

Abstract. Goal. Establishing the dynamics of the concentration of creatinine and serum urea on the background of modifications of ischemic-reperfusion syndrome of the limb.

Objects and methods. The study used 260 white adult male rats (200-250 g), which were divided into 5 groups: control, EG-1 – simulation of isolated ischemia-reperfusion (IR) of limb, EG-2 – simulation of isolated volumetric blood loss, EG-3 – combination of limb IR with blood loss, EG-4 – modeling of isolated mechanical injury of the thigh, EG-5 – combination of IR limb and mechanical injury. Serum creatinine and urea were determined in the serum after the experiment.

Results and discussion. It has been established that 2-hour use of a tourniquet as an additional factor in blood loss or skeletal injury – impairs the excretory efficiency of the kidneys, especially, the level of creatinine and urea was statistically significantly increased in all study groups, compared with the control group. Comparing the severity of pathological changes between different groups, the features were: on the 7th day the creatinine content in EG-3 exceeded the data of EG-1 and EG-2 by 53.9% and 51.8%, appropriately. Also, it remained elevated, compared with EG-1 and EG-2 and on the 14th day – by 51.3% and 27%, appropriately. As for the combination of skeletal trauma with IR, on 3rd and 7th days there was a significant difference between the content of creatinine in EG-4 and EG-5. Thus, on the 3rd day the content in EG-5 was higher by 18.6%, and on the 7th day – by 13.8%. In the study of urea content, it was found that on the 7th day the indicator in EG-3 remained higher, compared with the data of EG-1 and EG-2 – in 2.5 times and by 39.7%, and on the 14th day was higher than them by 55.8% and 15.5% appropriately. Also, on the 7th day the indicator remained higher than the data of both groups – EG-1 and EG-4 – by 40.7% and by 44.2%.

Conclusions. Each of the modifications of the limb IRS, including isolated ischemia-reperfusion, led to an increase in the studied parameters in the serum. The exception was an isolated injury.

Key words: Experiment, limb ischemia-reperfusion, creatinine, urea, kidneys, filtration, blood loss, skeletal trauma

Рецензент – проф. Костенко В. О.
Стаття надійшла 30.12.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2021-1-159-35-38

УДК 616.89-008.48-06:616.8-054.5./73:[615.8+616-08]

Герасименко Л. О., Гальченко А. В.

КОМПЛЕКСНА ТА ПЕРСОНІФІКОВАНА СИСТЕМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ЗА НАЯВНОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ТА НЕВРОТИЧНОГО РОЗЛАДУ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

larysaherasymenko@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дана робота є фрагментом НДР «Психосоціальна дезадаптація в осіб із психічними несприятливими розладами (предиктори формування, клініка, діагностика, реабілітація)», державний реєстраційний номер 0119U102861

Вступ. Величезна кількість внутрішньо переміщених осіб і загрозливі темпи зростання масштабів еміграції створюють необхідність звернути підвищену увагу на різноманітні аспекти психопатологічних станів, що виникають у відповідь на зміну звичних умов проживання [1, 2]. Окрім клінічних наслідків, поширеність супроводжується значними негативними соціально-економічними наслідками як для суспільства в цілому, так і для самого пацієнта, істотно погіршуючи якість його життя та рівень соціального функціонування [3, 4]. Клінічні відмінності внутрішньо переміщених осіб справляють вплив на якість життя, змінюють систему соціальної підтримки та цінностей, сприяють зниженню продуктивної діяльності в повсякденному житті [5, 6, 7]. Особливо актуальною ця проблематика стала останнім часом в Україні, котра в умовах гібридної війни зіткнулась із різким зростанням соціального напруження, обумовленого бойовими діями в зоні АТО та значною кількістю внутрішньо переміщених осіб [8, 9]. Дані пацієнти потребують вчасної та ефективної психі-

атричної допомоги, як на етапі психологічного консультування, так і під час лікування [10, 11].

Мета дослідження – розробка персоніфікованої та комплексної системи реабілітації для внутрішньо переміщених осіб.

Об'єкт і методи дослідження. У дослідженні брали участь 188 пацієнтів, які за період 2014 – 2017 років стали внутрішньо переміщеними особами України та на даний момент проживають на території Полтавської області. Всі пацієнти звертались за консультативною допомогою до співробітників кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Української медичної стоматологічної академії. Сформовано три групи: I групу склали 86 – ВПО з невротичними розладами та психосоціальною дезадаптацією; II група – 72 ВПО з виявленою психосоціальною дезадаптацією та без діагностованої психічної патології; III група (контрольна) – 30 здорові ВПО.

Для досягнення мети і реалізації завдань даного дослідження була використана апробація персоніфікованої комплексної системи реабілітації для внутрішньо переміщених осіб. При проведенні реабілітації для даних осіб, враховували:

Демографічні дані про пацієнта: вік, отримана освіта, сімейний стан, наявність дітей, основна професія, професійна діяльність, статус зайнятості.

Інформація про соціальні умови проживання, становище в сім'ї, характер сімейних стосунків, ма-

теріальне забезпечення і його самооцінка, основне джерело доходів, фактори психотравми (гострі чи хронічні).

Інформація про захворювання: тривалість захворювання, госпіталізації до стаціонару та їх тривалість, тип перебігу захворювання.

З метою оцінки ефективності системи реабілітації для внутрішньо переміщених осіб застосовували шкалу загального клінічного враження (Clinical Global Impression Scale – CGI-S) на етапі скринінгу та шкалу (Clinical Global Impression – Improvement scale, CGI-I), для відображення тяжкості стану пацієнта, ступінь покращення, що надавало змогу оцінити ступінь терапевтичного ефекту.

Система реабілітації для внутрішньо переміщених осіб покликала відновити симптоми та синдроми в рамках психічного статусу обстежених, адаптувати пацієнтів до незнайомого соціального оточення, а також пристосуватися до нових умов повсякденного життя, покращити соціальне функціонування, усунути прояви психосоціальної дезадаптації. Реабілітаційна система здійснювалася поетапно, в її основі були принципи комплексності та персоніфікації. Комплексність включала: психоосвітні заходи, медикаментозні та психотерапевтичні втручання. Застосування персоніфікованого підходу, враховувало гендерну та вікову приналежність, особистісні патопсихологічні відмінності, клінічні прояви та нозологічну характеристику, а також тривалість перебігу захворювання та особливості внутрішнього переміщення, наявність та характер психотравми.

Статистичну обробку результатів дослідження виконано із використанням статистичної програми SPSS 16.0 for Windows.

Результати дослідження та їх обговорення. В І групі 86 (100%) внутрішньо переміщених осіб перебіг захворювання мав клінічні відмінності та вирізнявся наявністю трьох стадій розвитку патологічних симптомів. Пацієнти відчували себе втомленими, сумними, ставали мовчазними, шукали усамітнення, постійно думали та згадували про рідні місця. Через деякий час, думки про батьківщину набували obsesивного характеру, з'являлися порушення сну, анорексія, порушувалося травлення, підвищувався артеріальний тиск. Також у ВПО І групи, відзначалися нав'язливі спогади і сновидіння про колишнє життя, що носять характер «відголосків щастя», факт якого свого часу не усвідомлювався. Характерне також пристрасне бажання повернути минуле (ностоманія) та ненависть до всього, що пов'язане з новим. Похмурому через домінування негативних афективних переживань сьогоденню протиставляється ідеалізоване минуле. В поодиноких випадках з'являлися: тужливий афект, «предсердна туга», рухові розлади в формі загальмованості або збудження. Клініко-психопатологічна симптоматика пацієнтів І групи характеризувалася насамперед тривожно-тужливим афектом, фобічними переживаннями, астеною та апатією. У клінічній картині психопатологічних розладів І групи переважали наступні симптоми тривожно-депресивного синдромокомплексу: зниження працездатності у $93,9 \pm 2,2\%$; психічна втомлюваність $87,4 \pm 3,7\%$; зниження настрою $77,2 \pm 3,9\%$; тривога $75,7 \pm 3,8\%$; зниження лібідо у $55,7 \pm 4,5\%$; фізична втомлюваність – у $51,5 \pm 4,4\%$ обстежених. Виявлені нами закономірнос-

ті клініко-психопатологічних особливостей у ВПО І групи стали основою для розробки персоніфікованої комплексної системи реабілітації. Для І групи ВПО у відповідності до наявної невротичної патології (розлади адаптації F 43.2, тривожно-депресивний розлад F 41.2, ПТСР F 43.1, соматизований розлад F 45.0, пролонгована депресивна реакція F 43.24), поєднаною з психосоціальною дезадаптацією, її типом та ступенем тяжкості призначали комплексно фармакотерапія та психотерапія. Провідним завданням реабілітаційної програми І групи ВПО полягало в усуненні проявів невротичного розладу з урахування типу та тяжкості психосоціальної дезадаптації. Тривалість даного етапу становило 8-12 тижнів, що залежало від перебігу невротичного розладу, тяжкості проявів психосоціальної дезадаптації та її виразності. У 57 (66%) випадків І групи лікування пацієнтів проводилося в стаціонарних умовах, яке тривало від 2 до 4 тижнів та 29 (34 %) випадків – допомогу отримувало амбулаторно протягом всього періоду реабілітації. В залежності від невротичної патології встановлено за МКХ-10: ПТСР, розлади адаптації, тривожно-депресивний розлад, соматизований розлад, пролонгована депресивна реакція та типу психосоціальної дезадаптації, її тяжкості, а також з урахуванням індивідуальних особливостей і гендерних відмінностей внутрішньо переміщених осіб, призначали психотерапевтичні втручання та фармакотерапію. Таким чином, при соматизованому розладі у ВПО І групи, де встановлено домінування виробничого типу психосоціальної дезадаптації – у 16 (18,6%), надавалася перевага особистісно-орієнтованій (реконструктивній) психотерапії. Особистісно-орієнтована терапія поєднувалася із суггестивною методикою, психодрамою та тренінгом управління стресом. В даній групі всім пацієнтам також застосовували дихальні вправи, аутогенне тренування, медитацію чи м'язову релаксацію (за методикою за Джекобсона) протягом місяця перед засинанням. Для І групи ВПО з діагнозом ПТСР у переважній більшості пацієнтів переважав інформаційний тип дезадаптації – у 12 (13,9%) осіб. Саме тому провідною психотерапевтичною інтервенцією стала когнітивно-біхевіоральна терапія за Beck A. T. Метод когнітивно-біхевіоральної терапії використовували для усунення дезадаптивної поведінки пацієнтів, яка була результатом пережитої психотравми, як гострого, так і хронічного характеру. Пацієнтам І групи з пролонгованою депресивною реакцією та провідним типом сімейної дезадаптації – у 9 (10,5%), застосовували гештальт-терапію. Психотерапію проводили 1-2 рази на тиждень, а тривалість курсу залежала від швидкості подолання хворим внутрішніх блоків та стимулювання процесів самореалізації і розвитку. Розлади адаптації в І групі ВПО з психосоціальною дезадаптацією виробничого типу переважали у 23 (26,7 %) осіб та інформаційного типу – у 18 (78%) осіб тамували раціональною психотерапією по Р. Дюбуа. При тривожно-депресивному розладі у пацієнтів у 26 (30,2 %) осіб І групи переважали змішані варіанти психосоціальної дезадаптації з домінуванням інформаційного типу різних ступенів тяжкості, що сприяло застосуванню тренінгів з управління стресом та використання, як провідного психотерапевтичного методу – когнітивно-біхевіоральну терапію за Beck A. T. Фармакотерапія проводилася диференційовано у

відповідності до загальноприйнятих протоколів надання допомоги хворим на невротичні розлади.

Етап підтримуючих заходів для всіх пацієнтів I групи ВПО мав комплексний характер, базувався на всебічному підході і спрямований на реабілітацію внутрішньо переміщених осіб із залишковими явищами психосоціальної дезадаптації. Для цього проводили медичні, психологічні та соціальні заходи.

II група – 72 ВПО з виявленою психосоціальною дезадаптацією та без діагностованої психічної патології отримувала персоналізовану психокорекційну реабілітацію та була спрямована на усунення явищ психосоціальної дезадаптації, які були реакцією як на внутрішнє переміщення, так і на адаптацію в новому соціумі. В ході роботи з даною групою пацієнтів, використовували психоосвітні заняття, психологічне консультування та психокорекційні методи відновлення пацієнтів. В залежності від встановленого типу та тяжкості психосоціальної дезадаптації було обрано психотерапевтичну методику для ВПО. Тривалість даних сесій складав 4-8 тижнів, які проводилися щотижня, як індивідуально, так і в закритих групах.

За результатами проведеного дослідження встановлено, що в I групі ВПО за шкалою CGI-I дуже значне покращення психічного стану – 57 (66%) осіб, значне покращення стану – у 25 (29%) осіб, мінімальне покращення стану – у 4 (5%) осіб, погіршення стану – не відмічалось.

У II групі ВПО результати за даною шкалою були наступними: дуже значне покращення – 39 (54%) осіб, значне покращення – 31 (43%) осіб, незначне покращення – 2 (3%) осіб, без змін або погіршення стану – не відмічалось.

Катамнестичне дослідження обстежених осіб через рік після проведеної персоналізованої та комплексної системи реабілітації для внутрішньо переміщених осіб показала високу ефективність 77 (89 %) осіб I групи та 66 (92 %) осіб II групи, що підтверджено відсутністю звернень за психіатричною та психотерапевтичною спеціалізованою допомогою.

Висновки. Даний аналіз ефективності розробленої системи персоналізованої та комплексної системи реабілітації для внутрішньо переміщених осіб проводився на підставі клінічних і психодіагностичних показників. Співставлення результатів в I, II та III групі свідчать на користь ефективності розробленої системи реабілітації, про що свідчить достовірне переважання показника одужання та відсутність пацієнтів із погіршенням психічного стану в I та II групах.

Перспективи подальших досліджень. В подальшому отримані дані планується використати для впровадження в роботу громадських організацій, а також медичних установ, як психіатричного, так і психотерапевтичного профілю.

Література

1. Maruta NO, Kalenska HY, Fedchenko VY, Panko TV, Maruta OS. Psykholohichni faktory ryzyku vynykennia psykichnykh rozladiv u vnutrishno peremishchenykh osob. Lvivskyi klinichnyi visnyk. 2020;29(1):21-28. [in Ukrainian].
2. Skrypnikov AM, Herasymenko LA, Isakov RI. Diahnostychnyy protses u psykhiiatriyi. Poltava: ASMI; 2012. 128 s. [in Ukrainian].
3. Herasymenko LA. Psykhosotsial'na dezadaptatsiya (suchasni kontseptual'ni modeli). Ukrayins'kyi visnyk psykhonevrolohiyi. 2018;1:62-5. [in Ukrainian].
4. Kozhyna HM. Kompleksnyi pidkhd v terapii rozladyv adaptatsii. Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohiyi. 2020;105(4):34-39. [in Ukrainian].
5. Markova MV. Vplyv vymushenoho peremishchennia na psykhoemotsiinu sferu dytyny. Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohiyi. 2017;93(4):41-48. [in Ukrainian].
6. Herasymenko LO. Psychosocial aspects of adjustment disorders in women. Wiadomosci Lekarskie. 2020;2:352-354.
7. Lavrenko AV, Kaydashov IP. Metabolichnyy syndrom: aktual'nist' s'ohodni. Aktual'ni problemy suchasnoyi medytsyny: Visn. Ukr. med. stomatol. akadem. 2009;9(4.2):244. [in Ukrainian].
8. Maruta NO, Yavdak IO, Koliadko SP, Fedchenko VY, Cheredniakova OS, Zavorotnyi VI. Osoblyvosti psykichnoho stanu vnutrishno peremishchenykh osob (struktura ta vyrazhenist psykhopatolohichnykh porushen). Medychna psykholohiya. 2019;3:40-44. [in Ukrainian].
9. Pshuk NH, Zolotareno RM. Doslidzhennia vplyvu deiakyykh chynnykiv na formuvannia klinichnoi struktury nevroziv. Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohiyi. 1998;5(1):57-59. [in Ukrainian].
10. Chaban OS, Khaustova OO. Dezadaptatsiia liudyny v umovakh suspilnoi kryzy: novi syndromy ta napriamky yikh podolannia. Zhurnal psiiatrii i meditsynskoy psiiologii. 2009;23(3):13-21. [in Ukrainian].
11. Isakov RI. Osoblyvosti aktual'noho kopinhovoho repertuaru u zhynok, khvorykh na depresyvi rozlady riznoho henezu, zalezno vid vyr-azhenosti psykhosotsial'noyi dezadaptatsiyi. Medychna psykholohiya. 2019;4:65-69. [in Ukrainian].

КОМПЛЕКСНА ТА ПЕРСОНІФІКОВАНА СИСТЕМА РЕАБІЛІТАЦІЇ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ЗА НАЯВНОСТІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ТА НЕВРОТИЧНОГО РОЗЛАДУ

Герасименко Л. О., Гальченко А. В.

Резюме. Величезна кількість внутрішньо переміщених осіб і загрозливі темпи зростання масштабів еміграції створюють необхідність звернути підвищену увагу на різноманітні аспекти психопатологічних станів, що виникають у відповідь на зміну звичних умов проживання. Дані пацієнти потребують вчасної та ефективної психіатричної допомоги, як на етапі психологічного консультування, так і під час лікування.

Мета дослідження – розробка персоналізованої та комплексної системи реабілітації для внутрішньо переміщених осіб.

У дослідженні брали участь 188 пацієнтів, які за період 2014-2017 років стали внутрішньо переміщеними особами України та на даний момент проживають на території Полтавської області. Сформовано три групи: I групу склали 86 – ВПО з невротичними розладами та психосоціальною дезадаптацією; II група – 72 ВПО з виявленою психосоціальною дезадаптацією та без діагностованої психічної патології; III група (контрольна) – 30 здорові ВПО.

Для досягнення мети і реалізації завдань даного дослідження була використана апробація персоналізованої комплексної системи реабілітації для внутрішньо переміщених осіб. Етап підтримуючих заходів для всіх пацієнтів I групи ВПО мав комплексний характер, базувався на всебічному підході і спрямований на

реадаптацію внутрішньо переміщених осіб із залишковими явищами психосоціальної дезадаптації. Для цього проводили медичні, психологічні та соціальні заходи.

II група – 72 ВПО з виявленою психосоціальною дезадаптацією та без діагностованої психічної патології отримувала персоналізовану психокорекційну реабілітацію та була спрямована на усунення явищ психосоціальної дезадаптації, які були реакцією як на внутрішнє переміщення, так і на адаптацію в новому соціумі.

Аналіз ефективності розробленої системи персоналізованої та комплексної системи реабілітації для внутрішньо переміщених осіб проводився на підставі клінічних і психодіагностичних показників. Співставлення результатів в I, II та III групі свідчать на користь ефективності розробленої системи реабілітації, про що свідчить достовірне переважання показника одужання та відсутність пацієнтів із погіршенням психічного стану в I та II групах.

Ключові слова: тривожно-депресивний розлад, ПТСР, пролонгована депресивна реакція, розлади адаптації, внутрішньо переміщені особи, психосоціальна дезадаптація.

COMPREHENSIVE AND PERSONALIZED SYSTEM OF REHABILITATION OF INTERNALLY DISPLACED PERSONS IN THE PRESENCE OF PSYCHOSOCIAL MALADJUSTMENT AND NEUROTIC DISORDER

Herasymenko L. O., Halchenko A. V.

Abstract. The huge number of internally displaced persons and the threatening growth rate of emigration make it necessary to pay increased attention to various aspects of psychopathological conditions that arise in response to changes in habitual living conditions. These patients need timely and effective psychiatric care, both at the stage of psychological counseling and during treatment. *The purpose of the study* is to develop a personalized and comprehensive rehabilitation system for internally displaced persons.

The study involved 188 patients who became internally displaced persons of Ukraine in the period 2014-2017 and currently live in the Poltava region. Three groups were formed: Group I consisted of 86 - persons with neurotic disorders and psychosocial maladaptation; Group II - 72 persons with pronounced psychosocial maladaptation and without diagnosed mental pathology; Group III (control) - 30 healthy persons.

To achieve the goal and achieve the objectives of this study, the approbation of a personalized comprehensive rehabilitation system for internally displaced persons was used. The phase of supportive measures for all patients of group I were comprehensive, based on a comprehensive approach and aimed at the readaptation of internally displaced persons with residual effects of psychosocial maladaptation. Group II - 72 persons with overt psychosocial maladaptation and without diagnosed mental pathology received personalized psychocorrectional rehabilitation and aimed at eliminating the phenomena of psychosocial maladaptation, which were a reaction to both internal movement and adaptation in the new society.

The analysis of the effectiveness of the developed system of personalized and comprehensive rehabilitation system for internally displaced persons was conducted on the basis of clinical and psychodiagnostic indicators. Comparison of the results in groups I, II and III testify in favor of the effectiveness of the developed rehabilitation system, as evidenced by the significant predominance of the recovery rate and the absence of patients with deteriorating mental status in groups I and II.

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

Рецензент – проф. Скрипніков А. М.

Стаття надійшла 01.01.2021 року

DOI 10.29254/2077-4214-2021-1-159-38-43

УДК 618.14-006.55

Громова О. Л.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ НЕАТИПОВОЇ ГІПЕРПЛАЗІЇ ЕНДОМЕТРІЮ З ЗАСТОСУВАННЯМ ДИДРОГЕСТЕРОНУ У ЖІНОК В ПРЕМЕНОПАУЗІ

Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця (м. Київ)

alex.gynecolog@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Робота є фрагментом НДР «Розробка нових підходів до діагностики, лікування та профілактики гінекологічної та акушерської патології», № державної реєстрації 0118u001277.

Вступ. Неатипова гіперплазія ендометрію (НГЕ) є доброякісним гіперпроліферативним станом, в більшості випадків якої використовується консервативна терапія з застосуванням прогестинів як препаратів першого вибору. Як відомо, прогестерон врівноважує мітогенну дію естрогенів та індукуює секреторну диференціацію, внаслідок якої клітини ендометрію втрачають свою здібність до мітозу [1, 2]. Результа-

тивність терапії прогестинами досить висока, але до 30% жінок виявляються нечутливими до такого лікування [3]. Незважаючи на доброякісність процесу, НГЕ схильна до рецидивів з проявами у вигляді аномальних маткових кровотеч. Частота рецидивів НГЕ в залежності від обраного прогестину та часу, що минув від закінчення курсу терапії, остаточно не встановлена [4, 5, 6]. В клінічній практиці для лікування НГЕ частіше застосовують такі медикаментозні аналоги прогестерону, як медроксіпрогестерону ацетат, мікронізований прогестерон, дидрогестерон, норетистерон безперервно або циклічно [7, 8]. На сьогоднішній день ані доза, ані графік прийому рес-