv R. On the subject of ophthalmic surgery staffing in Ukrainian hospitals. Experimental and Clinical Medicine. 2021;90(2):13-20. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.sap>

Introduction

In the world, approximately 1 billion people have visual impairments, 285 mil-

lion have significant visual impairments, and 39 million are completely blind [1]. But the vast majority of them can be helped.

Відповідальний автор: Сауд О.
Україна, 46001, м. Тернопіль, майдан Волі, 1,
ТНМУ ім. І. Горбачевського
E-mail: omarsaoud_2012@hotmail.com

Corresponding author: Saoud O.
Ukraine, 46001, Ternopil, Voli square, 1,
I. Horbachevsky TNMU
E-mail: omarsaoud_2012@hotmail.com

The main causes of vision loss and impairment are cataracts, infections and eye injuries, glaucoma, retinopathy, cortical blindness, refractive errors (myopia, farsightedness, astigmatism, presbyopia). It is known that the global burden of blindness and visual impairment can be reduced by wearing glasses and contact lenses, protecting the eyes from injuries at dangerous jobs, from ultraviolet light, reducing domestic, criminal and military injuries, timely and correct treatment of myopia, diabetes, hypertension, obesity, chronic kidney diseases, autoimmune diseases, retinal detachments, prevention of methyl alcohol poisoning, normalization of nutrition according to the vitamin and mineral composition (vitamins A, E, C, zinc, Omega-3 fatty acids, etc.), work with normal lighting and rest for the eyes [2–7]. But a significant part of visual disturbances cannot be corrected without ophthalmological intervention. The prognosis of treatment and the number of complications depend significantly on the quality of this care.

Some of the diseases listed above in themselves carry a significant threat of vision loss worldwide, and this threat is growing. According to the WHO [8; 9], the number of blind people due to cataracts in the world may increase to 40 million in 2025. Today, more than 70% of the world's population over the age of 72 and about 20% 40–60 ages suffer from cataracts [10; 11].

Trachoma, caused by the bacterium *Chlamydia trachomatis*, is a significant medical and social problem for 42 countries worldwide, causing irreversible blindness in approximately 1.9 million people. Approximately 125 million people live in endemic areas. But only 44% of patients receive the necessary antibiotics [12].

Since the beginning of the Anti-Terrorist Operation in Ukraine, in connection with the occupation of Ukrainian territories,

eye injuries have been of particular importance [13]. Ocular and orbital injuries, isolated or as part of traumatic brain injury, are the leading cause of irreversible blindness in working-age people worldwide. They are divided by severity (severe, medium, light), damage factor (caused by mechanical action, chemicals, electricity, or temperature factor), sometimes evaluated in points according to models such as the Ocular Trauma Score (OTS), which simplifies statistical calculations based on the integral damage, but often do not take into account accompanying pathologies. After emergency care, the patient must be transported to a specialized ophthalmology department, but the success of further treatment often depends on how the first aid was provided, how much time was lost in the delivery to the clinic where the patient finally received high-quality medical care, and how transportation took place [14; 15].

In modern military conflicts, highly destructive types of weapons are used, which often leads to damage to the head and eyes. (The head is usually less protected than the thoracic and abdominal organs.) Traumatic damage to the structures of the eye is possible both as a result of penetrating wounds and as a result of the action of an explosive wave [16]. According to statistics, traumatic eye injuries account for 13–16% of all combat injuries. It is the fourth most common cause among similar injuries. The exponential growth of this frequency is also recorded. In this context the military ophthalmology was even separated from the specialty of military surgery.

The total number of retinal detachments (RD) is 0.1 per 1,000 [17–19]. The majority of such cases are associated with diabetic retinopathy [20; 21], and only 10–20% are traumatic. There is a high risk of traumatic RD during such sports as boxing, bungee jumping, tennis, diving, from being hit in the face by airbags during traffic

accidents. Thinning of the vitreous body after blunt eye trauma also increases the RD risk, especially if the shock wave that caused the injury acted at a speed of more than 50 m/s.

For diagnosis and rapid surgical intervention in injuries that caused RD, qualified personnel trained in modern methods of restoring the anatomical integrity of the retina, sophisticated equipment and tools are necessary. The speed of providing highly qualified ophthalmic surgical care can significantly improve the result of surgery (in terms of acuity recovery and visual fields) and the number of complications. However, according to the researchers of the project "Supporting health care reform" (2019) [22], provision of qualified personnel in some hospitals of Ukraine is insufficient. It is only necessary to clarify in which regions there is a lack of vitreoretinal surgeons capable of providing timely assistance in the case of RD and eye injuries.

The **purpose** of the study is to determine the ophthalmology departments staffing for urgent vitreoretinal surgical interventions for the population of Ukraine.

Materials and methods

Bibliosemantic, comparative and systematic analysis methods are used in study. The research materials were scientific publications of ResearchGate, Google Scholar and PubMed, normative legal acts of Ukraine, publications and guidelines of the WHO, statistical data of the Ministry of Health of Ukraine.

Results and their discussion

An important stage of planning the necessary volumes of medical care is the study of medical statistics data on diseases coded according to the International Classification of Diseases (ICD). According to ICD-10, diseases of the eye and adnexa (H00–H59) include disorders of eyelid, lacrimal system and orbit (H00–H06), conjunctiva (H10–H13), sclera, cornea, iris and ciliary body (H15–H22), lens (H25–

H28), choroid and retina (H30–H36), glaucoma (H40–H42), diseases of the vitreous body and globe (H43–H45), optic nerve and optic pathways (H46–H48), ocular muscles, binocular movement, accommodation and refraction (H49–H52), vision disturbances and blindness (H53–H54), other disorders of eye and adnexa (H55–H59). Together with detachments of the choroid (H31.4) and retina (H35.7), Retinal detachment with retinal break (H33.0), Retinal breaks without detachment (H33.3), serous (H33.2), traction (H33.4) and other retinal detachments (H33.5) are usually studied conditions closely related to RD. For example, proliferative diabetic retinopathy (E10.3, E11.3, E12.3, E13.3, E14.3 – in different types of diabetes).

In accordance with ICD-10 codes and the corresponding ICD-11 codes, medical statistics data, clinical protocols and guidelines are studied, which determine the procedure for examination, treatment and rehabilitation of patients with RD. So, for example, general ophthalmological examinations are recommended at the outpatient and inpatient stages of treatment of eye disease (codes ICD-10 – H33, ICD-11 – 9B73); binocular reverse ophthalmoscopy of the periphery of both eyes; biomicroscopy with a Goldmann lens of the retina and vitreous body; surgical treatment with and without vitrectomy [23]. It should be noted that in recent years, unified protocols have been replaced by clinical protocols and clinical guidelines in Ukraine [24; 25]. The latter use the recommendations of the world's leading medical associations and more developed health care systems, and are also based on the principles of evidence-based medicine. Such actions improve the results of treatment and rehabilitation, the accuracy of diagnosis, but only if they are adapted to Ukrainian realities. It is known that the restoration of the functional state of the detached retina allows to improve visual parameters by 2–11 times compared to the

deterioration immediately after the crisis (moment of detachment) [26–28]. The range of possible improvement is determined by the time since the crisis event, the degree of damage, the qualifications of the personnel and the method of operative intervention. The ability to perform the necessary operation on time directly depends on a number of factors of the organization of medical care at the regional level, and necessarily on the presence of a vitreoretinal surgeon in the hospital to which the patient was taken.

The quality of providing all types of medical assistance to the population is affected by the number of medical personnel. In particular, the number of doctors, intermediate-level medical personnel (nurses, paramedics and midwives), as well as their ratio [29]. Analysis of the number of medical personnel as of 2016 indicated a ratio of nurses to doctors of 1:1.96, which is lower than the European average (2.4:1). During 1993–2018, the ratio of the number of doctors to nurses in Ukraine decreased from 1:2.7 to 1:1.86 according to international accounting (the trend of the last 5 years of the specified period is shown in *Table 1*) and from 1:2.7 to 1:2.2 – according to national accounting [22]. The

number of ophthalmologists on the period 1993–2013 gradually increased (from 0.74 to 0.84 per 10,000 population), and in 2018 it decreased to 0.69 per 10,000 population) (*Table 2*), which occurred against the background an increase in the need for vitreoretinal ophthalmosurgical interventions, which is evidenced by a gradual increase in the corresponding morbidity both among adults and among children [30; 31].

The discrepancy between the number of qualified ophthalmologists and the needs of the population, which indirectly indicates the increase in the incidence of ophthalmosurgical diseases, indicates an insufficient level of monitoring of the needs of the population in various types of medical care. This leads to a lack of suitable personnel. We were not able to collect relevant statistics, but our opinion is confirmed by the fact that patients with eye and eye injuries are often transported from one regional center of Ukraine to another for urgent vitreoretinal surgery. That is, even the largest clinical centers of some regions of Ukraine do not have a vitreoretinal surgeon on staff.

The analysis of regulatory legal acts of Ukraine proves the need to organize the necessary conditions for providing care to

Table 1. The number of doctors MD and intermediate-level medical personnel (IMP) in the budgetary and private sectors of Ukraine on 2014–2018 per 10,000 population according to the calculation [22, p. 130].

| Years | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| MD | 185,945 | 186,234 | 186,776 | 186,178 | 185,675 |
| IMP | 378,880 | 371,736 | 366,756 | 360 416 | 345,364 |
| MD : IMP | 1 : 2.04 | 1 : 2.00 | 1 : 1.96 | 1 : 1.94 | 1 : 1.86 |

Table 2. The number of ophthalmologists (N) in budget medical institutions of Ukraine on 1993–2013, 2017 and 2018 per 10,000 population according to the calculation [22, p. 131, 132].

| | | | | | | | | | | | |
|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| 1993 | 0.74 | 1997 | 0.77 | 2001 | 0.79 | 2005 | 0.81 | 2009 | 0.82 | 2013 | 0.84 |
| 1994 | 0.72 | 1998 | 0.78 | 2002 | 0.79 | 2006 | 0.81 | 2010 | 0.83 | – | – |
| 1995 | 0.73 | 1999 | 0.79 | 2003 | 0.80 | 2007 | 0.80 | 2011 | 0.84 | 2017 | 0.71 |
| 1996 | 0.74 | 2000 | 0.79 | 2004 | 0.80 | 2008 | 0.81 | 2012 | 0.84 | 2018 | 0.69 |

patients with eye injuries. Thus, the Order of the Ministry of Health of Ukraine No.372 on May 14, 2013 "On the system of ophthalmological care for the population of Ukraine" states the need to provide 24-hour emergency care for eye injuries (clause 2.2.12). Treatment of retinal breaks and detachments is recommended to be carried out both in laser rooms and in laser centers of specialized ophthalmic care (Appendix 3) [23].

Conclusions

The conducted analysis shows the great medical and social importance of vitreoretinal pathology, which requires urgent

ophthalmosurgical care. In particular, eye injuries and retinal detachments. We believe that every central regional hospital of Ukraine should have a vitreoretinal surgeon on staff. Also, for the work of these specialists, conditions should be created for performing unexplained vitreoretinal surgical interventions, which can improve the recovery statistics of patients with eye injuries and retinal detachments, reduce the number of complications and the risks of complete vision loss for patients of this profile.

The authors declare **no conflict of interest.**

References

1. Control and prevention of blindness and deafness. World Health Organization [Internet]. Available at: <https://www.emro.who.int/control-and-preventions-of-blindness-and-deafness/announcements/action-plan-prevention-avoidable-blindness-visual-impairment-2014-2019.html> [accessed 01 Apr 2021].
2. Ang MJ, Afshari NA. Cataract and systemic disease: A review. *Clin Exp Ophthalmol.* 2021;49(2):118-27. DOI: 10.1111/ceo.13892. PMID: 33426783.
3. World report on vision. Geneva: World Health Organization; 2019. 180 p. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570>
4. GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators; Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Causes of blindness and vision impairment in 2020 and trends over 30 years, and prevalence of avoidable blindness in relation to VISION 2020: the Right to Sight: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Glob Health.* 2021;9(2):e144-e160. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30489-7. PMID: 33275949.
5. Burton MJ, Ramke J, Marques AP, Bourne RRA, Congdon N, Jones I, et al. The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. *Lancet Glob Health.* 2021;9(4):e489-551. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30488-5. PMID: 33607016.
6. The Lancet Global Health. Unlocking human potential with universal eye health. *Lancet Glob Health.* 2021;9(4):e372. DOI: 10.1016/S2214-109X(21)00138-8. PMID: 33740398.
7. Bourne R, Price H, Stevens G; GBD Vision Loss Expert Group. Global burden of visual impairment and blindness. *Arch Ophthalmol.* 2012;130(5):645-7. DOI: 10.1001/archophthalmol.2012.1032. PMID: 22652851.
8. GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators; Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Trends in prevalence of blindness and distance and near vision impairment over 30 years: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Glob Health.* 2021;9(2):e130-43. DOI: 10.1016/S2214-109X(20)30425-3. PMID: 33275950.
9. Pizzarello L, Abiose A, Ffytche T, Duerksen R, Thulasiraj R, Taylor H, et al. VISION 2020: The Right to Sight: a global initiative to eliminate avoidable blindness. *Arch Ophthalmol.* 2004;122(4):615-20. DOI: 10.1001/archophth.122.4.615. PMID: 15078680.
10. Cataract. Adapted evidence-based clinical practice. Ed. (adapt.) Rykov SO, Stepanenko AV, Bakbardina II, Barinov YuV, Bobrova NF, Vitovska OP, et al. Kyiv: State expert

center of the Ministry of Health of Ukraine; 2015. 330 p. Available at: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_49_akn_katarakta.pdf

11. Vision 2020: the cataract challenge. *Community Eye Health*. 2000;13(34):17-9. PMID: 17491949.

12. Taylor HR, Burton MJ, Haddad D, West S, Wright H. Trachoma. *Lancet*. 2014; 384(9960):2142-52. DOI: 10.1016/S0140-6736(13)62182-0. PMID: 25043452.

13. Khomenko IP, Korol SO, Khalik SV, Shapovalov VIu, Yenin RV, Herasimenko OS, Tershnyi SV. Clinical and epidemiological analysis of the structure of combat surgical injury during Anti-Terrorist Operation/Joint Forces Operation. *Ukrainian Journal of Military Medicine*. 2020;2(2):5-13. DOI: 10.46847/ujmm.2021.2(2)-005. [In Ukrainian].

14. Dimitrov T. Injuries of eye and its accessory organs. *J of IMAB*. 2017;23(4):1795-9. DOI: 10.5272/jimab.2017234.1795.

15. Scott R. The Ocular Trauma Score. *Community Eye Health*. 2015;28(91):44-5. PMID: 26989308.

16. Krasnovid TA, Aslanova VS, Bondar NI. Main aspects of traumatic eye injuries during wars and military conflicts. *Archives of Ukrainian ophthalmology*. 2020;8(1):78-85. DOI: 10.22141/2309-8147.8.1.2020.200741 [in Ukrainian].

17. Hoogewoud F, Chronopoulos A, Varga Z, Souteyrand G, Thumann G, Schutz JS. Traumatic retinal detachment – the difficulty and importance of correct diagnosis. *Surv Ophthalmol*. 2016;61(2):156-63. DOI: 10.1016/j.survophthal.2015.07.003. PMID: 26216341.

18. Agrawal R, Shah M, Mireskandari K, Yong GK. Controversies in ocular trauma classification and management: review. *Int Ophthalmol*. 2013;33(4):435-45. DOI: 10.1007/s10792-012-9698-y. PMID: 23338232.

19. Liu X, Wang L, Wang C, Sun G, Liu S, Fan Y. Mechanism of traumatic retinal detachment in blunt impact: a finite element study. *J Biomech*. 2013;46(7):1321-7. DOI: 10.1016/j.jbiomech.2013.02.006. PMID: 23477788.

20. Lin KY, Hsieh WH, Lin YB, Wen CY, Chang TJ. Update in the epidemiology, risk factors, screening, and treatment of diabetic retinopathy. *J Diabetes Investig*. 2021;12(8):1322-5. DOI: 10.1111/jdi.13480. PMID: 33316144.

21. Mitry D, Charteris DG, Fleck BW, Campbell H, Singh J. The epidemiology of rhegmatogenous retinal detachment: Geographical variation and clinical associations. *The British journal of ophthalmology*. 2009;94(6):678. DOI: 10.1136/bjo.2009.157727.

22. Bohdan D, Boiko A, Vasylykova A, Vezhnovets T, Zvinchuk O, Latypov A, et al. Personnel resources of the healthcare system in Ukraine. Situational analysis. Kyiv: USAID project "Supporting health care reform"; 2019. 133 p. Available at: <https://www.skeptic.in.ua/wp-content/uploads/HRH-situational-analysis-2019.pdf> [in Ukrainian].

23. Order of the Ministry of Health of Ukraine No.372 on May 14, 2013 "On the system of ophthalmological care for the population of Ukraine". Official Bull of Ukraine No.51 on July 16, 2013, p. 115, art. 1853, act code 67767/2013. Available on the website of the Verkhovna Rada [Parliament] of Ukraine: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1051-13/print> [in Ukrainian].

24. Standards of providing medical care in Ukraine [Internet]. Available at: <http://med-standart.net/browse/47> [accessed October 1, 2022] [in Ukrainian].

25. How to implement new clinical protocols: instructions for doctors 1/4. Ministry of Health of Ukraine. 19 Dec 2017 [Internet]. <https://moz.gov.ua/article/for-medical-staff/jak-vprovadzhuvati-novi-klinichni-protokoli-instrukcija-dlja-likariv> [accessed October 1, 2022] [In Ukrainian].

26. Vingolo EM, Napolitano G, Fragiotta S. Microperimetric biofeedback training: Fundamentals, strategies and perspectives. *Front. Biosci. (Schol. Ed)*. 2018;1(10):48-64. DOI: 10.2741/s500.

27. Ross WH. Visual recovery after macula-off retinal detachment. *Eye (Lond)*. 2002;16(4):440-6. DOI: 10.1038/sj.eye.6700192. PMID: 12101451.

28. Guner ME, Guner MK, Cebeci Z, Kir N. Preoperative and Postoperative Factors Affecting Functional Success in Anatomically Successful Retinal Detachment Surgery. *Korean J Ophthalmol*. DOI: 10.3341/kjo.2022.0057.

29. Health Care in Ukraine. Netherlands Enterprise Agency & Embassy of the Kingdom of the Netherlands in Ukraine, 2018. 45 p. [Internet]. Available at: <https://www.rvo.nl/sites/default/files/2019/03/Health-Care-in-Ukraine.pdf> [Accessed 01 Apr 2021].

30. Comprehensive examination of the eye and vision. Evidence-based clinical practice. *Compil.* Rykov SO, Yaremenko NM, Kharchenko LB. Kyiv: State Expert Center of the Ministry of Health of Ukraine, 2019. 127 p. Available at: https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2019_09_20_kn_kompl_obst_okazory.pdf [in Ukrainian].

31. Vitkovska OP, Savina OM. Structure and frequency of diseases of the eye and accessory apparatus in children in Ukraine. *Medical perspectives*. 2015;20(3):133-8. Available at: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mp_2015_20_3_24 [In Ukrainian].

Сауд О., Павліє Р.В.

ДО ПИТАННЯ КАДРОВОГО ОФТАЛЬМОХІРУРГІЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ УКРАЇНСЬКИХ ЛІКАРЕНЬ

Більшість випадків сліпоти є відворотними за даними ВООЗ. Широке розповсюдження вад зору, зокрема пов'язаних із травмами очей та відшаруваннями сітківки (ВС) у світі та в Україні свідчить про необхідність вивчення питань організації медичної допомоги офтальмохірургічним хворим, щоб з'ясувати, чому не використані всі можливості збереження зору населення та запропонувати шляхи покращення ситуації. Дослідження проведено з метою вивчення кадрового забезпечення офтальмологічних відділень задля проведення ургентних вітреоретинальних оперативних втручань населенню України. Проаналізовані дані наукових публікації ResearchGate, Google Scholar та PubMed з питань вітреоретинальної хірургії, нормативно-правові акти України, статистичні дані Міністерства охорони здоров'я України, публікації та настанови ВООЗ, дані аналітичних звітів міжнародних організацій (зокрема проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я», 2019). Встановлено, що кількості медичного персоналу (у тому числі лікарів-офтальмологів) на 10 000 населення поступово знижується, що не відповідає тенденції росту офтальмохірургічної патології. Отримані результати свідчать про недостатній моніторинг ситуації з боку Міністерства охорони здоров'я України. За непрямыми ознаками нами встановлена відсутність вітреоретинальних хірургів навіть у великих регіональних госпіталях України. Зроблено висновок, що виправлення цієї ситуації може позитивно вплинути на кількість та якість наданої офтальмохірургічної допомоги про травмах ока та ВС.

Ключові слова: *травми ока, сліпота, відшарування сітківки, вітреоретинальна хірургія, організація офтальмологічної допомоги.*

Надійшла до редакції 22.01.2021

Сауд О., Павлов Р.В.

К ВОПРОСУ КАДРОВОГО ОФТАЛЬМОХИРУРГИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ УКРАИНСКИХ БОЛЬНИЦ

Большинство случаев слепоты являются обратимыми по данным ВОЗ. Широкое распространение проблем со зрением, в частности связанных с травмами глаз и отслойкой сетчатки (ОС) в мире и в Украине говорит о необходимости изучения вопросов организации медицинской помощи офтальмохирургическим больным, а также обязывает выяснить, почему не использованы все возможности сохранения зрения населения и предложить пути улучшения ситуации. Исследование проведено для изучения кадрового обеспечения офтальмологических отделений, которые выполняют urgentные витреоретинальные оперативные вмешательства населению Украины. Проанализированы данные научных публикаций ResearchGate, Google Scholar и PubMed по вопросам витреоретинальной хирургии, нормативно-правовые акты Украины, статистические данные Министерства здравоохранения Украины, публикации и руководство ВОЗ, данные аналитических отчетов международных организаций (в частности проекта USAID «Поддержка реформы здравоохранения», 2019). Установлено, что количество медицинского персонала (в том числе врачей-офтальмологов) на 10 000 населения постепенно снижается, что не соответствует тенденции роста офтальмохирургической патологии. Полученные результаты свидетельствуют о недостаточном мониторинге ситуации со стороны Министерства здравоохранения Украины. По косвенным признакам установлено отсутствие витреоретинальных хирургов даже в крупных региональных госпиталях Украины. Мы пришли к выводу, что исправление этой ситуации может положительно повлиять на количество и качество оказанной офтальмохирургической помощи при травмах глаза и ОС.

Ключевые слова: травмы глаза, слепота, отслойка сетчатки, витреоретинальная хирургия, организация офтальмологической помощи.

Information about the authors

Omar Saoud – MD, PhD student, Department of Otorhinolaryngology, Ophthalmology and Neurosurgery of I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine.
Address: Voli square, 1, Ternopil, 46001, Ukraine, I. Horbachevsky TNMU.
E-mail: omarsaoud_2012@hotmail.com
ORCID: 0000-0001-7946-1966.

Roman Pavliv – ophthalmologist, MD, Head of Ophthalmology department in Rivne Regional Hospital.
Address: Ukraine, 33000, Rivne, Kyjivska str.,78g.
E-mail: romanpavliv@yahoo.com

Social Medicine and Public Health

UDC: 614.216:616-08-039.75(477)

THE ISSUE OF PATIENT-ORIENTED ORGANIZATION OF PALLIATIVE AND HOSPICE CARE IN UKRAINE**Holovanova I.A.¹, Shevchenko A.S.^{2,3}**¹*Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine*²*Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine*³*Kharkiv Regional Institute of Public Health Services, Kharkiv, Ukraine*

The quality of the provision of palliative and hospice care (PHC) depends on regulatory, legal and logistical support, the practice of implementing laws, and the support of society. The need for PHC is growing both worldwide and in Ukraine, which is associated with the aging of the population and global medical advances, thanks to which people live to a greater age and continue to live even with serious diseases and severe disabilities. Patients with incurable diseases most often need analgesia, which in low- and middle-income countries the population either does not receive at all, or has limited access to narcotic analgesics. The task of the PHC organization corresponds to the European integration obligations of Ukraine at a high level, and is in the sphere of responsibility of the Ministry of Health. The insufficient level of development of the national PHC system depends on imperfect legislation, non-implementation of adopted laws, lack of public results of calculating the need for PHC among adults and children. The system of training medical workers to work in hospices and palliative care departments, which concerns both doctors and nurses, also needs improvement. The routes of movement of palliative patients during the provision of assistance to them in the institutions of the health care system require public discussion. Instructions regarding the movement of these patients should be understandable to a doctor of any specialty, and contain step-by-step algorithms of actions. The practice of euthanasia, which is not allowed in Ukraine, is important for palliative patients. The PHC system should become one of the key components of the health care system, provided at the place of residence of patients (in hospices and palliative departments of hospitals) in the area where they live, or in "hospices at home". The development of the national PHC system, in which all known shortcomings will be taken into account and corrected, will be able to reduce the level of suffering of terminally ill patients and their relatives, and ensure their standard of living at the average European level.

Keywords: *PHC, need for medical assistance, health care financing.*



Цитуйте українською: Голованова ІА, Шевченко ОС. Питання пацієнтоорієнтованої організації паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Експериментальна і клінічна медицина. 2021;90(2):21-7. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.hos> [англійською].

Cite in English: Holovanova IA, Shevchenko AS. The issue of patient-oriented organization of palliative and hospice care in Ukraine. Experimental and Clinical Medicine. 2021;90(2):21-7. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.hos>

Відповідальний автор: Шевченко О.С.
Україна, 61022, Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ
E-mail: as.shevchenko@knmu.edu.ua

Corresponding author: Shevchenko A.S.
Ukraine, 61022, Kharkiv, Nauky av., 4, KhNMU
E-mail: as.shevchenko@knmu.edu.ua

The palliative direction of social care is applied to patients with severe incurable diseases and a limited projected life expectancy [1]. 40 million people need it every year, of which 78% live in low- and middle-income countries. At the same time, approximately 14% of those who need it receive palliative and hospice care (PHC). WHO predicts an increase in the need for PHC in connection with the aging of the global population and the burden of non-communicable (to a greater extent) and infectious diseases. The social phenomenon of "extra years of life" associated with the successes of medicine in developed countries has its reverse side in the form of the need to care for people whose lives continue despite advanced and senile age, severe disability and a number of incurable diseases. At the same time, timely provision of palliative care reduces health care costs associated with hospitalizations.

A significant number of certain categories of patients need palliative care: about 1/3 of cancer patients and patients with cardiovascular diseases, 1/10 patients with chronic respiratory diseases, 1/20 patients with diabetes and HIV-infected. The main symptom that requires attention in providing palliative care is pain. Opioid analgesia is needed by 4 out of 5 cancer patients in the terminal stages of the disease, 70% of AIDS patients.

However, in many low- and middle-income countries, PHC are either not provided at all, or their provision is not integrated into national health care systems. In 2019, only 40% of almost 200 countries in the world reached PHC coverage of half of all patients who need it [2].

Along with the low coverage PHC of the population, low- and middle-income countries are characterized by the low availability of narcotic pain relievers [3], drugs for providing specialized medical care in cases of system and organ failure (respiratory, cardiovascular, etc.) and insuf-

ficient training of medical workers in the principles and methods of specialized medical and social care for palliative patients. Thus, in 2018, 4/5 of the world's population (mostly from low- and middle-income countries) consumed only 1% of all medical morphine produced in the world for pain relief (which is approximately 388 tons per year).

Many countries need to overcome numerous cultural and religious barriers related to ideas about the processes of dying and death to organize high-quality PHC. Representatives of the political establishment also need training in international principles and best practices of PHC organization. People who make decisions should be clearly aware of the right to palliative care not only of representatives of the elites and the middle class, but also of marginalized sections of the population.

The PHC system should be integrated into the system of primary health care for the population, aimed at palliative patients and their family members. According to the recommendations of the WHO, the PHC system should be one of the key components of all national health care systems, should be provided at the place of residence of patients, should be based on a clear calculation of the needs of different categories of patients, adults and children, should provide the necessary level of analgesia for all palliative patients who in need [4]. For its part, the WHO declares constant monitoring of the actual provision of PHC in different countries of the world, study of national models of PHC provision and methodical assistance to countries in disseminating information on the best practices of PHC organization.

Most of low- and middle-income countries (including Ukraine) needs improvement of legislation and educational programs for medical personnel. An urgent issue is determining the need for PHC for adults and children. According to Hu-

man Rights Watch (2011) and [5] (2014), in 2009–2012 in Ukraine approximately 425 thousand people per year need for PHC. Ukrainian society needs a broad discussion of citizens' right to euthanasia. This discussion must be based on an understanding of death as nothingness, which is contrary to the religious beliefs of a large number of the population. But these beliefs should not stand in the way of ending life with dignity in a secular state [6; 7]. Technical (safety) and ethical issues of euthanasia lie in the field of medical law, a separate direction in administrative and civil law. Administrative and legal regulation concerns both the general rules of human behavior and the rights and obligations of participants in specific legal relationships, and also establishes responsibility for violations of such rules. A developed legal system creates conditions for preventing abuses during euthanasia. However, many researchers consider both the regulatory and legal acts of Ukraine and the practice of their application to be imperfect for providing PHC [8; 9].

So, for example, the provision of PHC in Ukraine is regulated by the Order of the Ministry of Health of Ukraine No.1308 on June 4, 2020 "On improving the organization of palliative care in Ukraine" [10], which states the need to "approve clinical routes for patients of all age categories ... to ensure the continuity of provision" of such assistance. The task of creating routes is entrusted to the "Coordination Centers of the Regional Palliative Care Network". However, on the websites of the coordination centers of the regions of Ukraine, we did not find a single route that would be step-by-step understandable to a practical doctor to whom a palliative patient turned for an appointment. There are only lists of medical and preventive facilities that serve the territories of settlements.

The development of a package financing scheme for these types of medical care under the medical guarantee programs of the National Health Service of Ukraine (NHSU) is definitely a positive moment for the organization of PHC in Ukraine. Thus, according to the notification of the NHSU [11], as of the end of March 2021, 483 medical institutions of Ukraine (mostly from Dnipropetrovsk, Lviv and Kharkiv regions), and among them 12 multidisciplinary hospices, multidisciplinary hospitals, cancer centers, AIDS centers, anti-tuberculosis, infectious diseases hospitals, children's hospitals, etc. However, the problem is the lack of a public calculation of the need by categories of patients in regional and age categories at the state level. At the same time, some researchers are already trying to make similar calculations, and they do not coincide with the official ones [12; 13]. Calculations of the need for PHC of the Ukrainian Center for Social Data (UCSD) for 2018 were well-reasoned and easy to use, but the state did not use them to constantly recalculate such needs for the following years, and the work of the UCSD was not continued in the public field after the end grant funding.

But at the same time, there is still some progress in increasing the coverage of the population by PHC. Thus, in 2018, PHC in Ukraine were provided by only 2 specialized palliative centers, 7 hospices and 60 palliative departments, there were only 1,500 inpatient palliative beds compared to the 3,500 recommended by WHO, and field teams met only 15% of the need for mobile care ("hospices at home").

The medical education system of Ukraine should also be improved to train "palliatively competent" both doctors and nurses [14] who are able to relieve the patient in the last days of his life from pain, reduce vital activity disorders, severe mani-

festations of the disease, organize or provide adequate care, psychological, social and spiritual support for patients and their relatives in hospice, specialized palliative departments or at home. The basic scientific-methodical and clinical institution for PHC in Ukraine is the State Enterprise "Institute of Palliative and Hospice Medicine of the Ministry of Health of Ukraine", established by order of the Ministry of Health of Ukraine No.159-0 in 2008. Also, training in the specialty "Palliative and Hospice Medicine" takes place in most medical universities of Ukraine.

Improving the PHC organization in Ukraine is one of the important steps in the implementation of the country's plans for its European integration. Such improvement is foreseen by the activity program of the Cabinet of Ministers of Ukraine, the section of tasks for the Ministry of Health of Ukraine, the goal of "people living longer" [15; p. 56]. So, among the planned actions are the following: reducing the suffering of palliative patients, improving their quality of life, providing them with medical care on a multidisciplinary basis, taking into account international approaches and recommendations, training

specialists (medical workers) in the direction of "palliative care", developing the PHC system, information campaigns about PHC for the population, involvement of the patient himself, his relatives and the public in the PHC process.

Conclusion

The problem of palliative and hospice care in Ukraine requires constant discussion with scientists and the public. Despite the fact that Ukrainian legislation on these types of assistance is being improved, not all issues have been resolved. In addition, the practical implementation of the adopted laws has significant drawbacks. In addition, there are no public results of calculations of the need for palliative and hospice care for the main categories of patients to whom such care is recommended by the World Health Organization, regionally and by age, which would be updated annually and used by the state as a basis for planning expenditures for these needs at the national level. Ukrainian society also needs a dialogue on the issue of the right of palliative patients to euthanasia, and patients – sufficient access to narcotic pain relievers.

There is no **conflict of interest**.

References

1. Palliative care. Key facts. WHO, 5 Aug 2020. Available at: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2019 global survey. Geneva: World Health Organization; 2020. 101 p. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240002319>
3. International Narcotics Control Board (UN). Precursors and Chemicals Frequently Used in the Illicit Manufacture of Narcotic Drugs and Psychotropic Substances: Reports E/INCB/2019/1-4 for 2019. Vienna: UN, 2020. 502 p. Available at: https://www.incb.org/documents/Narcotic-Drugs/Technical-Publications/2019/Narcotic_Drugs_Technical_Publication_2019_web.pdf [in English, French and Spanish].
4. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents. Geneva: World Health Organization; 2018. 142 p. Available at: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550390>
5. Babiychuk OM. Administrative-legal regulation and legal aspects of palliative and hospice medicine. Administrative Law and Process (ISSN 2227-796X). 2014;4(10):132-40. Available at: http://www.library.univ.kiev.ua/ukr/host/viking/db/ftp/univ/apip/apip_2014_10.pdf

6. Shevchenko AS. The right to life: medical aspects. Bull KhRIPHS. 2017;80(6):24-43. DOI: 10.5281/zenodo.3951362.
7. Shevchenko AS, Kuts YuV, Gavrylova SA, Gavrylov EV. Legislative, historical and practical aspects of phenomena that potentially violate the right to life. Bull KhRIPHS. 2020;93(1):20-7. DOI: 10.5281/zenodo.3960410 [In Ukrainian].
8. Kalashlinska MV. The legal and political problems of hospice care for patients with incurable disease in Ukraine. Bulletin of the Vasyl' Stus Donetsk National University. Series Political sciences. 2019;(4):73-8. DOI: 10.31558/2617-0248.2019.4.12. [In Ukrainian].
9. Kubarieva IV, Kotvitska AA, Beketova MS. Analysis of regulatory and legal regulation of palliative care in Ukraine. ScienceRise: Pharmaceutical Science. 2017;4(8):27-31. DOI: 10.15587/2519-4852.2017.108902. [In Ukrainian].
10. Order of the Ministry of Health of Ukraine No.1308 on 4 Jun 2020 "On improving the organization of palliative care in Ukraine." Legislation of Ukraine. Verkhovna Rada (Parliament) of Ukraine. In force on 20 Jun 2021. Available at: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0609-20#n7> [in Ukrainian].
11. National Health Service of Ukraine. March 27, 2021. Available at: <https://is.gd/6HzYwu> [in Ukrainian].
12. Huzii O. Patient-oriented statistics and palliative care in Ukraine. Ukrainian medical journal. Available at: <https://api.umj.com.ua/wp/wp-content/uploads/2017/08/Paliativ.pdf> [in Ukrainian].
13. Kurnytska HM. Strategy for the development of palliative care in Ukraine up to 2027. Nursing. 2018;(2):42-5. DOI: 10.11603/2411-1597.2018.2.9166. [In Ukrainian].
14. Bilyk LV. Professional training of medical students to nursing care for patients with chronic pain syndrome. Naukovi chasopys. National Pedagogical Dragomanov University. Series 5. Pedagogical sciences: reality and perspectives. 2018;1(60):46-50. [in Ukrainian].
15. Report on the progress and results of the implementation of the Program of the Cabinet of Ministers of Ukraine in 2019. Government portal (the Unified Web-portal of the executive authorities of Ukraine) [Internet]. Available at: <https://www.kmu.gov.ua/storage/app/sites/1/zviti-pro-vikonannya/zvit2019r.pdf> [Accessed 20 Jun 2021].

Голованова І.А., Шевченко О.С.

ПИТАННЯ ПАЦІЄНТООРІЄНТОВАНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Якість надання паліативної і хоспісної допомоги (ПХД) залежить від нормативно-правового та матеріально-технічного забезпечення, практики реалізації законів, підтримки суспільства. Потреба в ПХД зростає як у всьому світі, так і в Україні, що пов'язано зі старінням населення і глобальними успіхами медицини, завдяки яким люди доживають до більшого віку і продовжують жити навіть із важкими захворюваннями та важкою інвалідністю. Пацієнти з невиліковними хворобами найчастіше потребують знеболення, якого у країнах з низьким та середнім рівнем прибутків населення або не отримують взагалі, або мають обмежений доступ до наркотичних анальгетиків. Завдання організації ПХД на високому рівні відповідає євроінтеграційним зобов'язаннями України, і знаходиться у сфері відповідальності Міністерства охорони здоров'я. Недостатній рівень розвитку національної системи ПХД залежить від недосконалого законодавства, невиконання прийнятих законів, відсутності публічних результатів розрахунку потреби

у ПХД серед дорослих і дітей. Вдосконалення потребує також система навчання медичних працівників для роботи у хоспісах та паліативних відділеннях, що стосується як лікарів, так і медичних сестер. Маршрути руху паліативних хворих при наданні їм допомоги в установах системи охорони здоров'я, потребують публічного обговорення. Інструкції щодо руху цих хворих мають бути зрозумілі лікарю будь-якої спеціальності, містити покрокові алгоритми дій. Важливою для паліативних хворих є практика евтаназій, яка не дозволена в Україні. Система ПХД має стати одним з ключових компонентів системи охорони здоров'я, надаватися за місцем проживання хворих (у хоспісах та паліативних відділеннях лікарень) на місцевості, де вони мешкають, або у «стаціонарах на дому». Розбудова національної системи ПХД, в якій будуть враховані та виправлені всі відомі недоліки, буде спроможна знизити рівень страждань паліативних хворих, їх близьких, забезпечити рівень їх життя на середньоевропейському рівні.

Ключові слова: ПХД, потреба у медичній допомозі, фінансування охорони здоров'я.

Голованова І.А., Шевченко А.С.

ВОПРОСЫ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ И ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ

Качество паллиативной и хосписной помощи (ПХП) зависит от нормативно-правового и материально-технического обеспечения, практики реализации законов, поддержки общества. Потребность в ПХП растет как во всем мире, так и в Украине, что связано со старением населения и глобальными успехами медицины, благодаря которым люди доживают до большего возраста и продолжают жить даже с тяжелыми заболеваниями и тяжелой инвалидностью. Пациенты с неизлечимыми болезнями чаще всего нуждаются в обезболивании, которого в странах с низким и средним уровнем доходов населения либо не получают вообще, либо имеют ограниченный доступ к наркотическим анальгетикам. Задача организации ПХП на высоком уровне отвечает евроинтеграционным обязательствам Украины и находится в сфере ответственности Министерства здравоохранения. Недостаточный уровень развития национальной системы ПХП зависит от несовершенного законодательства, несоблюдения принятых законов, отсутствия публичных результатов расчета потребности в ПХП среди взрослых и детей. В усовершенствовании нуждается также система обучения медицинских кадров для их работы в хосписах и паллиативных отделениях, что касается как врачей, так и медицинских сестер. Маршруты движения паллиативных больных при оказании им помощи в учреждениях системы здравоохранения также требуют публичного обсуждения. Инструкции по движению этих больных должны быть поняты врачу любой специальности, содержать пошаговые алгоритмы действий. Паллиативных больных важна практика евтаназий, которая не разрешена в Украине. Система ПХП должна стать одним из ключевых компонентов системы здравоохранения, предоставляться по месту жительства больных (в хосписах и паллиативных отделениях больниц) на местности, где они проживают, или в стационарах на дому. Развитие национальной системы ПХП, в которой будут учтены и исправлены все известные недостатки, будет способна снизить уровень страданий паллиативных больных, их близких, обеспечить уровень их жизни на средневропейском уровне.

Ключевые слова: ПХП, потребность в медицинской помощи, финансирование здравоохранения.

Надійшла до редакції 12.04.2021

Information about the authors

Holovanova Iryna – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Public Health with Medical and Labor Expertise, Poltava State Medical University, Poltava, Ukraine.

Address: Ukraine, 36011, Poltava, Shevchenko str., 23.

ORCID: 0000-0002-8114-8319.

E-mail: yaryna.ua@gmail.com

Shevchenko Alexander – MD, Master of Medicine, Pedagogy and Economics, director of the Kharkiv Regional Institute of Public Health Services.

Address: Ukraine, 61022, Kharkiv, Nauky Ave., 4.

ORCID: 0000-0002-4291-3882.

E-mail: as.shevchenko@knmu.edu.ua

УДК: 614.216:614.253:616-08-039.75(477)

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ НА УЧАСТЬ У ДОСЛІДЖЕННІ ЯКОСТІ ЖИТТЯ

Нестеренко В.Г.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Інформована згода як процедура є обов'язковою у випадках участі пацієнтів у клінічних випробуваннях фармацевтичних препаратів, підготовки до оперативних втручань, діагностичних та лікувальних інвазійних процедурах, і навіть в опитуваннях (анкетуваннях) з питань здоров'я за законодавством більшості країн світу. Практика отримання інформованої згоди в Україні є розповсюдженою та добре вивченою у випадках підготовки паліативних пацієнтів до операцій, госпіталізаціях, проведенні інвазійних процедур, але існує певний брак інформації щодо отримання інформованої згоди при вивченні якості життя. У дослідженні були використані методи системного аналізу та бібліосемантичний, зі зверненнями до наукових та юридичних джерел. В результаті дослідження визначено, що інформована згода є важливою частиною правового регулювання медичної допомоги та соціального забезпечення в Україні і світі. Текст інформованої згоди може бути модифікований для цілей наукового дослідження, але без порушення процедури повідомлення пацієнту (або його законному представнику) про цілі та можливі незручності дослідження. Текст інформованої згоди має бути підписаний пацієнтом (власноруч) та лікуючим лікарем. Якщо пацієнт не може самостійно писати, але розуміє суть тексту інформованої згоди та питань опитувальника та дає на них чіткі однозначні відповіді, анкета та інформована згода можуть бути підписані лише лікуючим лікарем.

Ключові слова: медична деонтологія, медична етика, медичне право, паліативна та хоспісна допомога.



Цитуйте українською: Нестеренко В.Г. Інформована згода паліативних хворих на участь у дослідженні якості життя. Експериментальна і клінічна медицина. 2021;90(2):28-34. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.nes>

Cite in English: Nesterenko VG. Informed consent of palliative patients to participate in quality of life research. Experimental and Clinical Medicine. 2021;90(2):28-34. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.nes> [in Ukrainian].

Вступ

Інформована згода – юридична процедура ознайомлення пацієнта (хворого) або його законного представника (опікуна) з особливостями майбутнього оперативного втручання, інвазійної (що

проходить із проникненням у тіло) процедури, психотерапевтичного впливу, або клінічних випробувань та інших досліджень, з подальшим письмовим засвідченням добровільної згоди на участь. Під час ознайомлення з можливими наслід-

ками участі пацієнта (хворого) у дослідженні, обстеженні або лікуванні мають бути обговорені всі можливі особливості впливу, які можуть мати значення для прийняття рішення погодитися або відмовитися від впливу або участі у дослідженні [1].

При організації паліативної та хоспісної допомоги (ПХД) [2] виникає багато ситуацій, коли може знадобитися інформована згода. Моральним та юридичним зобов'язанням медичного працівника є попередити паліативного хворого, його близьких або законного представника про всі такі ситуації, отримати згоду та долучити її до історії хвороби. Принципи поведінки тих, кому суспільство довірило охорону здоров'я, вивчає медична деонтологія, яка межує з медичною етикою. Перша концентрується на питаннях моральних обов'язків, друга – на моральних цінностях. Вивчення цих питань починається ще за буття студента-медика [3].

Звернення до паліативного хворого для запрошення його до участі у дослідженні якості життя безпосередньо не змінить стан хворого, але сприятиме покращенню організації ПХД. Згода на участь паліативного пацієнта у такому дослідженні певною мірою означатиме довіру до лікаря і вдячність за турботу. Для отримання цієї згоди лікар має діяти з розумінням усього спектру переживань паліативного хворого. Вивчення сучасних наукових публікацій на тему інформованої згоди паліативних пацієнтів виявило брак інформації у випадках саме проведення наукових досліджень, вивчення якості життя. Більшість знайдених нами робіт описували різні аспекти інформованої згоди на проведення паліативних операцій, діагностичних та лікувальних інвазійних процедур з певними ризиками для життя, госпіталізації для проведен-

ня процедур в умовах стаціонару, відмови від лікування [4–8].

Метою дослідження було визначення змісту, значення, юридичних засад проведення процедури отримання інформованої згоди паліативних пацієнтів при вивченні якості їх життя.

Матеріали і методи

Були використані метод системного аналізу та бібліосемантичний метод з пошуковим запитом по ключовим словам англійською та українською мовами, пов'язаним з темою дослідження. Пошук проводився на PubMed, Google Academia, ResearchGate, сайті Національної бібліотеки України імені В.І. Вернадського (за протоколом пошуку Semantic Web публікацій Web 3.0) та ScienceDirect. Джерелами підданого аналізу нормативно-правових актів України були офіційні сайти Верховної Ради України, Кабінету Міністрів України та Президента України.

Результати та їх обговорення

Згода пацієнта на проведення діагностичної процедури, лікування та знеболення фіксується у формі первинної облікової документації № 003-6/о [9]. Ця форма підтверджує, що пацієнт «ознайомлений(а) з планом обстеження і лікування, отримав(ла) в повному обсязі роз'яснення про характер, мету, орієнтовну тривалість діагностично-лікувального процесу та про можливі несприятливі наслідки під час його проведення, про необхідність дотримання визначеного лікарем режиму в процесі лікування»; зобов'язується «негайно повідомляти лікуючого лікаря про будь-яке погіршення самопочуття (стану здоров'я дитини)», «поінформований(а), що недотримання рекомендацій лікуючого лікаря, режиму прийому призначених препаратів, безконтрольне самолікування можуть ускладнити лікувальний процес та негативно позначи-

тися на стані здоров'я». Що пацієнту у доступній формі надали «інформацію про ймовірний перебіг захворювання і наслідки у разі відмови від лікування», що він (вона) «мав(ла) можливість задавати будь-які питання ... стосовно стану здоров'я, перебігу захворювання і лікування та одержав(ла) на них відповіді». Однак представники багатьох медичних спеціальностей пропонують модифіковані версії цієї згоди, тому що вважають текст стандартної згоди не інформативним для опису своєї взаємовідносин з пацієнтами [10].

Істотним аспектом інформованої згоди за формою № 003-6/о є вимога закону до пацієнта власноруч написати власне прізвище, ім'я, по батькові та підписати форму. На формі № 003-6/о разом з пацієнтом свій підпис має поставити також лікуючий лікар. Однак за станом здоров'я багато паліативних хворих не можуть поставити свій підпис самостійно. Виникає питання про право лікуючого лікаря написати, що зазначене у згоді записано зі слів пацієнта і вірно відображує зміст його добровільного бажання.

Відповідно до юридичної практики України укладання довіреностей [11], довірена особа має право вчиняти юридично значимі дії від імені та в інтересах іншої особи за наявності довіреності, укладеної згідно вимог чинного законодавства. У випадках «укладення правочинів щодо нерухомості, транспортних засобів, корпоративних прав; представництва інтересів довірителя в банківських, фінансових установах, страхових компаніях, державних органах (наприклад, в судах України); участі та голосування на загальних зборах учасників юридичної особи» та інших ситуаціях, коли відбувається розпорядження майновими правами. Але навіть для нотаріально посвідчених довіреностей є обмеження. Так, за довіре-

ністю не можна укласти шлюб, голосувати на виборах депутатів, мера, Президента, в дочеряти/всиновлювати дітей та ін. Для багатьох немайнових прав законне представництво інтересів пов'язано з опікунством та дієздатністю за віком і станом здоров'я. Так, рішення про госпіталізації або відмову від неї, проведення оперативних втручань, інвазійних лікувальних або діагностичних процедур, психотерапії, припинення реанімації за недієздатного паліативного хворого може прийняти його законний представник (опікун), призначений судом [12]. Якщо рішення за неповнолітню дитину приймають батьки, в окремих випадках також потрібне рішення суду, отже лише у такий спосіб можна врахувати думку самої дитини.

Дієздатність також слід розрізняти з правоздатністю. Дієздатність дозволяє людині свідомо набувати прав та нести обов'язки. При анкетуванні під час вивчення якості життя паліативних хворих набуття прав не відбувається, тому ми вважаємо за можливе записати відповіді пацієнта з його слів і засвідчити їх підписом лікуючого лікаря, якщо пацієнт не може підписати анкету сам. У нотаріальному посвідченні підпису, або підписуванні анкети двома свідками, як це необхідно зробити у випадку посвідчення заповіту без нотаріуса [13], на нашу думку, необхідності немає. У той самий час право пацієнта на повну і достовірну інформацію про цілі наукового дослідження, до якого його залучено, належить до абсолютних прав, які не можуть бути порушені ні за яких обставин, навіть у випадку воєнного або надзвичайного стану (стаття 64 Конституції України) [14]. Тому не можна зібрати дані про якість життя паліативного хворого без інформування його про факт проведення наукового дослідження, його цілі та можливі наслідки для пацієнта. Негативні

наслідки для пацієнта при проведенні анкетування можуть виникнути лише у випадку порушення конфіденційного збереження інформації, отриманої від пацієнта лікарем-дослідником. Тому для третіх осіб інформація про відповіді пацієнтів на питання анкети мають бути відкриті лише в анонімному режимі, або в узагальненому вигляді про всіх опитаних пацієнтів. Інших негативних наслідків участь паліативного пацієнта у дослідженні якості його життя я не передбачаю. Тому скоріше йдеться про можливі незручності участі у дослідженні, ніж про наслідки. Незручністю може стомлення пацієнта під час опитування: хоча анкета є короткою, але потрібно зважати на стан здоров'я деяких паліативних пацієнтів.

Дотримання конфіденційності отриманої від паліативного хворого інформації під час опитування про якість його життя є виконанням вимог законодавства щодо дотримання прав на таємницю про стан здоров'я (ст. 286 Цивільного кодексу України, далі – ЦКУ [12]), на повагу до гідності та честі людини (ст. 297 ЦКУ), на індивідуальність (ст. 300 ЦКУ) та на особисте життя (ст. 301 ЦКУ). Питання повідомлення паліативного пацієнта про стан його здоров'я, відповідно до вимог ст. 285 ЦКУ, лікар-дослідник може перекласти на лікую-

чого лікаря, якщо це не одна і та сама людина.

Висновки

1. Інформована згода є важливою частиною правового регулювання медичної допомоги та соціального забезпечення в Україні і світі, ґрунтується на науковому та філософському розумінні правової автономії пацієнта, абсолютному праві знати всі деталі своєї участі у науковому дослідженні, які могли б вплинути на рішення згоди або незгоди участі у такому дослідженні.

2. Текст інформованої згоди для участі в опитуваннях може бути модифікований, але без порушення процедури роз'яснення пацієнту (або його законному представнику) цілей дослідження та можливих незручностей для пацієнта. Також неприпустимим є опитування пацієнта без інформування пацієнта про сам факт проведення наукового дослідження.

3. Інформовану згоду на дослідження якості життя та анкету опитувальника можуть підписати паліативний пацієнт та його лікуючий лікар, або тільки лікуючий лікар, якщо паліативний хворий чітко розуміє зміст запитань опитувальника, дає на них чіткі недвозначні відповіді, але не може самостійно писати.

Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. Faden RR; Beauchamp TL. A History and Theory of Informed Consent. New York: Oxford University Press; 1986. 409 p.
2. Нестеренко ВГ. Про порядок надання паліативної та хоспісної допомоги в Україні. Медицина сьогодні і завтра. 2021;90(2):57-62. DOI: 10.35339/msz.2021.90.2.nes.
3. Мойсеєнко ВО, Никула ТД, Дериземля ІО, Денисайко КВ. Аспекти викладання етики та деонтології ведення онкологічних хворих у підготовці студентів-медиків. Міжнародний журнал «Реабілітація та паліативна медицина». 2016;1(3):36-8. Доступно на: https://med-expert.com.ua/journals/wp-content/uploads/2017/06/prm_01_2016_web.pdf
4. Ріга ОО, Пеньков АЮ, Коновалова НМ. Принципи надання паліативної допомоги дітям. Посібник для тренерів з дитячої паліативної допомоги. Харків: ХНМУ; 2017. 97 с. Доступно на: <https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/17740/1/2.pdf>

5. Agar M, Ko DN, Sheehan C, Chapman M, Currow DC. Informed consent in palliative care clinical trials: challenging but possible. *J Palliat Med.* 2013;16(5):485-91. DOI: 10.1089/jpm.2012.0422. PMID: 23631612.

6. Morrow BM, Argent AC, Kling S. Informed consent in pediatric critical care research – a South African perspective. *BMC Med Ethics.* 2015;16:62. DOI: 10.1186/s12910-015-0052-6. PMID: 26354389.

7. Moodley K, Allwood BW, Rossouw TM. Consent for critical care research after death from COVID-19: Arguments for a waiver. *S Afr Med J.* 2020;110(7):629-34. PMID: 32880337.

8. Wohleber AM, McKittrick DS, Davis SE. Designing research with hospice and palliative care populations. *Am J Hosp Palliat Care.* 2012;29(5):335-45. DOI: 10.1177/1049909111427139. PMID: 22104045.

9. Форма первинної облікової документації № 003-6/о «Інформована добровільна згода пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення і на присутність або участь учасників освітнього процесу», затверджена Наказ Міністерства охорони здоров'я України № 110 від 14 лют 2012 (у редакції наказу Міністерства охорони здоров'я України № 2837 від 09 гру 2020). Чинна на 20 чер 2021. Законодавство України. Верховна Рада України. Доступна на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0697-12>

10. Савченко ВМ, Харченко ГД, Керестей ВВ, Рідковець ТГ, Буряк ОЮ, Погребняк ЮМ. Інформована згода пацієнта при наданні послуг з фізичної терапії. Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Від лікувальної фізичної культури до фізичної реабілітації, фізичної терапії та ерготерапії: спадкоємність спеціальностей і навчальних дисциплін» (Україна, Запоріжжя, 3–4 чер 2021). С. 156-8. Доступно на: https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/38532/1/Savchenko_Informovana_Zgoda_dla_fizterapevtiv_2021.pdf

11. Довіреність: що варто знати? Міністерство юстиції України [Інтернет]. Доступно на: <https://minjust.gov.ua/m/dovirenist-scho-var-to-znati> [доступ отримано 20 чер 2021].

12. Цивільний кодекс України, № 435-IV від 16.01.2003. Чинний на 20 чер 2021. Верховна рада України. Законодавство України. Доступно на: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/435-15>

13. Гаврилов ЕВ. Про можливість складання заповіту особою, яка знаходиться на лікуванні у закладі охорони здоров'я. Матеріали XIX Міжнародної науково-практичної конференції «Сучасна наука та її вплив на розвиток людства» (Україна, м. Харків, 28 лют 2020). Вісник ХРІПГОЗ (ISSN 2707-9287). 2020;93(1):58-9. DOI: 10.5281/zenodo.4005460.

14. Конституція України. Закон № 2222-IV від 8 гру 2004, чинна на 20 чер 2021. Офіційний сайт Президента України. Доступно на: <https://www.president.gov.ua/documents/constitution>

Нестеренко В.Г.

ИНФОРМИРОВАННОЕ СОГЛАСИЕ ПАЛЛИАТИВНЫХ БОЛЬНЫХ НА УЧАСТИЕ В ИССЛЕДОВАНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

Информированное согласие как процедура обязательна в случаях участия пациентов в клинических испытаниях фармацевтических препаратов, подготовки к оперативным вмешательствам, диагностическим и лечебным инвазивным процедурам, а также в опросах (анкетированиях) по вопросам здоровья по законодательству большинства стран мира. Практика получения информированного согласия в Украине распространена

и хорошо изучена в случаях подготовки паллиативных пациентов к операциям, госпитализациям, проведению инвазивных процедур, но недостаточно исследований о получении информированного согласия при изучении качества жизни. В нашем исследовании были использованы метод системного анализа и библиосемантический метод, с обращениями к научным и юридическим источникам. В результате исследования определено, что информированное согласие является важной частью правового регулирования медицинской помощи и социального обеспечения в Украине и в мире. Текст информированного согласия может быть модифицирован для целей научного исследования, но без нарушения процедуры уведомления пациента (или его законного представителя) о целях и возможных неудобствах исследования. Текст информированного согласия должен быть подписан пациентом (собственноручно) и его лечащим врачом. Если пациент не может самостоятельно писать, но понимает суть информированного согласия и вопросов опросника, а также четкие однозначные ответы на эти вопросы, анкета и информированное согласие могут быть подписаны только лечащим врачом.

Ключевые слова: медицинская деонтология, медицинская этика, медицинское право, паллиативная и хосписная помощь.

Nesterenko V.G.

INFORMED CONSENT OF PALLIATIVE PATIENTS TO PARTICIPATE IN QUALITY OF LIFE RESEARCH

Informed consent as a procedure is mandatory in cases of patient participation in clinical trials of pharmaceuticals, preparation for surgical interventions, diagnostic and therapeutic invasive procedures, and even in surveys (questionnaires) on health issues according to the legislation of most countries of the world. The practice of obtaining informed consent in Ukraine is widespread and well-studied in cases of preparing palliative patients for operations, hospitalizations, invasive procedures, but there is a certain lack of information on obtaining informed consent when studying quality of life. In our research, we used the method of systematic analysis and the bibliosemantic method, with references to scientific and legal sources. As a result of the study, it was determined that informed consent is an important part of the legal regulation of medical care and social security in Ukraine and the world. We researched the issue of legal capacity, identified separate issues of confidentiality, compliance with the requirements of Ukrainian legislation regarding the observance of individual rights of patients that could potentially be violated during the study of the quality of life, collecting and processing answers to questionnaire, signing informed consent. The text of the informed consent can be modified for the purposes of the scientific study, but without violating the procedure of informing the patient (or his legal representative) about the goals and possible inconveniences of the study. The text of the informed consent must be signed by the patient (in his own hand) and the attending physician. If the patient cannot write independently, but understands the essence of the text of the informed consent and the questions of the questionnaire and gives clear and unambiguous answers to them, the questionnaire and the informed consent can be signed only by the attending physician.

Keywords: medical deontology, medical ethics, medical law, palliative and hospice care.

Надійшла до редакції 12.06.2021

Відомості про автора

Нестеренко Валентина Геннадіївна – кандидат медичних наук, доцент кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4.

E-mail: vh.nesterenko@knmu.edu.ua

ORCID: 0000-0002-3773-9525.

Психіатрія, наркологія та медична психологія

УДК: 616.89-008.454-085-036.838

**ОЦІНКА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ РОДИЧІВ ХВОРИХ
НА ДЕМЕНЦІЮ ЯК ОСНОВА
ЇХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ****Каплоух О.М.***Харківський національний медичний університет, Харків, Україна*

Кількість пацієнтів з деменцією збільшується з кожним роком. Економічний збиток від хвороби складає більше 600 млрд доларів щорічно, що підкреслює її соціальне значення. Нами було проведено комплексне обстеження 97 родичів хворих на деменцію. Результати дослідження показали, що ця важка хвороба є важким стресом для родичів хворих на деменцію. Так у 72,3 % обстежених жінок та 59,8 % чоловіків виявлено порушення психоемоційної сфери. Вони скаржились на знижений фон настрою (76,9 % жінок та 55,3 % чоловіків), пригніченість (72,3 % та 65,8 % відповідно), почуття тривоги, постійне внутрішнє напруження (81,2 % жінок та 65,9 % чоловіків), порушення циклу сон-неспаня (55,8 % та 53,9 % відповідно), загальну слабкість, млявість і швидку стомлюваність (36,8 % жінок та 31,1 % чоловіків), стани розгубленості (72,3 % та 65,7 % відповідно). На основі отриманих у ході дослідження даних, були виділені наступні варіанти емоційних розладів в обстежених: тривожний, депресивний, астено-апатичний і дисфоричний. Для родичів хворих на деменцію притаманні емоційні розлади переважно тривожно-депресивного регістру, виникнення дезадаптивної поведінки під час піклування за хворим родичем, психосоціальна дезадаптація, порушення міжособистісних стосунків та деформація сімейної взаємодії. Отримані результати свідчать про необхідність розробки медико-психологічного супроводу родичів хворих на деменцію.

Ключові слова: когнітивні порушення, близькі пацієнта, дезадаптивна поведінка, емоційні розлади.



Цитуйте українською: Каплоух ОМ. Оцінка психоемоційного стану родичів хворих на деменцію як основа їх медико-психологічної підтримки. Експериментальна і клінічна медицина. 2021;90(2):35-40. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.kap>

Cite in English: Kaploukh OM. Assessment of the psycho-emotional state of dementia patient's family members as the basis of their medical and psychological support. Experimental and Clinical Medicine. 2021;90(2):35-40. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.kap> [in Ukrainian].

Вступ

Деменція є однією з найактуальніших проблем сучасної медицини, оскільки число хворих, які страждають різними формами цього захворювання, збільшується з кожним роком. На сьогодні деменцією страждають близько

47 млн жителів планети, і за прогнозами до 2030 року ця кількість збільшиться у 2 рази. Світовий економічний збиток від деменції становить більш ніж 600 млрд доларів щорічно, і ця цифра також зростає з кожним роком [1; 2].

Деменція – це синдромокомплекс, який характеризується порушеннями когнітивних функцій, що спричиняють дезадаптацію пацієнта в повсякденному житті. А дезадаптація стає головною причиною для значного погіршення якості життя. Середньостатистична смертність серед осіб похилого віку значно нижче, аніж смертність серед пацієнтів з деменцією. Важливо зазначити, що емоційний та соціально-економічний тягар деменції лягає не тільки на самих пацієнтів, але й на їхніх родичів, оточення і на все суспільство в цілому [3–5].

В Україні основне навантаження з догляду за хворим несуть його родичі. З погіршенням стану хворого збільшується навантаження і на опікуна, проблема дезадаптації родичів хворих на деменцію є актуальною, адже це захворювання не тільки погіршує якість життя хворих, а й призводить до великих матеріальних та нематеріальних затрат внаслідок необхідності постійного спостереження за особами з вираженими формами деменції [6; 7].

Зараз на стику психології, медицини та соціології все більше уваги приділяється дослідженням, які вивчають пацієнта в єдності з його оточенням. Враховуючи різноманітність та індивідуальність клінічних проявів деменції, обмеження соціального функціонування пацієнтів, доцільним є використання комплексної програми допомоги хворим на деменцію, що включає поєднання психофармакотерапії, психотерапії та психоосвітніх тренінгів для хворих на початкових стадіях та їх родичів, враховуючи сімейноцентричний підхід [8; 9].

Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження, **метою якого** є комплексне вивчення особливостей емоційних розладів у родичів хворих на деменцію.

Матеріал та методи

Для досягнення поставленої мети було проведено комплексне обстеження 97 родичів хворих на деменцію обох статей у віці 40–60 років. Всі обстежені дали інформовану згоду. Також були обстежені 97 пацієнтів, хворих на деменцію, обох статей у віці 69–85 років. Обстеження та робота з родинами проводилася за умови дотримання принципів біоетики та деонтології. Статистична обробка даних, отриманих у процесі дослідження, проводилася з використанням електронних таблиць Microsoft Excel (США).

Для дослідження були використані наступні методи: анамнестичний; психодіагностичний з використанням опитувальника нервово-психічної напруги (Немчин Т.А., 1984), клінічних шкал тривоги й депресії Гамільтона (Hamilton M., 1967), адаптованих до МКХ-10 (Пантелєєва Г.П., 1988), шкали ситуативної й особистісної тривожності Спілбергера Ч.Д. (в адаптації Ханіна Ю.Л., 1981), опитувальник «Аналіз сімейної тривоги» за Ейдемільлером Е.Г. та Юстіцісом В. (1999), «Шкала структурованого інтерв'ю для визначення відношення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича»; методика «Оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта» (Абрамов В.А. зі співавт., 2009).

Результати та їх обговорення

Як показали результати дослідження, важка хвороба близького є важким стресом для родичів хворих на деменцію. Так, у 72,3 % обстежених жінок та 59,8 % чоловіків виявлено порушення психоемоційної сфери. Вони скаржилися на знижений фон настрою (76,9 % жінок та 55,3 % чоловіків), пригніченість (72,3 % та 65,8 % відповідно), почуття тривоги, постійного внутрішнього напруження (81,2 % жінок та 65,9 % чоловіків), порушення циклу

сон-неспання (55,8 % та 53,9 % відповідно), загальну слабкість, млявість і швидко стомлюваність (36,8 % жінок та 31,1 % чоловіків), стани розгубленості (72,3 % та 65,7 % відповідно).

У 35,2 % обстежених жінок та 25,8 % чоловіків виявлено важкий, у 39,3 % жінок та 29,6 % чоловіків помірний депресивний епізод за шкалою депресії Гамільтона. У 42,2 % жінок та 35,8% чоловіків виявлено важкий, у 41,2 % та 36,1% хворих відповідно помірний тривожний епізод за шкалою тривоги Гамільтона. Таким чином, у жінок рівень тривожно-депресивних проявів був більш виражений, ніж у чоловіків.

Як свідчить аналіз результатів оцінки тривожності за шкалою Спілбергера Ч.Д. в адаптації Ханіна Ю.Л., обстеженим чоловікам були притаманні високі рівні ситуативної (56,8 %) й помірні – особистісної (38,5 %) тривожності, жінкам – високі рівні як ситуативної (62,8 %), так і особистісної (65,2 %) тривожності.

Встановлено, що 53,8 % обстежених чоловіків та 55,1 % жінок скаржилися на численні проблеми, які виникали у родині у зв'язку з деменцією родича, за яким вони здійснювали догляд: на зміну звичного укладу життя; психічне напруження; зміну соціальної ролі одного з подружжя (графік роботи, звільнення, зростання робочого навантаження); зменшення часу на відпочинок, спілкування з друзями та, відповідно, фізичне і емоційне відновлення; побутові та фінансові проблеми.

При аналізі особливостей ставлення членів сім'ї до захворювання на деменцію їх родича виявлені переважання драматизуючого (59,8 % жінок та 60,2 % чоловіків) та негативного (деструктивного) ставлення (25,9 % та 26,5 % відповідно) у поєднанні з переважанням обмеженого (39,2 % жінок та 40,2 %

чоловіків) та низького (22,8 % та 26,3 % відповідно) рівнів сімейної підтримки хворих.

У 45,3 % обстежених родин відмічались прояви сімейних негараздів, у 57,3 % – високий рівень сімейної тривоги, що можна розглядати як первинну реакцію порушення сімейної структури у зв'язку з хворобою на деменцію члена родини.

На основі отриманих у ході дослідження даних були виділені наступні варіанти емоційних розладів в обстежених: тривожний, депресивний, астено-апатичний і дисфоричний.

У структурі тривожного варіанту у 37,2 % чоловіків та 29,8 % жінок домінували відчуття тривоги, невизначеності майбутнього, внутрішнє напруження з неможливістю розслабитися, занепокоєння хворобою родича та прогнозом розвитку деменції, загострення сімейних, подружніх, міжособистісних та внутрішньоособистісних конфліктів, відчуття розгубленості.

При депресивному варіанті (25,1 % чоловіків та 34,2 % жінок) відмічався пригнічений настрій, туга, відчуття безперспективності, відчаю, розпачу й безвихідності, слабкість концентрації уваги з неуважністю, забудькуватістю, нездатністю зосередитися.

У клінічній картині астено-апатичного варіанту (19,5 % чоловіків та 23,8 % жінок) переважали відчуття виснаження, загальна слабкість, млявість, психомоторна загальмованість, безініціативність, ангедонія, байдужність до всього.

Дисфоричний варіант (18,2 % чоловіків та 12,2 % жінок) характеризувався тужно-злобно-похмурим настроєм, дратівливістю із періодично виникаючими спалахами гніву, гіперстезіями.

Висновки

Таким чином, родичам хворих на деменцію притаманні емоційні розлади переважно тривожно-депресивного ре-

гістру, виникнення дезадаптивної поведінки під час піклування за хворим родичом, психосоціальна дезадаптація, порушення міжособистісних стосунків та деформація сімейної взаємодії.

Отримані результати свідчать про необхідність розробки медико-психологічного супроводу родичів хворих на деменцію.

Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. Шевченко-Бітенський КВ. Когнітивні порушення у хворих на змішану деменцію різного ступеня вираженості, ускладнених галюцинаторно-параноїдними розладами. Експериментальна і клінічна медицина. 2019;3(84):46-53. DOI: 10.35339/ekm.2019.84.03.07.
2. Mudrenko IG. Clinical-psychopathological features of patients with dementia in Alzheimer's disease with high risk of suicide. Inter Collegass. 2017;4(4):203-10. DOI: 10.35339/ic.4.4.203-210.
3. Марута НА, Потапов АА, Мудренко ИГ, Сотников ДД, Лычко ВС. Клинико-психопатологические особенности больных с суицидальным поведением при смешанной форме деменции. Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2018;8(1):46-59.
4. Марута НО, Шевченко-Бітенський КВ, Каленська ГЮ. Клініко-психопатологічна характеристика та соціальне функціонування пацієнтів з галюцинаторно-параноїдними розладами при судинних деменціях помірного ступеня тяжкості. Медичні перспективи. 2020;25(1):185-92. DOI: 10.26641/2307-0404.2020.1.200419.
5. Кожина ГМ, Стрельнікова ІМ, Зеленська КО. Метод лікування психотичних розладів при хворобі Альцгеймера. Інформаційний лист про нововведення в сфері охорони здоров'я № 268. Київ: Укрмед-патентінформ, 2018. 4 с.
6. Kaminska A. System of medical-psychological support of the family where a patient with endogenous mental disorder lives. Norwegian Journal of development of the International Science. 2019;1(37):15-21.
7. Герасимук ВА. Порівняльний аналіз стресового навантаження і стану сімейних стрес-протективних ресурсів у дружин хворих на параноїдну шизофренію, залежно від тривалості захворювання. Фундаментальні та прикладні дослідження в практиці провідної наукової школи. 2018;29(5):93-9.
8. Pshuk NG, Kaminska AO, Stukan LV. Psychoeducational module as a component of complex system of medical-psychological support for families, where a patient with endogenous mental disorder lives. Norwegian Journal of development of the International Science. 2019;1(34):15-9.
9. Діхтяр ВО. Особливості родинної взаємодії у пацієнтів, хворих на шизофренію, з точки зору психотерапевтичного потенціалу сім'ї. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції «Нова ідеологія сім'ї та сімейних відносин» (Харків, 26.11.2009). С. 25-7.

Kaploukh O.M.

ASSESSMENT OF THE PSYCHO-EMOTIONAL STATE OF DEMENTIA PATIENT'S FAMILY MEMBERS AS THE BASIS OF THEIR MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT

Dementia is one of the most relevant problems in modern medicine, as the number of patients suffering from various forms of this disease is increasing every year. Currently, dementia affects about 47 million people on the planet, according to forecasts by 2030 this figure

will double. The global economic damage from dementia is more than \$ 600 billion annually and this figure is growing every year. According to the results of the study, a serious illness of a loved one is a severe stress for relatives of patients with dementia. In 72.3% of examined women and 59.8% of men was found a disturbance of the psycho-emotional sphere. They complained of low mood (76.9% of women and 55.3% of men), depression (72.3% and 65.8% respectively), feelings of anxiety, constant internal tension (81.2% of women and 65.9% of men), sleep-wake cycle disorders (55.8% and 53.9% respectively), general weakness, lethargy and rapid fatiguability (36.8% of women and 31.1% of men), confusion (72,3% and 65.7% respectively). The following variants of emotional disorders were identified in the subjects: anxious, depressive, astheno-apathetic and dysphoric, based on data obtained during the study. Dementia patient's relatives are characterized by emotional disorders, mainly from anxious-depressive register, the emergence of maladaptive behavior during care of an ill family member, psychosocial maladaptation, disruption of interpersonal relationships and deformation of family interaction. Obtained results indicate the need to develop medical and psychological support for dementia patient's relatives.

Keywords: *cognitive disorders, family members, maladaptive behavior, emotional disorders.*

Каплюх О.М.

ОЦЕНКА ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНЫХ ДЕМЕНЦИЕЙ КАК ОСНОВА СИСТЕМЫ ИХ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ

Число пациентов с деменцией увеличивается с каждым годом. Экономический ущерб от болезни составляет более 600 млрд долларов ежегодно, что подчеркивает ее социальное значение. Нами было проведено комплексное обследование 97 родственников больных деменцией. Результаты исследования показали, что эта тяжелая болезнь является тяжелым стрессом для родственников больных деменцией. Так, у 72,3 % обследованных женщин и 59,8 % мужчин выявлено нарушение психоэмоциональной сферы. Они жаловались на пониженный фон настроения (76,9 % женщин и 55,3 % мужчин), подавленность (72,3 % и 65,8 % соответственно), чувство тревоги, постоянное внутреннее напряжение (81,2 % женщин и 65,9 % мужчин), нарушение цикла сон бодрствования (55,8 % и 53,9 % соответственно), общую слабость, вялость и быструю утомляемость (36,8 % женщин и 31,1 % мужчин), состояния растерянности (72,3 % и 65,7% соответственно). На основе полученных в ходе исследования данных были выделены следующие варианты эмоциональных расстройств у обследованных: тревожный, депрессивный, астено-апатический и дисфорический. Для родственников больных деменцией присущи эмоциональные расстройства преимущественно тревожно-депрессивного регистра, возникновение дезадаптивного поведения при уходе за больным родственником, психосоциальная дезадаптация, нарушение межличностных отношений и деформация семейного взаимодействия. Полученные результаты свидетельствуют о необходимости разработки медико-психологического сопровождения родственников больных деменцией.

Ключевые слова: *когнитивные нарушения, близкие пациенту, дезадаптивное поведение, эмоциональные расстройства.*

Надійшла до редакції 02.02.2021

Відомості про автора

Каплоух Ольга Миколаївна – аспірант кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.

E-mail: okaplouh@gmail.com

ORCID: 0000-0002-5599-5127.

УДК: 616.891.6:616.441-008.61

КЛІНІЧНА ФЕНОМЕНОЛОГІЯ ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ

Невзорова С.І.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

У світі відбувається вагомий приріст патології щитоподібної залози. Багато наукових досліджень, присвячених цієї проблемі, свідчать про приріст саме гіпофункції щитоподібної залози. Було обстежено 74 хворих обох статей, у віці 30–55 років з первинним гіпотиреозом (легкого ступеня – 26,1 % обстежених, середнього ступеня тяжкості – 45,2 %, важкого ступеня – 28,7 %), у яких було діагностовано тривожний розлад органічної природи (F06.4 за МКХ-10). У роботі були використані клініко-неврологічний, клініко-психопатологічний, анамнестичний, психодіагностичний методи обстеження. Як показали результати дослідження, клінічна картина тривожних розладів у обстежених хворих була представлена тривожним (38,2 %), панічним (36,7 %) та тривожно-депресивним (25,1 %) синдромами. Аналіз рівня нервово-психічної напруги у обстежених хворих показав переважання екстенсивної (надмірної) напруги при помірному та важкому ступеню гіпотиреозу, та інтенсивної (помірної) напруги у хворих з легким ступенем гіпотиреозу. Отримані у ході роботи данні дозволяють розробити діагностичні критерії тривожних розладів у хворих із органічними та симптоматичними психічними захворюваннями внаслідок первинного гіпотиреозу.

Ключові слова: щитоподібна залоза, невротичні розлади, тривога, занепокоєння.



Цитуйте українською: Невзорова С.І. Клінічна феноменологія тривожних розладів у хворих на гіпотиреоз. Експериментальна і клінічна медицина. 2021;90(2):41-5.

<https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.nev>

Cite in English: Nevzorova S.I. Clinical phenomenology of anxiety disorders in patients with hypothyroidism. Experimental and Clinical Medicine. 2021;90(2):41-5. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.nev> [in Ukrainian].

Вступ

Останнім часом в Україні та інших країнах світу спостерігається значне зростання тиреоїдної патології в цілому та гіпотиреозу зокрема. Результати досліджень останніх років свідчать про значне більше поширення гіпотиреозу, ніж вважалося раніше [1; 2]. Також відзначений патоморфоз психічних розладів при ендокринних захворю-

ваннях. На всіх етапах розвитку соматичного захворювання одним із найбільш суттєвих факторів, який впливає на клінічну картину і характер перебігу цього захворювання, є психічний стан хворого, що опосередковано впливом лімбічної системи на гіпоталамус і довгастий мозок при послабленні регулюючих можливостей ретикулярної формації [3; 4].

© Невзорова С.І., 2021

© Nevzorova S.I., 2021

Активна роль тиреоїдних гормонів в різноманітних метаболічних процесах, що відбуваються в організмі, дозволяє припустити, що всі варіанти еутиреозу можуть бути чинниками поліорганної патології з переважним ураженням нервової системи на всіх її рівнях. При цьому неврологічна симптоматика у більшості випадків виходить на перший план та спричиняє більшість симптомів захворювання [5; 6].

Стан гіпотиреозу, як явного, так і субклінічного, істотно впливає на емоційну сферу хворих. Емоційні розлади (тривога, депресія) та поведінкові порушення виявляються в осіб з первинним гіпотиреозом вже на субклінічній стадії захворювання. Виникнення цих порушень дослідники пов'язують зі зменшенням впливу тиреоїдних гормонів на обмін речовин і зниження активності обмінних процесів у мозку [7; 8]. Багато дослідників відзначають «невротизацію» хворих з ендокринними захворюваннями, формування у них неспокійних психічних розладів. Поширеність порушень психічної сфери та дезадаптивних форм реагування на захворювання досягає серед цих хворих 70–100 %. Розлади психічної діяльності ускладнюють перебіг захворювання, відновлювально-реабілітаційні процеси, та є однією з головних причин тимчасової непрацездатності й інвалідності пацієнтів у понад 50 % випадків [9–11]. Вищевикладене обумовило актуальність і необхідність проведення даного дослідження.

Метою дослідження було вивчення клінічних та психопатологічних особливостей формування та перебігу тривожних розладів у хворих на первинний гіпотиреоз.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети у ДУ «Інститут проблем ендокринної патології ім. В.Я. Данилевського НАМН

України», з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології, було проведено комплексне обстеження 74 хворих обох статей у віці 30–55 років з первинним гіпотиреозом (легкого ступеня – 26,1 % обстежених, середнього ступеня тяжкості – 45,2 %, важкого ступеня – 28,7 %), у яких було діагностовано тривожний розлад органічної природи (F06.4 за МКХ-10).

У роботі було використано наступні методи обстеження:

- *клініко-неврологічний та клініко-психопатологічний*, які базувалися на загальноприйнятих підходах до неврологічного та психіатричного обстеження шляхом інтерв'ювання та спостереження. Опитування здійснювалось із застосуванням критеріїв МКХ-10;

- *психодіагностичний* з використанням клінічних шкал тривоги й депресії Гамільтона (Hamilton M., 1967), адаптованих до МКХ-10 (Пантелеєва Г.П., 1988) (Hamilton Rating Scale for Depression, HDRS – Шкала оцінки депресії Гамільтона; Hamilton Anxiety Rating Scale, HAM-A/HARS – Шкала оцінки тривоги Гамільтона); шкали самооцінки тривожності Спілбергера Ч.Д. та Ханіна Ю.Л. (State-Trait Anxiety Inventory, STAI – Інверторний опитувальник тривожності за станом-характером, 1985); опитувальника нервово-психічної напруги за Немчиним Т.А. (1984); шкали оцінки інтегрованого показника якості життя (Mezzich N. et al., 1999, у модифікації Марути Н.О., 2004).

- *біохімічний* – тиреоїдний статус вивчали за даними вмісту в крові ТТГ та вільного Т4, які визначали в крові імуноферментним методом набором реактивів ТОВ «Хема-Медика» (Україна).

Результати та їх обговорення

Для обстежених хворих найбільш притаманними були скарги на постійне відчуття тривоги, немотивоване занепокоєння, пригніченість настрою, різно-

го роду страхи й нав'язливі спогади, втрату інтересу до колишніх занять, загальну слабкість, швидку фізичну та інтелектуальну стомлюваність.

Як показали результати дослідження, клінічна картина тривожних розладів у обстежених хворих представлена тривожним (38,2 %), панічним (36,7 %) та тривожно-депресивним (25,1 %) синдромами.

При тривожному варіанті було відзначено знижене тло настрою, почуття тривоги, внутрішнього напруження, немотивованого занепокоєння, негативного емоційного забарвлення переживань, емоційна лабільність, ізольовані нав'язливі страхи, сумніви щодо правильності прийнятих рішень і дій, тісно пов'язаних із тривожною помисливістю відносно своєї оцінки в очах оточуючих, легкий або помірний депресивний епізод та важкий тривожний епізод за шкалою Гамільтона.

При панічному варіанті фіксували повторювані непередбачувані напади важкої тривоги та/або паніки, що не обмежувалися певною ситуацією або обставинами. Хворі відчували надзвичайний страх та наближення смерті, що також супроводжувалося тахікардією, задухою, пітливістю. Напад паніки тривав до години. Між нападами було присутнє тривожне очікування повторення. Відмічався легкий депресивний епізод та важкий тривожний епізод за шкалою Гамільтона.

Тривожно-депресивний варіант був представлений поєднанням зниже-

ного фону настрою, яскраво вираженим астеничним синдромом з драгівливістю, нестриманістю афекту та гіперестезіями, зниженням розумової продуктивності, підвищеною слабкістю і стомлюваністю, немотивованим занепокоєнням, тривогою. Відмічався важкий або помірний депресивний епізод та помірний тривожний епізод за шкалою Гамільтона.

Проведений аналіз виразності тривожних проявів за допомогою шкали рівня тривожності Спілбергера-Ханіна показує, що при гіпотиреозі легкого ступеня відмічалось помірне підвищення рівня ситуативної, а у більшості обстежених особистісної тривожності, при гіпотиреозі помірного та важкого ступеня – значне підвищення як ситуативної, так і особистісної тривожності.

Аналіз рівня нервово-психічної напруги в обстежених хворих показав переважання екстенсивної (надмірної) напруги при помірному та важкому ступені гіпотиреозу та інтенсивної (помірної) напруги у хворих з легким ступенем гіпотиреозу.

Вищенаведене свідчить про вплив тиреоїдного дисбалансу на формування тривожного стану в обстежених хворих.

Висновки

Отримані у ході роботи дані дозволяють розробити діагностичні критерії тривожних розладів у хворих з органічними та симптоматичними психічними захворюваннями внаслідок первинного гіпотиреозу.

Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. Кожина ГМ, Григорова ІА, Коростій ВІ, ТОВАЖНЯНЬСЬКА ОЛ, ГАЙЧУК ЛМ, МІХАЙЛОВ ВБ. Когнітивні та емоційні порушення внаслідок соматичних захворювань у осіб працездатного віку. Харків: Глобус; 2011. 150 с.
2. ТОВАЖНЯНЬСЬКА ОЛ, ГРИГОРОВА ІА, КОЖИНА ГМ, КОРОСТІЙ ВІ, МАРКОВСЬКА ОВ. Порушення когнітивних функцій у хворих на первинний гіпотиреоз. Український медичний альманах. 2011;14(4):134-5.

3. Бурчинський СГ. Депресивні розлади у неврологічній практиці: можливості фітотерапевтичної корекції. *Нейроnews [Нейроновини]*. 2008;4(09):3-6. Доступно на: <https://is.gd/Nf3nUa> [російською].
4. Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for humanitarian settings. World Health Organization (WHO) and United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Geneva: WHO; 2012. 82 p. Available at: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/76796>
5. Дедов ІІ, Трошина ЄА, Антонова СС. Аутоімунні захворювання щитоподібної залози: стан проблеми. *Проблеми ендокринології*. 2002;2:6-13.
6. Hoyer J, van der Heiden C, Portman ME. Psychotherapy for Generalized Anxiety Disorder. *Psychiatric Annals*. 2011;41(2):87-94. DOI: 10.3928/00485713-20110203-07.
7. Depping AM, Komossa K, Kissling W, Leucht S. Second-generation antipsychotics for anxiety disorders. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(12):CD008120. DOI: 10.1002/14651858.CD008120.pub2. PMID: 21154392.
8. Іщук ВВ. Систематика копінг-стратегій при психоендокринному синдромі на тлі розповсюджених форм ендокринних порушень. *Медична психологія*. 2019;(1):27-31. Доступно на: <http://www.mps.kh.ua/archive/2019/1/6>
9. ТОВАЖНЯНСКАЯ ЕЛ. Роль вазоактивних речовин у формуванні гемодинамічних порушень у хворих з неврологічними ускладненнями первинного гіпотиреозу. *Український вісник психоневрології*. 2008;16(3(56)):24-7. Доступно на: <https://is.gd/jQTFoQ> [російською].
10. Feldman AZ, Shrestha RT, Hennessey JV. Neuropsychiatric manifestations of thyroid disease. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2013;42(3):453-76. DOI: 10.1016/j.ecl.2013.05.005. PMID: 24011880.
11. Bunevicius R, Prange AJ Jr. Psychiatric manifestations of Graves' hyperthyroidism: pathophysiology and treatment options. *CNS Drugs*. 2006;20(11):897-909. DOI: 10.2165/00023210-200620110-00003. PMID: 17044727.

Nevzorova S.I.

CLINICAL PHENOMENOLOGY OF ANXIETY DISORDERS IN PATIENTS WITH HYPOTHYROIDISM

Recently, there has been a significant increase in thyroid pathology worldwide. In most studies of thyroid pathology, it is increasingly common to see an increase in thyroid hypofunction among individuals from different population groups. The aim of the study is to investigate the clinical and psychopathological features of the formation and course of anxiety disorders in patients with primary hypothyroidism. It was examined 74 patients of both sexes, aged 30–55 years with primary hypothyroidism (mild – 26.1% of patients, moderate – 45.2%, severe – 28.7%) who were diagnosed with anxiety disorder of organic nature (F06.4). The following examination methods were used in the study: clinical-neurological, clinical-psychopathological, anamnestic, psychodiagnostic. The most common complaints among the examined patients were constant feelings of anxiety, unmotivated anxiety, mood depression, various fears and intrusive memories, loss of interest in previous activities, general weakness, and rapid physical and intellectual fatigue. According to the study results, clinical picture of anxiety disorders in the examined patients is represented by anxious (38.2% of the examined), panic (36.7%) and anxious-depressive (25.1%) variants of psychopathological symptoms. The analysis of the se-

verity of anxiety manifestations using the State-Trait Anxiety Inventory shows that in hypothyroidism there was an increase in the level of situational and personal anxiety. Analysis of neuropsychiatric stress level in the examined patients showed predominance of extensive (excessive) stress in moderate and severe hypothyroidism and intense (moderate) stress in patients with mild hypothyroidism. The data obtained during study allow to develop diagnostic criteria for anxiety disorders in patients with organic and symptomatic mental illnesses due to primary hypothyroidism.

Keywords: *thyroid gland, neurotic disorders, anxiety, worry.*

Невзорова С.И.

КЛИНИЧЕСКАЯ ФЕНОМЕНОЛОГИЯ ТРЕВОЖНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ

В мире наблюдается значительный прирост патологии щитовидной железы. В большей степени он связан именно с гипофункцией щитовидной железы. Нами было обследовано 74 больных обоих полов, в возрасте 30–55 лет, с первичным гипотиреозом (легкой степени – 26,1 % обследованных, средней степени тяжести – 45,2 %, тяжелой степени – 28,7 %) у которых было диагностировано тревожное расстройство органической природы (F06.4). Были использованы следующие методы обследования: клинико-неврологический, клинико-психопатологический, анамнестический, психодиагностический. Как показали результаты исследования, клиническая картина тревожных расстройств у обследованных больных была представлена тревожным (38,2 %), паническим (36,7 %) и тревожно-депрессивным (25,1 %) синдромами. Анализ уровня нервно-психического напряжения у обследованных больных показал преобладание экстенсивного (чрезмерного) напряжения при умеренной и тяжелой степени гипотиреоза и интенсивного (умеренного) напряжения у больных с легкой степенью гипотиреоза. Данные, полученные в ходе работы, позволяют разработать диагностические критерии тревожных расстройств у больных с органическими и симптоматическими психическими заболеваниями вследствие первичного гипотиреоза.

Ключевые слова: *щитовидная железа, невротические расстройства, тревога, беспокойство.*

Надійшла до редакції 23.04.2021

Відомості про автора

Невзорова Світлана Ігорівна – аспірант кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4.

E-mail: sveta.nevzorova@gmail.com

ORCID: 0000-0000-0002-3454-8803.

УДК 616-01/09:616-091.811:618-019

ПЕРСОНІФІКОВАНА МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ ХВОРИХ НА COVID-19

Лещина І.В.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Вивчення психічних розладів, які виникають внаслідок COVID-19, має високе соціальне та медичне значення. На тепер виникає необхідність проведення комплексних досліджень, які спрямовані на вивчення психопатогенезу психічних розладів, що розвиваються на фоні COVID-19, а також необхідність розробки персоналізованих програм патогенетично обґрунтованої терапії та реабілітації осіб, які перенесли COVID-19. Обстежено 125 хворих на COVID-19 з неспсихотичними психічними розладами, обох статей (68 жінок та 57 чоловіків) у середньому віці (36,0±3,4) року. Як показали результати клініко-психопатологічного дослідження, клінічна картина неспсихотичних психічних розладів у обстежених хворих представлена депресивним (29,1 %), тривожним (33,4 % хворих), астеноневротичним (24,2 %) та когнітивним (13,3%) синдромами. З урахуванням отриманих в ході комплексного обстеження даних про психологічні, патофизиологічні та клініко-психопатологічні особливості хворих на COVID-19, нами була розроблена модель персоналізованої психотерапевтичної підтримки хворих, які перенесли дане захворювання, до якої входить психотерапія та психоосвіта. Як показали результати дослідження на фоні проведеної програми персоналізованої психотерапевтичної підтримки хворих, які перенесли COVID-19, в обстежених хворих відмічався стійкий терапевтичний ефект, позитивна динаміка психопатологічної симптоматики, підвищення психофізичної активності, покращення когнітивних показників та достовірне зниження показників тривоги та депресії за психодіагностичними шкалами.

Ключові слова: неспсихотичні психічні розлади, коронавірусна хвороба 2019, психотерапія, психоосвіта.



Цитуйте українською: Лещина ІВ. Персоналізована модель психотерапевтичної підтримки хворих на COVID-19. Експериментальна і клінічна медицина. 2021;90(2):46-51.
<https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.les>

Cite in English: Leshchyna IV. Personalized model of psychotherapeutic support for patients with COVID-19. Experimental and Clinical Medicine. 2021;90(2):46-51.
<https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.les> [in Ukrainian].

Вступ

Пандемія SARS-COV-2 є глобальним викликом для усієї системи охорони здоров'я. Коронавірусна хвороба 2019 (COVID-19) являє собою складну

поліорганну патологію, яка, зокрема, впливає на функцію центральної нервової системи [1; 2].

Вивчення психічних розладів, які виникають внаслідок COVID-19, має

© Лещина І.В., 2021

© Leshchyna I.V., 2021

високе соціальне та медичне значення. На тепер виникає необхідність проведення комплексних досліджень, які спрямовані на вивчення психопатогенезу психічних розладів, що розвиваються на тлі COVID-19, а також необхідність розробки персоніфікованих програм патогенетично обґрунтованої терапії та реабілітації осіб, які перенесли COVID-19 [3; 4].

Сьогодні персоніфікована медицина стає одним з провідних трендів у системі охорони здоров'я. Головна мета – оптимізувати та персоналізувати профілактику, діагностику та лікування, уникнути небажаних побічних ефектів через виявлення індивідуальних особливостей організму [5; 6].

Сучасні стратегії медичної допомоги виділяють шість цілей на шляху до поліпшення якості лікування та реабілітації хворих: безпека, ефективність, пацієнтоорієнтованість, своєчасність, раціональність, неупередженість допомоги. При цьому саме психотерапія та медико-психологічна реабілітація є вкрай важливими та взаємодоповнюючими терапевтичними стратегіями [7; 8].

Пандемія коронавірусної хвороби порушує психічну рівновагу та значно впливає на психологічний стан населення в усьому світі, це підтверджено цілою низкою досліджень. Ефективна та своєчасна психологічна і психотерапевтична допомога в цей винятковий період є загально необхідною. Пандемія вимагає значних змін в організації психотерапевтичної та психологічної підтримки. Головне завдання цих змін – максимально зберегти стабільність терапевтичного сетингу, а також продовження надання допомоги пацієнтам у складних умовах карантину [9; 10].

Мета дослідження – розробка та апробація моделі персоніфікованої психотерапевтичної підтримки хворих на COVID-19.

Матеріали та методи

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології нами було проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 125 хворих на COVID-19 з непсихотичними психічними розладами, обох статей (68 жінок та 57 чоловіків) у середньому віці ($36,0 \pm 3,4$) роки. Також нами були використані наступні психодіагностичні методики: шкала тривоги Гамільтона [11], шкала депресії Гамільтона [12], шкала Спілбергера-Ханіна (STAI) [13], та госпітальна шкала тривоги та депресії [14].

Результати та їх обговорення

Як показали результати клініко-психопатологічного дослідження, клінічна картина непсихотичних психічних розладів у обстежених хворих була представлена депресивним (29,1 %), тривожним (33,4 % хворих), астеноневротичним (24,2 %) та когнітивним (13,3 %) синдромами.

У клінічній картині депресивних розладів були присутні пригніченість настрою, афект туги, відчуття виснаження, ангедонія, психомоторна загальмованість, іпохондричні прояви, важкий рівень депресії та помірний тривоги за шкалою Гамільтона, клінічні прояви депресії та субклінічні прояви тривоги за госпітальною шкалою, помірна особистісна та висока реактивна тривожність за шкалою Спілбергера-Ханіна.

При тривожних розладах на тлі зниженого настрою спостерігалася надмірна тривога, відчуття постійного внутрішнього напруження з немотивованим занепокоєнням, ізольовані нав'язливі страхи, помірний епізод депресії та важкий епізод тривоги за шкалою Гамільтона, клінічні прояви депресії та тривоги за госпітальною шкалою, високий ступінь особистісної та реактивної

тривожності за шкалою Спілбергера-Ханіна.

У клінічній картині астеноневротичного синдрому були відмічені дратівливість, гіперестезія, зниження розумової продуктивності після незначної інтелектуальної напруги, підвищена слабкість, млявість, швидка стомлюваність, немотивоване занепокоєння, тривога, сенсibiлізація до зовнішніх подразників, особливо в період відходу до сну та у процесі засинання, помірний рівень депресії та тривоги за шкалою Гамільтона, клінічні прояви депресії та тривоги за госпітальною шкалою, помірна реактивна та висока ситуативна тривожність за шкалою Спілбергера-Ханіна.

Когнітивний синдромокомплекс проявлявся зниженням обсягів вербальної пам'яті та запам'ятовування отриманої інформації, незначним утрудненням орієнтації, зниженням показників перцептивно-гностичної сфери, зниженням швидкості лічильних операцій, утрудненням концентрації уваги та вираженою реакцією психічної втоми.

З урахуванням отриманих в ході комплексного обстеження даних про психологічні, патопсихологічні та клініко-психопатологічні особливості хворих на COVID-19, нами була розроблена модель персоніфікованої психотерапевтичної підтримки хворих, які перенесли COVID-19. До цієї моделі входить психотерапія та психоосвіта.

Психотерапевтичні інтервенції спрямовувалися на формування критичності до симптомів депресії, тривоги, когнітивних розладів, мотивування до їх усунення, відновлення достатнього рівня активності та працездатності, нормалізацію настрою та сну, навчання саморегуляції психічного стану, вербалізацію переживань на протигагу соматичному реагуванню, зменшення та усунення страхів, формування усвідомлення ролі особистісних властивостей у

реагуванні на ситуацію, корекцію дезадаптивних рис, гармонізацію особистісного характерологічного профілю, усвідомлення особистісних поведінкових копінгових патернів, пошук адекватних до ситуації копінг-стратегій, засвоєння нових адаптивних форм поведінки та мотивування до їх реалізації, підвищення прихильності до лікування, формування свідомої позиції у лікувальному процесі, корекцію дезадаптивних типів реагування на хворобу.

Психотерапевтична програма складалася з трьох послідовних етапів:

I – формування комплаєнсу, первинної адаптації хворих до психотерапевтичного процесу;

II – корекційний етап, спрямований на стабілізацію емоційного стану, корекцію тривожно-депресивних проявів, активацію позитивних особливостей особистості, нормалізацію системи емоційно-вольового реагування, когнітивний тренінг, формування навичок саморегуляції психологічного стану;

III – закріплення й підтримки результатів шляхом потенціювання позитивних емоцій, формування адаптивних форм поведінки, нормалізації системи емоційно-вольового реагування, тенденції до використання конструктивних форм копіngu.

Психотерапевтична програма при депресивному синдромокомплексі включала використання раціональної психотерапії, когнітивно-поведінкової терапії «Аналіз переживань» та «Психологічний баланс», біосугесивної терапії Стражного О. та релаксаційної терапії.

При тривожному синдромі використовували когнітивно-поведінкову терапію усвідомленості (mindfulness), тренінг менеджменту ризиків та стресостійкості «Передбачити, Планувати, Попередити» ("The Anticipated, Plan and Deter (APD)"), екзистенціальну терапію та релаксаційну терапію.

При астено-невротичному синдромі використовували когнітивно-поведінкову терапію «Поведінкова активація» та «Психоадаптація», особистісно-орієнтовану психотерапію, індивідуально-орієнтовану короткотермінову психодинамічну психотерапію та релаксаційну терапію.

При когнітивному синдромі використовувались когнітивний тренінг та когнітивно-поведінкова терапія «Поведінкова активація» та «Когнітивний резерв».

Важливою складовою програми психотерапевтичної підтримки є психоосвіта, яка спрямована на формування адекватної системи уявлень про нейротоксичний вплив та наслідки COVID-19, розуміння основних психопатологічних синдромів, викликаних захворюванням, залучення хворих до активної участі в лікуванні та навчанні методам подолання заглибленості у хворобу.

Реалізація психоосвітньої програми здійснювалася у формі тренінгів із використанням допоміжної візуальної

інформації (інфографіка, презентації, фото, відеоматеріали) та друкованої продукції (листівки, буклети, брошури). Крім того, пацієнтам були дані домашні завдання (наприклад, самостійно опрацювати проблеми, заплановані для обговорення в процесі групового заняття). В якості засобу моніторингу пацієнтам було запропоновано вести щоденник, в якому вони відображали динаміку стану і застосування на практиці отриманих знань.

Висновки

Як результатами дослідження на тлі проведення розробленої програми персоніфікованої психотерапевтичної підтримки, у хворих, які перенесли COVID-19, був відмічений стійкий терапевтичний ефект, позитивна динаміка психопатологічної симптоматики, підвищення психофізичної активності, покращення когнітивних показників та достовірне зниження показників тривоги та депресії за психодіагностичними шкалами.

Конфлікт інтересів відсутній.

Література

1. ван Ворен Р. По ком звонит колокол: кто заплатит самую высокую цену за борьбу с пандемией COVID-19. Ракурс, 01.04.2020 [Интернет]. Доступно на: <https://is.gd/gf1rnW>
2. Чабан ОС, Хаустова ОО. Психічне здоров'я в період пандемії COVID-19 (особливості психологічної кризи, тривоги, страху та тривожних розладів). *НейроNews*. 2020;3(114):26-36. Доступно на: <https://is.gd/Ie8AZz>
3. Gao J, Zheng P, Jia Y, Chen H, Mao Y, Chen S, et al. Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak. *PLoS One*. 2020;15(4):e0231924. DOI: 10.1371/journal.pone.0231924. PMID: 32298385.
4. Huang Y, Zhao N. Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey. *Psychiatry Res*. 2020;288:112954. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112954. Erratum in: *Psychiatry Res*. 2021;299:113803. PMID: 32325383.
5. Кожина АМ, Зеленская ЕА. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств. *Украинский вестник психоневрологии*. 2013;21(4(77)):90-3. Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2013_21_4_20
6. Киреева ЕН. Система профилактики повторных эпизодов депрессивных расстройств. *Международный неврологический журнал*. 2014;4(66):103-6. Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mnzh_2014_4_13

7. Zarocostas J. How to fight an infodemic. *Lancet*. 2020;395(10225):676. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)30461-X. PMID: 32113495.
8. Юрєва ЛН, Шустерман ТИ. Пандемія COVID-19: ризики для психологічного благополуччя і психічного здоров'я. *Український вестник психоневрології*. 2020;28(2(103)):5-10. Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2020_28_2_3
9. Ткаченко ОВ. Вплив пандемії COVID-19 на психічне здоров'я (огляд літератури). *Український вісник психоневрології*. 2021;29(1(106)):55-9. Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvp_2021_29_1_12
10. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):300-2. DOI: 10.1016/S2215-0366(20)30073-0. PMID: 32085840.
11. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 1959;32:50-5. Available at: <https://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/05/HAMILTON-ANXIETY.pdf>
12. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 1960;23:56-62. Available at: <https://dcf.psychiatry.ufl.edu/files/2011/05/HAMILTON-DEPRESSION.pdf>
13. Spielberger CD. *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (STAI)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. 1983. Available at: <https://www.advancedassessments.co.uk/resources/Mental-Health-Test.pdf>
14. Zigmond AS, Snaith RP. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand*. 1983;67:361-70. PMID: 6880820 DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

Leshchyna I.V.

PERSONALIZED MODEL OF PSYCHOTHERAPEUTIC SUPPORT FOR PATIENTS WITH COVID-19

The study of mental disorders resulting from COVID-19 has high social and medical significance. At present, there is a need for comprehensive research aimed at studying the psychopathogenesis of mental disorders that develop on the background of COVID-19. It is also necessary to develop personalized programs of pathogenetically based therapy and rehabilitation for patients who have recovered from COVID-19. It was examined 125 patients with COVID-19 with non-psychotic mental disorders, both sexes (68 women and 57 men) with a mean age of (36.0±3.4) years. In the clinical picture of non-psychotic mental disorders in the examined patients are depressive (29.1%), anxious (33.4% of patients), astheno-neurotic (24.2%) and cognitive (13.3%) syndromes, as shown by results of clinical and psychopathological study. Taking into account data obtained during the comprehensive examination of psychological, pathopsychological and clinical-psychopathological features of patients with COVID-19, it was developed a model of personalized psychotherapeutic support for patients who have recovered from COVID-19, which includes psychotherapy and psychoeducation. The psychotherapeutic program consisted of three consecutive stages: stage I – formation of compliance, stage II – corrective, stage III – consolidation and maintenance of results. An important component of the psychotherapeutic support program is psychoeducation, which aims to form an adequate system of ideas about the impact and consequences of COVID-19, and to involve patients in active participation in treatment. According to study results on the background of personalized psychotherapeutic support program of patients who have recovered from COVID-19, there was

a stable therapeutic effect in examined patients, positive dynamics of psychopathological symptoms, increased psychophysical activity, improved cognitive performance and significant reduction of anxiety and depression.

Keywords: *nonpsychotic mental disorders, coronavirus disease 2019, psychotherapy, psychoeducation.*

Лещина И.В.

ПЕРСОНИФИЦИРОВАННАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ БОЛЬНЫХ COVID-19

Изучение психических расстройств, возникающих вследствие COVID-19, имеет высокое социальное и медицинское значение. Сейчас возникает необходимость проведения комплексных исследований, направленных на изучение психопатогенеза психических расстройств, развивающихся на фоне COVID-19, а также необходимо разработать персонафицированные программы патогенетически обоснованной терапии и реабилитации лиц, перенесших COVID-19. Мы обследовали 125 больных COVID-19 с непсихотическими психическими расстройствами, обоих полов (68 женщин и 57 мужчин) в среднем возрасте ($36,0 \pm 3,4$) года. Как показали результаты клинико-психопатологического исследования, клиническая картина непсихотических психических расстройств у обследованных больных представлена депрессивным (29,1 %), тревожным (33,4 % больных), астено-невротическим (24,2 %) и когнитивным (13,3 %) синдромами. С учетом полученных в ходе комплексного обследования данных о психологических, патопсихологических и клинико-психопатологических особенностях больных COVID-19, нами была разработана модель персонафицированной психотерапевтической поддержки больных, перенесших данное заболевание, в которую входит психотерапия и психообразование. Как показали результаты исследования на фоне проведенной программы персонафицированной психотерапевтической поддержки больных, перенесших COVID-19, у обследованных больных отмечался устойчивый терапевтический эффект, положительная динамика психопатологической симптоматики, повышение психофизической активности, улучшение когнитивных показателей и достоверное снижение показателей тревоги и депрессии.

Ключевые слова: *непсихотические психические расстройства, коронавирусная болезнь 2019, психотерапия, психообразование.*

Надійшла до редакції 17.04.2021

Відомості про автора

Лещина Ірина Володимирівна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61022, м. Харків, пр. Науки, 4.

E-mail: prorector_npr@knmu.edu.ua

ORCID: 0000-0002-8053-5288.

УДК: 616.89-008.441-02-054.73-085

ГЕНДЕРНИЙ АНАЛІЗ СПЕЦИФІКИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У РІЗНИХ КАТЕГОРІЙ ОСІБ, ЯКІ ПОСТРАЖДАЛИ ВІД БОЙОВИХ ДІЙ

Зеленська К.О.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Постстресові психічні розлади, що викликані військовими діями на сході України, стають одними з важливих внутрішніх бар'єрів у час адаптації до умов мирного життя через нашарування на цей субстрат нових стресів, пов'язаних з соціальною дезадаптацією. Дослідження специфіки клінічної структури, особливостей діагностичного процесу, профілактики і лікування постстресових розладів у осіб що пережили бойові дії, безумовно є однією з найвагоміших медичних і соціальних проблем нашого суспільства. Нами було проведено комплексне обстеження 299 хворих на неспихотичні психічні розлади, обох статей, у середньому віці (30,6±4,7) років. У I групу були включені 96 військовослужбовців ЗСУ, що приймали безпосередню участь у бойових діях в зоні ООС (30 жінок та 66 чоловіків). II групу склали 98 волонтерів, діяльність яких пов'язана з підтримкою військовослужбовців в зоні ООС (54 жінки та 44 чоловіка). У III групу увійшли 105 вимушених переселенців (53 жінки та 52 чоловіка). Клінічна структура постстресових розладів у обстежених хворих була представлена: посттравматичним стресовим розладом (F43.1); розладами адаптації (продовжена тривожно-депресивна реакція) (F43.21); тривожними розладами: генералізованим тривожним розладом (F41.1); панічним розладом (F41.0). При аналізі клінічної симптоматики були виявлені такі гендерні відмінності у жінок в порівнянні з чоловіками: невротичні розлади проявлялися більшою виразністю туги, а у чоловіків у клінічній структурі на перший план виходили дратівливість та тривожні прояви. Був зроблений висновок, що клінічна картина невротичних розладів у чоловіків і жінок відрізняється, тому отримані у ході роботи данні лягли в основу розробки комплексної персоналізованої програми корекції неспихотичних психічних розладів та реабілітації осіб постраждалих внаслідок бойового стресу з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії та психоосвіти.

Ключові слова: бойові дії, неспихотичні психічні розлади, комбатанти, волонтери, вимушені переселенці.



Цитуйте українською: Зеленська КО. Гендерний аналіз специфіки невротичних розладів у різних категорій осіб, які постраждали від бойових дій. Експериментальна і клінічна медицина. 2021;90(2):52-7. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.zel>

Cite in English: Zelenska KO. Gender analysis of the specificity of neurotic disorders in different categories of persons affected by hostilities. Experimental and Clinical Medicine. 2021;90(2):52-7. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.zel> [in Ukrainian].

Вступ

Наслідками збройних конфліктів сучасності стає виникнення у осіб, які постраждали від бойових дій, проявів специфічних симптомів, що пов'язують з комплексним впливом на особу психологічних, фізичних, інформаційних й інших факторів [1; 2].

Військові дії є надзвичайним стресом, який в умовах невизначеності термінів розв'язання конфлікту стає хронічним. Зміна життєвого стереотипу, розрив звичних стосунків, втрата роботи, житла, фінансові проблеми призводять до зриву адаптаційного потенціалу особистості, формуванню дезадаптивних станів, виникненню невротичних розладів [3; 4].

Психічна дезадаптація, яка настає внаслідок пережитого особою стресу соціальних змін, може протікати як на донозологічному рівні, так і на рівні клінічно окреслених станів. Коли формується виражена психопатологічна симптоматика, на передній план виходять невротичні симптоми: страх, тривога, дистимія, соматовегетативні та вегетосудинні порушення [5; 6].

Реалізація профілактики розвитку постстресових розладів та реабілітації осіб, що постраждали внаслідок бойових дій, є дуже вагомим втручанням, через наявні проблеми у сфері психічного здоров'я і психосоціальні наслідки кризових травмуючих подій [7; 8].

Дослідження специфіки клінічної структури, особливостей діагностичного процесу, профілактики і лікування постстресових розладів у осіб що пережили бойові дії, безумовно стає однією з найвагоміших медичних і соціальних питань нашого суспільства на зараз. Така необхідність викликана, тим, що постстресові розлади можуть призводити не тільки до страждання особи, але і перешкоджають соціальному та

особистому функціонуванню такої особи [9].

Вище викладене обумовило актуальність нашого дослідження і визначило його **ціль** – провести комплексний аналіз специфіки невротичних розладів у різних категорій осіб, що постраждали від бойових дій на території України (вимушених переселенців, комбатантів і волонтерів).

Матеріал та методи дослідження

Під час роботи нами було проведено комплексне обстеження 299 хворих на невротичні розлади, обох статей, у середньому віці ($30,6 \pm 4,7$) років:

У I групу дослідження увійшли 96 військовослужбовців збройних сил України (ЗСУ), що приймали безпосередню участь у бойових діях в зоні операції об'єднаних сил (ООС) (30 жінок та 66 чоловіків); у II групу – 98 волонтерів, діяльність яких пов'язана з підтримкою військовослужбовців в зоні ООС (54 жінки та 44 чоловіка); у III групу – 105 вимушених переселенців (53 жінки та 52 чоловіка).

Нами були використані наступні методи дослідження: анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний. Психодіагностичні методи дослідження включали: шкалу Спілберґера-Ханіна, шкалу Монтгомері-Айсберґа, госпітальна шкалу тривоги та депресії. Математико-статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою пакетів спеціалізованих програм (Statistica 6.0, MS Excel, США).

Результати та їх обговорення

За результатами дослідження клінічна структура невротичних розладів у обстежених хворих була представлена: посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) (34,2% обстежених чоловіків та 26,1 % жінок I групи; 33,4 % та 30,2 % – II групи відповідно; 26,2 %

чоловіків та 21,5 % жінок III групи); пролонгованою тривожно-депресивною реакцією (27,9 % обстежених чоловіків та 31,1 % жінок I групи; 24,1 % та 29,9 % – II групи відповідно; 31,1 % чоловіків та 33,6 % жінок III групи); тривожними розладами (37,9 % обстежених чоловіків та 42,8 % жінок I групи; 42,5 % та 40,6 % II групи відповідно; 42,7 % чоловіків та 44,9 % жінок III групи).

Клінічна структура ПТСР була представлена тривожним (33,8 % обстежених чоловіків та 49,2 % жінок I групи; 33,5 % та 38,2 % відповідно II групи; 40,2 % чоловіків та 39,1 % жінок III групи), дисфорічним (46,3 % чоловіків та 19,5 % жінок I групи; 43,9 % та 17,4 % відповідно II групи; 37,8 % чоловіків та 11,4 % жінок III групи) та соматоформним (19,9 % чоловіків та 31,3 % жінок I групи; 22,6 % та 44,4 % відповідно II групи; 22,0 % чоловіків та 49,5 % жінок III групи) варіантами психопатологічної симптоматики.

При пролонгованій тривожно-депресивній реакції у 44,2 % чоловіків та 56,2 % жінок I групи; 50,1 % та 45,2 % відповідно II групи; 41,7 % чоловіків та 40,2 % жінок III групи переважав депресивний варіант психопатологічної симптоматики; у 55,8 % чоловіків та 43,8 % жінок I групи; 49,9 % та 54,8 % відповідно II групи та 58,3 % чоловіків та 47,1 % жінок III групи – тривожний варіант.

Нозологічна структура тривожних розладів буда представлена епізодичною пароксизмальною тривогою (56,8 % чоловіків та 61,1 % жінок I групи; 43,9 % та 51,2 % відповідно II групи; 61,1 % чоловіків та 44,2 % жінок III групи) та генералізованим тривожним розладом (43,2 % чоловіків та 38,9 % жінок I групи; 56,1 % та 48,8 % відповідно II групи; 38,9 % чоловіків та 61,6 % жінок III групи).

При аналізі клінічної симптоматики були визначені такі гендерні відмінності: у жінок у порівнянні з чоловіками невротичні розлади проявлялися більшою виразністю туги, а у чоловіків у клінічній структурі на перший план виходили дратівливість та тривожні прояви.

Аналіз виразності депресивної симптоматики показав переважання у більшості обстежених клінічно вираженої депресії за госпітальною шкалою (45,6 % чоловіків та 53,1 % жінок I групи, 44,9 % чоловіків та 49,8 % жінок II групи, 51,8 % та 55,5 % обстежених III групи відповідно), великого депресивного епізоду за шкалою Монтгомері-Айсберга (48,3 % чоловіків та 51,1 % жінок I групи, 49,9 % чоловіків та 55,7 % жінок II групи, 50,1 % та 53,4% обстежених III групи відповідно).

Результати оцінки особистісної тривожності і реактивної тривоги (за шкалою Спілбергера-Ханіна) виявили, що тривожні порушення високого ступеня виразності були наявні у 63,4 % чоловіків та 65,6 % жінок I групи, 60,6 % чоловіків та 67,3 % жінок II групи, 49,8 % та 66,9% обстежених III групи відповідно.

Данні що були отримані у ході роботи лягли в основу розробки комплексної персоніфікованої програми корекції невротичних розладів та реабілітації осіб, що постраждали внаслідок бойового стресу з диференційованим використанням методів таких методів як: психофармакотерапія, психотерапія та психоосвіта.

Висновки

Комплексний аналіз специфіки невротичних розладів у різних категорій осіб, що постраждали від бойових дій на території України (вимушених переселенців, комбатантів і волонтерів) показав, наступне:

1. клінічна структура невротичних розладів у обстежених хворих була представлена: посттравматичним стресовим розладом (ПТСР); пролонгованою тривожно-депресивною реакцією; тривожними розладами.

2. клінічна симптоматика мала наступні гендерні відмінності: у жінок

у порівнянні з чоловіками невротичні розлади проявлялися більшою виразністю туги, а у чоловіків у клінічній структурі на перший план виходили дратівливість та тривожні прояви.

Конфлікт інтересів

Автор декларує відсутність конфлікту інтересів.

Література

1. Марута НО, Каленська ГЮ, Федченко ВЮ, Панько ТВ, Марута ОС. Психологічні фактори ризику виникнення психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб. Львівський клінічний вісник. 2020;1(29):21-8. DOI: 10.25040/lkv2020.01.021.

2. Вербицький ЄЮ, Євтушенко ЮО. Клініко-психопатологічні та патопсихологічні особливості реактивної депресії в структурі неспсихотичних психічних стрес-асоційованих розладів у вимушених переселенців із зони АТО. Архів психіатрії. 2016;22(2(85)):16-9. Доступно на: <https://cmhmda.org.ua/wp-content/uploads/2022/08/arkhiv-psikhiatrii-2016-2.pdf>

3. Lennard J. Global Overview. People Internally Displaced by Conflict and Violence. 2015. Available at: <http://www.internal-displacement.org/sites/default/files/inline-files/20150506-global-overview-2015-en.pdf>

4. Глаголич СЮ. Клініко-соціальні особливості дезадаптивних станів у волонтерів, діяльність яких пов'язана з забезпеченням військових в зоні АТО. Психіатрія, неврологія, медична психологія. 2016;3(2(6)):69-76. Доступно на: <https://periodicals.karazin.ua/pnmp/article/view/8331>

5. Друзь ОВ, Сиропятов ОГ, Бадюк МІ. Методичні рекомендації з удосконалення лікування та реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України, які залучаються до участі в міжнародних операціях з підтримки миру і безпеки, із посттравматичним стресовим розладом. Київ: МП Леся; 2014. 54 с.

6. Юр'єва ЛМ, Шустерман ТЙ, Ліхолетов ЄО. Неспсихотичні психічні розлади в осіб, що зазнали психосоціального стресу в умовах військового конфлікту. Медичні перспективи. 2019;24(4):112-20. DOI: 10.26641/2307-0404.2019.4.189601.

7. Маркова МВ, Козира ПВ. Постстресові дезадаптивні стани на тлі соціальних змін: аналіз проблеми. Медична психологія. 2015;1(37):8-13. Доступно на: <http://www.mps.kh.ua/archive/2015/1/2>

8. Омелянович ВЮ. Суспільні та сімейні аспекти діагнозу «посттравматичний стресовий розлад» у військовослужбовців після повернення з зони бойових дій. Психосоціальна медицина та загальна практика. 2019;4(2):34-9. DOI: 10.26766/pmgrp.v4i1.183.

9. Друзь ОВ, Гриневич ЮГ, Черненко ЮО. Комплекс методів, процедури та алгоритм психотерапії в структурі диференційованих програм психосоціальної реабілітації станів дезадаптації у учасників локальних бойових дій. [Європейський мультинауковий журнал]. 2018;22:5-11.

Zelenska K.O.

GENDER ANALYSIS OF THE SPECIFICITY OF NEUROTIC DISORDERS IN DIFFERENT CATEGORIES OF PERSONS AFFECTED BY HOSTILITIES

Post-stress mental disorders caused by military actions in the east of Ukraine become one of the important internal barriers during adaptation to the conditions of peaceful life due to the layering on this substrate of new stresses associated with social maladaptation. The study of the specificity of the clinical structure, the peculiarities of the diagnostic process, the prevention and treatment of post-stress disorders in persons who have survived combat operations, is definitely becoming one of the most important medical and social issues of our society at the moment. We conducted a comprehensive examination of 299 patients with non-psychotic mental disorders, both sexes, with an average age of (30.6±4.7) years. The I group included 96 servicemen of the Ukrainian Armed Forces who took direct part in hostilities in the Joint Forces Operations (JFO) zone (30 women and 66 men); The II group – 98 volunteers whose activities are related to the support of servicemen in the JFO zone (54 women and 44 men); Group III - 105 forced migrants (53 women and 52 men). The clinical structure of post-traumatic stress disorders in the examined patients was represented by: post-traumatic stress disorder (F43.1); adaptation disorders (prolonged anxiety-depressive reaction) (F43.21); anxiety disorders: generalized anxiety disorder (F41.1); panic disorder (F41.0). When analyzing the clinical symptoms, we have the following gender differences: in women, compared to men, neurotic disorders were manifested by a greater expressiveness of longing, and in men, irritability and anxiety manifestations came to the fore in the clinical structure. The data obtained during the work formed the basis for the development of a comprehensive personalized program for the correction of non-psychotic mental disorders and the rehabilitation of persons affected by combat stress with the differentiated use of psychopharmacotherapy, psychotherapy and psychoeducation methods.

Keywords: *hostilities, non-psychotic mental disorders, combatants, volunteers, internally displaced persons (IDPs).*

Зеленская Е.А.

ГЕНДЕРНЫЙ АНАЛИЗ СПЕЦИФИКИ НЕВРОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У РАЗЛИЧНЫХ КАТЕГОРИЙ ЛИЦ, ПОСТРАДАВШИХ ОТ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Постстрессовые психические расстройства, вызванные военными действиями на востоке Украины, становятся одними из важных внутренних барьеров при адаптации к условиям мирной жизни из-за наложения на этот субстрат новых стрессов, связанных с социальной дезадаптацией. Исследование специфики клинической структуры, особенностей диагностического процесса, профилактики и лечения постстрессовых расстройств у лиц, переживших боевые действия, безусловно, становится одним из наиболее значимых медицинских и социальных вопросов нашего общества в настоящее время. Нами было проведено комплексное обследование 299 больных непсихотическими психическими расстройствами обоих полов в среднем возрасте (30,6±4,7) лет. В I группу исследования вошли 96 военнослужащих ВСУ, принимавших непосредственное участие в боевых действиях в зоне ООС (30 женщин и 66 мужчин); во II группу – 98 волонтеров, деятельность которых связана с поддержкой военнослужащих в зоне ООС (54 женщины и 44 мужчины); в III группу – 105 вынужденных переселенцев (53 женщины и 52 мужчины). Клиническая структура постстрессовых расстройств у обследованных больных была представлена: посттравматическим стрессовым расстройством (F43.1); расстрой-

ствами адаптації (продовжена тривожно-депресивна реакція) (F43.21); тривожними розладами: генералізоване тривожне розлад (F41.1); панічне розлад (F41.0). При аналізі клінічної симптоматики були виявлені такі гендерні відмінності: у жінок порівняно з чоловіками невротичні розлади проявлялися більшою вираженістю тоски, а у чоловіків в клінічній структурі на перший план виступали подразливість і тривожні прояви. Отримані в ході роботи дані лягли в основу розробки комплексної персоналізованої програми корекції невротичних психічних розладів і реабілітації постраждалих в результаті воєнного стресу з диференційованим використанням методів психофармакотерапії, психотерапії і психоосвіти.

Ключові слова: воєнні дії, невротичні психічні розлади, комбатанти, волонтери, примусові переселенці.

Надійшла до редакції 27.04.2021

Відомості про автора

Зеленська Катерина Олексіївна – кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, наркології, медичної психології та соціальної роботи Харківського національного медичного університету

Адреса: Україна, 61022, Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.

E-mail: zelenskaya135@gmail.com

ORCID: 0000-0002-9190-8211.

УДК: 616.89-02:613.867]-057.875:378:61=111

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ПРЕДИКТОРИ РОЗВИТКУ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ІНОЗЕМНИХ СТУДЕНТІВ АНГЛОМОВНОЇ ФОРМИ НАВЧАННЯ

Васильєва О.В.

Харківський національний медичний університет, Харків, Україна

Процес адаптації здобувачів вищої освіти – одна з найактуальніших проблем сучасного суспільства, бо саме від цього напряму залежить успішність у навчанні, особистісний розвиток та формування позитивного ставлення до вибраної професії майбутнього фахівця. Метою роботи було дослідження соціально-психологічних предикторів розвитку дезадаптації іноземних студентів англomовної форми навчання. Було проведено комплексне клініко-психологічне, клініко-анамнестичне та психодіагностичне обстеження 372 іноземних студентів (223 чоловіка та 149 жінок у середньому віці $[19\pm 3]$ роки) англomовної форми навчання I–VI курсів Харківського національного медичного університету. Усіх обстежених буде розділено на три групи: I група – 194 студента із Індії; II група – 96 студентів із країн Азії (Пакистан, Ліван, Сирія); III група – 82 студента із країн Африки (Судан, Туніс, Марокко, Єгипет, Намібія, Ізраїль). В результаті дослідження виявлені високий рівень психологічної дезадаптації у 2,1 % студентів першої групи, 1,3 % студентів другої групи та 2,9 % студентів третьої групи; виражений рівень дезадаптації – у 6,1 %, 11,5 % та 12,6% відповідно; помірний рівень дезадаптації – у 25,1 % студентів першої групи, 26,2 % другої групи та 31,3 % студентів третьої групи; незначний рівень – у 31,5%, 33,9% та 35,1% студентів відповідно. 35,2% студентів першої групи, 27,1 % студентів другої групи та 18,1 % студентів третьої групи не виявляли ознак психологічної дезадаптації. Клініко-психологічна структура дезадаптивних станів була представлена астено-депресивним, гіперстезичним, тривожним та дисфоричним синдромами. Дослідження дозволило зробити висновок, що у формуванні розладів адаптації у іноземних студентів англomовної форми навчання притаманна багатофакторна обумовленість, тісно пов'язані соціальні та психологічні фактори, що визначає специфіку проявів дезадаптивних реакцій та станів.

Ключові слова: адаптаційні механізми, прояви станів дезадаптації, розлади адаптації.



Цитуйте українською: Васильєва ОВ. Соціально-психологічні предиктори розвитку дезадаптації іноземних студентів англomовної форми навчання. Експериментальна і клінічна медицина. 2021;90(2):58-64. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.vas>

Cite in English: Vasylieva O.V. Socio-psychological predictors of the development of maladjustment in foreign students of the English-language form of education. Experimental and Clinical Medicine. 2021;90(2):58-64. <https://doi.org/10.35339/ekm.2021.90.2.vas> [in Ukrainian].

Вступ

Запит щодо забезпечення повноцінної вищої освіти під час підготовки кваліфікованих фахівців в наш час вважається важливим завданням медичних вищих навчальних закладів (ВНЗ) не тільки в нашій країні, а й усьому світі. За останні кілька років у Харківському національному медичному університеті (ХНМУ) набагато зросла кількість іноземних студентів, які навчаються англійською мовою (приблизно 3500 студентів з 85 країн світу) [1; 2].

Процес адаптації здобувачів вищої освіти – одна з найвагоміших проблем суспільства сьогодення, адже саме від цього процесу залежить успішність навчання здобувачів освіти, особистісний розвиток і формування гарного ставлення до вибраної професії майбутнього фахівця [3; 4].

Грунтовність української медичної освіти робить нашу країну привабливою для іноземних громадян з усього світу. Спираючись на це стає актуальним вивчення проблематики адаптації іноземних здобувачів освіти до навчального процесу у ВНЗ нашої країни [5; 6].

Під час навчання у ВНЗ має місце різноманіття перенавантажень і вимог до кожної особистості. Навчання може стати джерелом складних ситуацій, що пов'язані з високими вимогами до етнічної та соціальної психології студентів. Рівень засвоєння нового навчального матеріалу сильно залежить від якості мовної і довузівської підготовки іноземного здобувача освіти. Від початку навчання (здебільшого на кафедрах біологічного профілю) студентам необхідно запам'ятовувати (а найвагоміше – розуміти) значення багатьох термінів грецькою і латинською мовами, специфічну фармакологічну та медичну термінологію [7–9].

На клінічних кафедрах процес підготовки ґрунтується на принципах пос-

лідовності, коли на кожному на кожному новому рівні навчання студент поступово наближується до професійної діяльності лікаря-спеціаліста. Важливою складовою навчального процесу є курація пацієнтів у клініках з використанням різних мовленевих та педагогічних методик. Під час навчання студент-іноземець спілкується з українськими пацієнтами та медичним персоналом, але в майбутньому він повинен буде надавати якісну медичну допомогу пацієнтам у різних куточках світу, тому навчання орієнтоване на міжнародні медичні стандарти [10].

При навчанні у ХНМУ викладачі враховують культурні та національні традиції іноземних студентів, різний рівень загальної підготовки та знання англійської мови. Все перелічене вимагає особливого підходу при проведенні навчання та виховної роботи з цією групою студентів медичних ВНЗ [11].

Провідним напрямком сучасної медичної психології є вивчення механізмів розвитку та дезадаптивних станів, що виникають в умовах соціального стресу який мають студенти-іноземці, оптимізація надання кваліфікованої медико-психологічної допомоги, а також невід'ємною складовою є психопрофілактика подібних хворобливих станів [12; 13].

Вищевикладене обумовлює необхідність проведення та актуальність нашого дослідження, мета якого дослідити соціально-психологічні предиктори розвитку дезадаптації іноземних студентів англійської форми навчання.

Матеріали і методи

Під час виконання роботи нами дотриманні принципи медичної деонтології і біоетики. Зокрема у всі учасники дослідження підписали інформовану згоду. Проведено комплексне клініко-анамнестичне, клініко-психологічне та психодіагностичне обстеження

372 іноземних студентів I–VI курсів англомовної форми навчання ХНМУ, серед яких було 223 чоловіка та 149 жінок у віці (19±3) роки.

Усіх обстежених було розділено на три групи: I група – 194 студента з Індії; II група – 96 студентів з країн Азії (Пакистан, Ліван, Сирія) та III група – 82 студента з країн Африки (Судан, Туніс, Марокко, Єгипет, Намібія, Ізраїль).

У роботі на цьому етапі використовувалися клініко-анамнестичний та клініко-психопатологічні методи дослідження. Клініко-психопатологічний, що включав в себе вивчення скарг, оцінку психічного статусу обстежених, виділення основних психопатологічних синдромів та їх динаміки. В якості діагностичних критеріїв будуть використані критерії МКХ-10. Анамнестичний включав структуроване інтерв'ю із вивченням спадковості, впливу контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання. Математико-статистичну обробку результатів дослідження проводили за допомогою пакетів спеціалізованих програм (Statistica 6.0, MS Excel, США).

Результати та їх обговорення

За результатами нашого дослідження високий рівень психологічної дезадаптації спостерігався у 2,1 % студентів першої групи, 1,3 % студентів другої групи та 2,9 % студентів третьої групи; виражений рівень – у 6,1 %, 11,5 % та 12,6 % відповідно. Помірний рівень дезадаптації був виявлений у 25,1 % студентів першої групи, 26,2 % другої групи та 31,3 % студентів третьої групи; незначний рівень – у 31,5%, 33,9% та 35,1% студентів відповідно. 35,2% студентів першої групи, 27,1 % студентів другої групи та 18,1 % студентів третьої групи не виявляли ознак психологічної дезадаптації.

Клініко-психологічна структура дезадаптивних станів була представлена астено-депресивним (23,1 % обстежених першої групи, 15,8 % другої групи та 25,6 % обстежених третьої групи), гіперстезичним (29,9 %, 29,8 % та 22,2 % обстежених відповідно), тривожним (25,5 % обстежених першої групи, 18,9 % другої групи та 31,1 % обстежених третьої групи) та дисфорічним (21,5 %, 35,5 % та 21,1 % відповідно) синдромами.

Невід'ємною складовою станів психологічної дезадаптації є порушення навчальної адаптації, яку було виявлено у 36,5 % студентів першої групи, 35,4 % другої групи та 36,3 % третьої групи. 29,1 %, 27,8 % та 28,7% обстежених студентів відповідно відчували власну низьку успішність та незначні навчальні досягнення.

У 19,8 % студентів першої, 20,1 % другої та 28,6 % третьої груп спостерігалось загальне незадоволення міжособистісною взаємодією у освітньому середовищі; у 30,1%, 29,8% та 31,0% обстежених відповідно було відзначено порушення адаптації до навчального колективу. При цьому 9,1 % обстежених першої, 8,9 % другої та 9,9 % третьої груп відмічали часткову задоволеність обраною професією та навчальним закладом.

Як свідчать результати дослідження, до основних соціально-психологічних предикторів розвитку станів дезадаптації іноземних студентів належать наступні: зміна життєвого стереотипу (38,6 % студентів першої групи; 39,6 % – другої; 37,4 % – третьої групи); недостатня психологічна підготовка до навчання у медичному ВНЗ (30,1 % студентів першої групи, 26,7 % – другої, 29,4 % студентів третьої групи); необхідність адаптації у новому колективі (36,1 %, 37,46 % та 38,4 % обстежених

студентів відповідно); високі вимоги до формування професійних знань, умінь і навичок (33,1 %, 35,8 % та 30,9 % обстежених студентів відповідно); важкий навчальний матеріал, складна термінологія (28,5 % студентів першої групи, 33,1 % – другої, 32,1 % студентів третьої групи); строга навчальна дисципліна, необхідність відпрацювання пропущених занять та лекцій (36,4 %, 34,6 % та 33,9 % обстежених студентів відповідно).

Поряд з низкою загальних факторів (клімато-географічних умов, соціально-демографічних, національних особливостей, початкового стану здоров'я студентів-іноземців), в умовах навчання у ВНЗ на рівні психологічної дезадаптації на молодших курсах негативно впливають емоційні та інформативні навантаження (39,5 % студентів першої, 40,1 % другої, 40,8 % третьої груп), що іноді призводить до проблем в міжособистісному спілкуванні (23,2 %, 20,9 % та 23,3 % обстежених студентів відповідно) та до конфліктних ситуацій в навчальній групі (23,5 % студентів першої, 28,9 % другої та 25,4 % третьої груп). Серед інших факторів ми визначили відсутність у студентів самостійних навичок раціонального розподілу бюджету, часу та матеріальних засобів (33,4 % студентів першої, 37,4 % другої групи та 30,9 % третьої групи); порушення гігієнічних норм поведінки ($[9,8 \pm 0,34]$ %, $[9,5 \pm 0,33]$ % та $[10,1 \pm 0,37]$ % відповідно), недотримання режиму дня (навчання і відпочинку) та харчування (44,4 % студентів першої, 46,3 % другої групи та 44,9 % третьої групи); проблеми зі здоров'ям та не своєчасне звернення за медичною допомогою, самолікування (21,3 %, 19,9 % та 20,9 % обстежених відповідно).

На старших курсах закріплюється стереотип неправильного харчування, режиму навчання, підготовки до іспитів,

відпочинку, обумовлена дистанційним навчанням гіподинамія (39,8 % студентів першої, 34,3 % другої групи та 41,4 % третьої групи), зростання матеріальних потреб і, як наслідок, поєднання навчання з роботою заради заробітку (31,8 %, 39,1 % та 30,9 % студентів відповідно). Стійкість і спрямованість впливу цих факторів ризику виникнення дезадаптивних станів, як правило, індивідуальні.

Крім того, 33,9 % обстежених першої групи, 35,4 % обстежених другої групи, 33,9 % обстежених третьої групи палять; у 13,6 %, 11,9 % та 13,7 % відповідно спостерігається надмірне вживання спиртних напоїв; у 22,3 % студентів першої групи, 25,1 % другої та 24,1 % третьої групи встановлені ознаки інтернет залежності.

Як свідчать результати психодіагностичного дослідження, для 41,1 % обстежених першої групи, 40,8 % обстежених другої групи та 39,9 % третьої групи притаманні недосконалість механізмів психологічного захисту, для 42,7 %, 44,1 % та 43,9 % студентів відповідно – відсутність навичок саморегуляції.

У обстежених студентів з дезадаптивними станами виявлено високий рівень соціальної фрустрованості у сферах: родинних взаємовідносин та власного способу життя (39,8 % студентів першої групи, 40,1 % другої групи та 36,9 % третьої групи), взаємовідносин з іншими студентами під час навчання (33,9 %, 35,8 % та 30,9 % обстежених відповідно) та власного способу життя (35,3 % студентів першої групи, 33,9 % другої групи та 39,6 % третьої групи).

Поведінка у конфліктній ситуації – важливий показник, який характеризує особливості міжособистісної взаємодії у напруженій та стресовій ситуації. Як показали результати обстеження, студенти іноземці з розладами адаптації часто застосовували наступні стратегії поведінки у конфлікті: у вигляді ком-

промісу (22,3 % студентів першої групи, 25,1 % другої групи та 24,1 % третьої групи), уникнення (36,5 %, 30,1 % та 41,1 % обстежених студентів відповідно) та суперництва (19,8 % студентів першої групи, 38,1 % другої групи та 19,8 % третьої групи).

Висновки

Таким чином, формування розладів адаптації у студентів-іноземців англomовної форми навчання обумовлена

багатьма факторами, серед яких є нерозривно поєднані психологічні і соціальні фактори, що і визначає специфіку проявів дезадаптивних станів і реакцій. Отримані у ході дослідження данні дозволяють планувати корекцію та профілактику порушень адаптації у студентів-іноземців.

Конфлікт інтересів

Автор декларує відсутність конфлікту інтересів.

Література

1. Хаустов ММ, Гордієнко НО, Поручіков ВВ, Колотілов ОВ. Нова стратегія розвитку медичної освіти в Україні: інтеграція досвіду лідерів галузі. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення забезпечення громадського здоров'я в Україні» (до 95-річного ювілею з дня заснування кафедри громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ХНМУ), Україна, м. Харків, 24 жовтня 2018 р. С. 139-40. Доступно на: <https://repo.knmu.edu.ua/handle/123456789/21858>
2. Вороненко ЮВ, Фисун ЮІ. Актуальні проблеми розвитку системи підготовки іноземних студентів у вищих медичних (фармацевтичному) навчальних закладах. Всеукраїнська конференція «Проблеми навчання іноземних студентів у медичних вищих навчальних закладах України» (Україна, Тернопіль, 19–20 кві 2002). Тернопіль: Медична освіта; 2002. С. 14.
3. Starodubtseva Yu. Clinical phenomenology of adaptation disorders in people with computer dependency. *Inter Collegas*. 2018;5(4):188-90. DOI: 10.35339/ic.5.4.188-190.
4. Никоненко ЮП. Психологічні чинники порушення адаптації у студентів ВНЗ. Збірник матеріалів ІХ Міжнародної науково-практичної конференції «Досвід особистості: теорія і практика» (Україна, Ніжин, 27–28 лют 2020). С. 181-5.
5. Летік І, Васильєва О, Потапов С. Виховна робота з іноземними студентами як запорука формування творчої особистості майбутнього лікаря. *Наукові записки кафедри педагогіки*. 2015;37:189-96. Доступно на: <https://periodicals.karazin.ua/pedagogy/article/view/2086>
6. Кожина ГМ, Маркова МВ, Гриневич ЕГ, Зеленська КО. До проблеми адаптаційного синдрому студентів молодших курсів ВНЗ III–IV рівнів акредитації. *Архів психіатрії*. 2011;17(4(67)):32-5. Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2011_17_4_9
7. Чабан ОС, Хаустова ОО, Трачук ЛЄ. Шляхи підвищення ефективності навчання студентів за спеціальністю «Медична психологія». *Медична психологія*. 2016;1:3-8. Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mpsl_2016_11_1_3
8. Лещина ІВ. Скринінгова діагностика непсихотичних психічних розладів у студентів-медиків. *Вісник проблем біології і медицини*. 2011;1(2):131-5. Доступно на: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vpbm_2011_1_26
9. Пшук НГ, Слободянюк ДП. Роль психосоціальних чинників в генезі соціальної дезадаптації у студентської молоді. *Український вісник психоневрології*. 2015;23(2(83)):86-91. Доступно на: <https://is.gd/EhkQsJ>

10. Ohman E, Alinaghizadeh H, Kaila P, Hult H, Nilsson GH, Salminen H. Adaptation and validation of the instrument Clinical Learning Environment and Supervision for medical students in primary health care. *BMC Med Educ.* 2016;16(1):308. DOI: 10.1186/s12909-016-0809-8. PMID: 27905932.

11. Enns A, Eldridge GD, Montgomery C, Gonzalez VM. Perceived stress, coping strategies, and emotional intelligence: A cross-sectional study of university students in helping disciplines. *Nurse Educ Today.* 2018;68:226-31. DOI: 10.1016/j.nedt.2018.06.012. PMID: 30053557.

12. Mahmoud JSR, Staten R, Hall LA, Lennie TA. The relationship among young adult college students' depression, anxiety, stress, demographics, life satisfaction, and coping styles. *Issues Ment Health Nurs.* 2012;33(3):149-56. DOI: 10.3109/01612840.2011.632708. PMID: 22364426.

Vasylieva O.V.

SOCIO-PSYCHOLOGICAL PREDICTORS OF THE DEVELOPMENT OF MALADJUSTMENT IN FOREIGN STUDENTS OF THE ENGLISH-LANGUAGE FORM OF EDUCATION

The process of adaptation of higher education students is one of the pressing problems of modern society, as it directly affects academic success, personal development and the formation of a positive attitude towards the chosen profession of a future specialist. The purpose of the study: to investigate the socio-psychological predictors of maladjustment in foreign students of English-language education. A comprehensive clinical-psychological, clinical-anamnestic and psychodiagnostic examination of 372 international English-speaking students (223 men and 149 women with an average age of $[19\pm 3]$ years) of I–VI courses of the Kharkiv National Medical University was conducted. All subjects will be divided into three groups: Group I – 194 students from India; Group II – 96 students from Asia (Pakistan, Lebanon, Syria); Group III – 82 students from Africa (Sudan, Tunisia, Morocco, Egypt, Namibia, Israel). As a result of the study, a high level of psychological maladjustment was observed in 2.1% of students of the first group, 1.3% of students of the second group, and 2.9% of students of the third group; the expressed level of maladaptation – in 6.1%, 11.5% and 12.6%, respectively; moderate level of maladjustment – in 25.1% of students of the first group, 26.2% of the second group and 31.3% of students of the third group; an insignificant level in 31.5%, 33.9% and 35.1% of students, respectively. 35.2% of students of the first group, 27.1% of students of the second group and 18.1% of students of the third group did not show any signs of psychological maladjustment. The clinical and psychological structure of maladaptive states was represented by astheno-depressive, hypersthetic, anxious and dysphoric syndromes. It is known that an integral component of psychological maladaptation states is a violation of academic adaptation. The examined students felt their own low academic performance and insignificant educational achievements. We came to the conclusion that the formation of adjustment disorders in international English-speaking students is characterized by multifactorial conditioning and closely related social and psychological factors, which determines the specificity of the manifestations of maladaptive reactions and states.

Keywords: *adaptation mechanisms, manifestations of maladjustment, adjustment disorders.*

Васильєва О.В.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ ДЕЗАДАПТАЦИИ ИНОСТРАННЫХ СТУДЕНТОВ АНГЛОЯЗЫЧНОЙ ФОРМЫ ОБУЧЕНИЯ

Процесс адаптации студентов – одна из актуальных проблем современного общества, так как именно от этого напрямую зависит успешность в обучении, личностное развитие и формирование позитивного отношения к выбранной профессии будущего специалиста. Целью работы было исследовать социально-психологических предикторов развития дезадаптации иностранных студентов англоязычной формы обучения. Было проведено комплексное клиничко-психологическое, клиничко-анамнестическое и психодиагностическое обследование 372 иностранных студентов (223 мужчин, 149 женщин в среднем возрасте $[19 \pm 3]$ года) англоязычной формы обучения I–VI курсов Харьковского национального медицинского университета. Все обследованные студенты были разделены на три группы: в I группу вошло 194 студента из Индии; во II группу – 96 студентов из стран Азии (Пакистан, Ливан, Сирия); в III группу – 82 студента из стран Африки (Судан, Тунис, Марокко, Египет, Намибия, Израиль). Результаты исследования были следующими: высокий уровень психологической дезадаптации, наблюдается у 2,1 % студентов первой группы, 1,3 % студентов второй группы и 2,9 % студентов третьей группы; выраженный уровень дезадаптации – у 6,1 %, 11,5 % и 12,6 % соответственно; умеренный уровень дезадаптации – у 25,1 % студентов первой группы, 26,2 % второй группы и 31,3 % студентов третьей группы; незначительный уровень – у 31,5 %, 33,9 % и 35,1 % студентов соответственно. 35,2 % студентов первой группы, 27,1 % студентов второй группы и 18,1 % студентов третьей группы не проявляли признаков психологической дезадаптации. Клиничко-психологическая структура дезадаптивных состояний была представлена астено-депрессивным, гиперстезическим, тревожным и дисфорическим синдромами. Известно, что неотъемлемой составляющей состояний психологической дезадаптации является нарушение учебной адаптации. Обследованные студенты чувствовали собственную низкую успеваемость и незначительные учебные достижения. Мы пришли к выводу, что в формировании расстройств адаптации у иностранных студентов англоязычной формы обучения свойственна многофакторная обусловленность, социальные и психологические факторы, что определяет специфику проявлений дезадаптивных реакций и состояний.

Ключевые слова: адаптационные механизмы, проявления дезадаптации, расстройства адаптации.

Надійшла до редакції 28.04.2021

Відомості про автора

Васильєва Оксана Василівна – кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри фізіології Харківського національного медичного університету.

Адреса: Україна, 61002, Харків, пр. Науки, 4, ХНМУ.

E-mail: oksana_vasylieva@i.ua

ORCID: 0000-0003-0285-8820.