

peritovisceral pain of acetic acid cramps is based on change of sensitivity of C-polymodal nociceptors of a serous cover of a peritoneum in the presence of algogen. The principle of the model is based on the fact that intraperitoneal administration of 0.6% acetic acid solution with a volume of 0.1 ml per 10 g of rat body weight. Statistical data processing was performed using the Statistica 6.1 software package (StatSoftInc., Serial number AGAR909E415822FA) and included calculations of arithmetic mean values (M) and their errors ($\pm m$). The probability of the difference between the arithmetic mean (p) values of the indices was made using non-parametric — U-criterion Mann-Whitney. The determination of the probability of intragroup and intergroup differences was performed using the parametric t-criterion of the Student and the method of single-factor dispersion analysis (ANOVA). Differences were considered statistically significant at $p \leq 0.05$.

Based on the study, it was found that the combination of diclofenac sodium + chondroitin sulfate + L-thyroxine exhibits a more pronounced analgesic effect in the test, which reflects the suprasegmental level of analgesia — in the test of electrocutaneous irritation of the rat tail. Thus, 30 minutes after the administration of the combination, the pain threshold in animals decreased 1.7 times ($p < 0.05$), and by 60 minutes it decreased 2.2 times ($p < 0.05$). The combination of drugs exerted a factor of 1.73 ($p < 0.05$) on the pain threshold during thermal stimulation of the tail in rats for 60 minutes ($p < 0.05$), reaching a maximum 90 minutes after administration. With a single administration of sodium diclofenac + chondroitin sulfate + L-thyroxine, the likelihood of “writhing” in animals after administration of 0.6% acetic acid decreased by 7.7 times ($p < 0.05$). The given combination — diclofenac sodium + chondroitin sulfate + L-thyroxine with a single administration has a pronounced analgesic effect, which can be used for pain against the background of a comorbid pathology of osteoarthritis and hypothyroidism.

Key words: pain, pain threshold, osteoarthritis, hypothyroidism, diclofenac sodium, chondroitin sulphate, L-thyroxine, pharmacotherapy.

Рецензент — доц. Пелипенко О.В.

Стаття надійшла 24.12.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2021-1-159-101-105

УДК 616.98:578.828ВІЛ:159.972]-085:615.851:615.035.1

Огоренко В. В., Гненна О. М.

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ВПЛИВУ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ НА ПСИХОЛОГІЧНУ АДАПТАЦІЮ У ПАЦІЄНТІВ З ВІРУСОМ ІМУНОДЕФІЦИТУ ЛЮДИНИ

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» (м. Дніпро)

gnennayolga@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Стаття є фрагментом НДР кафедри психіатрії, загальної та медичної психології «Оптимізація надання психіатричної допомоги та психосоціальної реабілітації хворим на психосоматичні та соматопсихічні розлади відповідно до сучасних умов», № держреєстрації 0117U005270.

Вступ. Проблема взаємозалежності між ВІЛ та психічними розладами неспсихотичного регістру висвітлена у багатьох дослідженнях [1-4], саме їх взаємна кореляція призвела до формування особливого стилю поведінки даної групи пацієнтів та вивів ВІЛ інфекцію з медичної площини в соціальну [3, 4, 5], яка вимагає відповідного комплексного терапевтичного втручання та міждисциплінарного підходу.

Факт діагнозу невиліковної хвороби, низька обізнаність щодо ВІЛ серед самих пацієнтів та соціуму, стигматизація, аутистигматизація та дискримінація, страх перед можливими вторинними захворюваннями та ускладненнями, які призводять до інвалідності, ймовірність смерті руйнують звичні стереотипи поведінки, які були вироблені протягом усього життя, призводять до зміни системи цінностей та істотно перебудовують особистість ВІЛ-інфікованих. Це у свою чергу вкрай негативно впливає на перебіг захворювання, прихильність до високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ), процес адаптації та ре соціалізації та сприяє розповсюдженню ВІЛ серед здорового населення [6-11].

Низка психічних розладів невротичного регістру, для яких характерні гетерогенність та поліморфізм,

серед ЛЖВ, впливають на тяжкість стану, ступінь дезадаптації, тривалість життя та комплаєнтність до традиційних методів лікування [6, 7].

Саме тому своєчасний медичний, психологічний на соціальний супровід ЛЖВ, як на першому діагностичному етапі, так і на наступних етапах медико-діагностичного процесу є важливими для попередження розвитку дезадаптивних форм поведінки, формування прихильності до ВААРТ та забезпечення безперервного лікування ВІЛ-інфекції.

Мета дослідження. Оцінка ефективності комплексного лікування у ВІЛ-інфікованих пацієнтів з психічними порушеннями неспсихотичного регістру.

Об'єкт і методи дослідження. Під нашим спостереженням перебувало 114 пацієнта з ВІЛ, які мали психічні розлади неспсихотичного регістру та знаходилися на лікуванні у Комунальному закладі «Дніпропетровський обласний центр з профілактики та боротьби зі СНІДом» протягом 2018 р.—2020 р. Дослідження відбувалося в два етапи: 1-й етап містив аналіз клініко-психопатологічної симптоматики та патопсихологічних характеристик ВІЛ-інфікованих з неспсихотичними психічними розладами, на 2-му етапі було проведено оцінювання ефективності комплексного лікування корекції психологічної адаптації у пацієнтів з ВІЛ.

Обстеження включало аналіз первинної медичної документації, клініко-діагностичне інтерв'ю з використанням самостійно розробленої карти дослідження хворого та експериментально-психологічні методи дослідження, зокрема «Тест кольорового ви-



Рисунок 1 – Синдромальна структура непсихотичних психічних розладів у ВІЛ-інфікованих. Примітка: * – $p < 0,05$ порівняно з групою контролю за критерієм χ^2 Пірсона, в тому числі з поправкою Йейтса.

бору» М. Люшера (восьмикольоровий варіант) [12], методику психологічної діагностики типів відношення до хвороби (ТВДХ) [13] та опитувальник ворожості Басса-Даркі (Buss-Durkee Hostility Inventory, BDHI) [14].

Статистичну обробку результатів ми проводили за допомогою програмного продукту STATISTICA 6.1 (StatSoftInc., серійний № AGAR909E415822FA) із використанням відповідних завданням біостатистичних методів. Для описання вибіркового нормально-го розподілення кількісних ознак використовували середню арифметичну (M), стандартне відхилення (SD); при асиметричному – медіану (Me), інтерквартильний розмах 25%-75% (50% значень ознак вибірки). Оцінка статистичної значущості відмінностей середніх для кількісних ознак у незалежних групах з нормальним розподілом проводилася за t-критерієм Стьюдента, з ненормальним розподілом – за критерієм Манна-Уїтні. Порівняння кількісних показників у залежних групах проводили за допомогою критерію Вілкоксона. Оцінку статистичної значущості відмінностей якісних ознак у залежних групах проводили за критерієм

Хі-квадрат (χ^2) Пірсона, в тому числі з поправкою Йейтса на безперервність. Порівняння якісних показників у залежних групах проводили за допомогою критерію Мак-Немара. Критичне значення рівня статистичної значущості для всіх видів аналізу приймалося на рівні $p < 0,05$.

Матеріал отримували відповідно до передбачених заходів, спрямованих на забезпечення задовільних умов збереження здоров'я пацієнта, дотримання його прав, людської гідності та морально-етичних норм. Умови відбору дослідних зразків відповідали вимогам принципів Гельсінської декларації охорони прав людини, конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину та положенням відповідних законів України.

Результати дослідження та їх обговорення. Вибірку склали 56 (49,12%) чоловіків та 58 (50,88%) жінок переважно з гетерогенною орієнтацією ($n=102$; 89,47%), віком від 21 до 62 років, середній вік яких становив 39,77 (9,17) років – M (SD). Обстежені хворі, відповідно до мети дослідження, були розподілені на 2 групи спостереження в залежності від наявності/відсутності девіантної поведінки. Основну групу дослідження склали 51 ВІЛ-інфікованих пацієнта (44,7%) з ознаками девіантної поведінки, яка прояв-

лялася у вигляді аутоагресії, суїцидальних тенденцій, активного вживання алкоголю та/або наркотичних речовин, антисоціальної діяльності, нехтування засобами контрацепції. Групу порівняння складала 63 (55,3%) ВІЛ-інфікованих без ознак девіантної поведінки.

У синдромальній структурі непсихотичних психопатологічних розладів ВІЛ-інфікованих (рис. 1) порушення афективного реєстра склали 49,12% з 95% ДІ (34,8%-53,0%) спостережень, невротичного – 46,49% з 95% ДІ (39,65%-53,33%), психопатологічні стани з провідними особистісними розладами склали 4,39% з 95% ДІ (1,87%-6,91%) спостережень. В основній групі на першому місці – афективні порушення 58,82% з 95% ДІ (51,65%-65,99%), а у групі порівняння – невротичні порушення 55,56% з 95% ДІ (45,65%-60,83%) ($p < 0,05$). На другому місці у основній групі – невротичні порушення 35,30% з 95% ДІ (29,43%-41,17%), в той час як у групі порівняння – афективні порушення 41,27% з 95% ДІ (37,71%-44,83%) ($p < 0,05$). Частота виявлення розладів особистості склали у групі ВІЛ-інфікованих з девіантною поведінкою 5,88% з 95% ДІ (1,65%-10,11%), а у групі порівняння – 3,17% з 95% ДІ (0,92%-5,42%).

Усі обстежені пацієнти отримували психофармакологічну терапію в залежності від провідного синдрому з метою зменшення виразності психічної симптоматики. Вона складалася з застосування нормотиміків (ламотриджин), атипичних анксиолітиків (буспірон, ноофен, адаптол) та антидепресантів (пароксетин, сертралін, циталопрам). В якості методів психотерапевтичного впливу нами були застосовані когнітивна терапія та психотерапія, що сфокусована на вирішення проблем. Психотерапія була спрямована на корекцію психогенно-особистісних реакцій на факт захворювання, особистісних дисгармонійних рис характеру та соціальної дезадаптації, які лежали в основі комунікативних труднощів і конфліктності.

Аналіз ефективності комплексного лікування, на тлі використання психофармакорекції з психотерапевтичною програмою продемонстрував нормалізація емоціонального стану ВІЛ-інфікованих та покращення психологічної адаптації.

Аналіз результатів дослідження типології ставлення до хвороби (ТСДХ) до лікування серед ВІЛ-інфікованих з девіантною поведінкою виявив



Рисунок 2 – Розподіл пацієнтів основної групи в залежності від спрямованості соціальної дезадаптації після комплексного лікування.

достовірне ($p < 0,001$) переважання в даній групі дезадаптивних ТВДХ (68,62%), на відміну від групи порівняння, де превалювали адаптивні ТВДХ (76,19%), що головним чином визначило мішені психотерапевтичного втручання для даної групи пацієнтів.

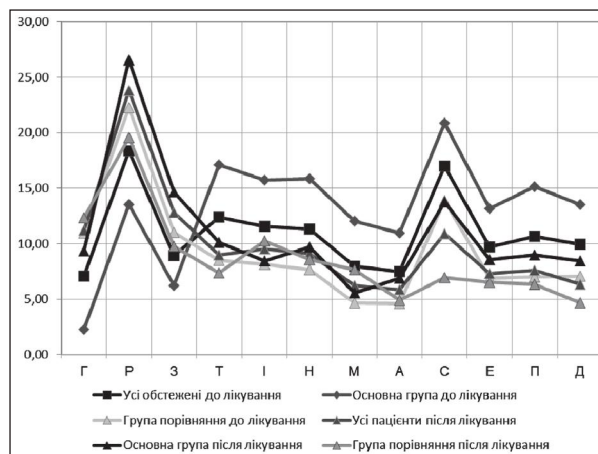
Аналіз дослідження результатів після комплексного лікування виявив суттєві зміни розподілу ВІЛ-інфікованих з девіантною поведінкою в залежності від спрямованості соціальної дезадаптації (рис.2).

Зокрема статистично значимо зросла часта адаптивних типів відношення до хвороби ($p < 0,001$), яка складала 84,34% наспроти 31,37% до терапевтичних втручання. Також, знизилася частка інтрапсихічної спрямованості реагування на хворобу з 33,33% до 5,88% із статистично значимою достовірністю ($p < 0,001$) та знизилася частка інтерпсихічної спрямованості реагування на хворобу з 35,29% до 9,80% із статистично значимою достовірністю ($p < 0,001$). Слід зауважити, що розподіл серед ВІЛ-інфікованих групи порівняння в залежності від спрямованості соціальної дезадаптації після психотерапевтичного втручання суттєво не змінився ($p > 0,001$).

Аналіз середніх профілів типів відношення до лікування та після у всіх ВІЛ-інфікованих та в групах обстеження (рис. 3) продемонстрував, що після проведених заходів у всіх пацієнтів виявлене достовірне ($p < 0,001$) зниження дезадаптуючих ТВДХ: тривожного, іпохондричного, неврастенічного, меланхолічного, апатичного, сенситивного, егоцентричного, дисфоричного. Також, зросла часта адаптивних ТВДХ: гармонійного, ергопатичного та анозогнозичного із статистично значимою достовірністю ($p < 0,001$). Порівняння середніх профілів типів відношення після лікування в основній групі та групі порівняння не виявив статистично значимої різниці ($p > 0,001$).

Аналіз емоційно-психологічного стану пацієнтів за колірним тестом Люшера (табл. 1) на тлі комплексного терапевтичного втручання виявив тенденцію до підвищення адаптаційних можливостей усіх ВІЛ-інфікованих.

Аналіз вибору кольорів на першу позицію продемонстрував зменшення частки пацієнтів, які вибрали додаткові кольори на першу позицію з 20,18% до 13,18%, зокрема, за рахунок ВІЛ-інфікованих з девіантною поведінкою, у яких вибір додаткових кольорів



Рисунк 3 – Діагностика узагальнених профілів типу відношення до хвороби у групах дослідження ВІЛ-інфікованих до та після лікування (середній бал за відповідним типом за методикою ТВДХ). Примітки: Г – гармонійний; Р – ергопатичний; З – анозогнозичний; Т – тривожний; І – іпохондричний; Н – неврастенічний; М – меланхолічний; А – апатичний; С – сенситивний; Е – егоцентричний; П – паранойяльний; Д – дисфоричний.

рів на першу позицію знизився з 31,37% до 15,69% із суттєвою значимістю ($p < 0,05$). Це свідчить на користь збільшення компенсаторної поведінки, підвищення соціальної активності та зменшення напруги серед пацієнтів основної групи.

Після лікування відбулося статистично значиме ($p < 0,05$) збільшення вибору основних кольорів на першу позицію у групі пацієнтів з девіантною поведінкою з 88,24% до 68,63% за рахунок збільшення частоти вибору темно-синього кольору з 13,73% до 27,45% із статистичною значимістю ($p < 0,05$), синьо-зеленого кольору з 13,73 % до 25,49% ($p > 0,05$), жовтого кольору з 9,80% до 11,76% ($p > 0,05$) та зменшення вибору фіолетового кольору з 19,61% до 11,76% ($p > 0,05$), сірого кольору з 5,88% до 1,96% ($p > 0,05$). Отже, можемо зробити висновок, що комплексна терапія призвела до суттєвого зростання почуття спокою, задоволеності, впевненості, підвищення наполегливості та привалювання намірів діяти спокійно, без зайвої напруги при вирішенні проблем серед пацієнтів основної групи.

Аналіз вибору кольорів на перші три позиції продемонстрував, що після лікування серед усіх пацієнтів

Таблиця 1 – Частота вибору позицій колірної ряду за тестом Люшера у обстежених ВІЛ-інфікованих до та після лікування

Показники за тестом Люшера	Усі обстежені до лікування	Усі обстежені після лікування	Основна група до лікування	Основна група після лікування	Група порівняння до лікування	Група порівняння після лікування
Вибір першого кольору, n (%)						
Основні кольори	91 (79,82%)	99 (86,84%)	35 (68,63%)	45 (88,24%)*	56 (88,89%)	55 (87,30%)
1 темно-синій	23 (20,18 %)	31 (27,19%)	7 (13,73 %)	14 (27,45%)*	16 (25,40 %)	17 (26,98%)
2 синьо-зелений	24 (21,05 %)	31 (27,19%)	7 (13,73 %)	13 (25,49%)	17 (26,98 %)	18 (28,57%)
3 помаранчево-червоний	33 (28,95 %)	26 (22,81%)	16 (31,37 %)	12 (23,53%)	17 (26,98 %)	14 (22,22%)
4 жовтий	11 (9,65 %)	11 (9,65%)	5 (9,80 %)	6 (11,76%)	6 (9,52%)	6 (9,53%)
Додаткові кольори	23 (20,18%)	15 (13,18%)	16 (31,37%)	8* (15,69%)	7 (11,11%)	7 (11,11%)
Основні кольори на 3-х останніх місцях						
n (%)	67 (58,77 %)	47 (41,23%)*	34 (66,67 %)	22 (43,14%) *	33 (52,38 %)	25 (39,68%)
Додаткові кольори на 3-х перших місцях						
n (%)	70 (61,40 %)	44 (38,60%)*	31 (60,78 %)	21 (41,18%)*	39 (61,90 %)	23 (36,51%)*

Примітки: * позначена достовірна різниця ($p < 0,05$) при порівнянні з даними до лікування.

Таблиця 2 – Аналіз середніх показників індексу ворожості та індексу агресивності в усіх обстежених пацієнтів за методикою Басса-Даркі до та після лікування

Бали Me (25%; 75%)	Усі обстежені до лікування (n=114)	Усі обстежені після лікування (n=114)	p
Індекс ворожості	11,0 (8,0;13,0)	9,0 (7,0;11,0)	<0,001
Індекс агресивності	17,0 (13,0;21,0)	15 (13,0;18,0)	<0,001

Примітки: p – розбіжності між групами за критерієм Вілкоксона

тів суттєво збільшилася компенсаторна поведінка, на що вказувало зменшення частоти розташування додаткових кольорів на перші три позиції з 61,40 % до 38,60% із статистичною значимістю ($p<0,05$).

Аналіз результатів дослідження агресивності у ВІЛ-інфікованих за опитувальником Басса-Даркі до та після лікування продемонстрував, що в усіх обстежених пацієнтів агресивність нівелювалась (табл. 2). Про ефективність лікування свідчить зниження індексу ворожості з 11,0 (8,0; 13,0) балів до 9,0 (7,0; 11,0) балів із статистично значимою достовірністю ($p<0,001$) та індексу агресивності з 17,0 (13,0; 21,0) балів до 15 (13,0; 18,0) балів із статистично значимою достовірністю ($p<0,001$).

Аналіз динаміки результатів дослідження компонентів агресії в усіх обстежених за опитувальником Басса-Даркі до та після лікування виявив зниження

проявів агресивності за рахунок того, що для пацієнтів стало менше притаманним проявляти фізичну, вербальну та непрямую агресію, роздратування та образу. Також, зниження ворожості відбулося за рахунок того, що ВІЛ-інфіковані стали менше прибігати до образи та почуття провини.

Висновки. Таким чином комплексне лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів з психічними розладами неспсихотичного регістру та проявами девіантної поведінки, яке складалося із психофармакологічної терапії у комбінації з психотерапією, дозволяє покращити психологічну адаптацію даної групи пацієнтів за рахунок поліпшення психоемоційного стану, надання навичок щодо саморегуляції психічного стану хворих, збільшення компенсаторної поведінки, формування адаптивного відношення до свого захворювання, підвищення соціальної активності, зменшення агресивності та ворожості.

Перспективи подальших досліджень полягають у вдосконаленні системи ранньої діагностики поведінкових порушень у ВІЛ-інфікованих пацієнтів, які мають психічні розлади неспсихотичного регістру, для своєчасного отримання комплексного лікування.

Література

1. Pokhrel KN, Pokhrel KG, Sharma VD, Poudel KC, Neupane SR, Munde LB, et al. Mental health disorders and substance use among people living with HIV in Nepal: their influence on non-adherence to anti-retroviral therapy. *AIDS care-psychological and socio-medical aspects of AIDS/HIV*. 2019 Mar 5;31(8):923-931. DOI: <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1587365>.
2. Spirina ID, Fauzi YeS, Hnenna OM, Kovalenko TIu, Shyrokov OV. Otsinka rivnia psikhologichnoi adaptatsii VIL-infikovanykh z nepsykhotychnymy psykichnymy rozladamy. *Visnyk problem biologii ta medytsyny*. 2019;1(148):167-172. DOI: <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2019-1-1-148-167-173>. [in Ukrainian].
3. Hnenna OM. Prohnozuvannya ymovirnosti vynykennia deviantnoi povedinky sered infikovanykh virusom imunodefitsytu liudyny z nepsykhotychnymy psykichnym rozladamy na pidstavi mnozhyynnoho lohystychnoho analizu. *Medychni perspektyvy*. 2019;24(4):101-111. DOI: <https://doi.org/10.29254/2077-4214-2019-1-1-148-167-173>. [in Ukrainian].
4. Schade A, van Grootheest G, Smit JH. HIV-infected mental health patients: characteristics and comparison with HIV-infected patients from the general population and non-infected mental health patients. *BMC Psychiatry*. 2013 Jan 23;13(35):10. DOI: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-35>.
5. Aharkov OA. Mulytprofesiyni pidkhid v medyko-sotsialnii roboti z VIL-infikovanyh. *Suchasni suspilni problemy u vymiri sotsiolohii upravlinnia*. 2013;14(276):80-90. [in Ukrainian].
6. Anderson JD, Li X, Qiao S, Zhou Y, Shen Z. The mediating effects of functions of social support on HIV-related trauma and health-related quality of life for PLHIV in China. *AIDS Care*. 2019 Jun 07;32(6):673-680. DOI: <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1622633>.
7. Molla AA, Gelagay AA. Risky sexual practice and associated factors among HIV positive adults attending anti-retroviral treatment clinic at Gondar University Referral Hospital, Northwest Ethiopia. *PLoS One*. 2017 Mar 28;12(3):e0174267. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174267>.
8. Wagman JA, Samet JH, Cheng DM, Gnatenko N, Raj A, Blokhina E, et al. Female Gender and HIV Transmission Risk Behaviors among People Living with HIV Who Have Ever Used Injection Drugs in St. Petersburg, Russia. *AIDS behav*. 2018 May 24;22(9):2830-2839. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-018-2149-7>.
9. Baye M, Fisseha B, Bayisa M, Abebe SM, Janakiraman B. Experience of fatigue and associated factors among adult people living with HIV attending ART clinic: a hospital-based cross-sectional study in Ethiopia. *BMJ Open*. 2020;10(10):e042029. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042029>.
10. Ohorenko VV, Hnenna OM. Analiz roli sotsialno-demografichnykh ta psykhosotsialnykh chynnykiv u vynykenni dezadaptivnoi povedinky khvorykh, infikovanykh virusom imunodefitsytu liudyny. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohi*. 2019;4(101):59-61. DOI: <https://doi.org/10.36927/2079-0325-V27-is4-2019-10>. [in Ukrainian].
11. Sobchik LN. MCV – metod cvetovyh vyborov. Modificirovannyi vos'micvetovoi test Lyushera. *Prakticheskoe rukovodstvo*. SPb.: Izd-vo «Rech'»; 2001. 112 s. [in Russian].
12. Vasserman LI, Iovlev BV, Karpova EB, Vuks AYA. Psihologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni: Posobie dlya vrachej. SPb.: SPb NIPNI im. V.M. Bekhtereva; 2005. 32 s. [in Russian].
13. Dermanova IB. Diagnostika sostoyaniya agressii (oprosnik Bassa-Darki). *Diagnostika emocional'no-nravstvennogo razvitiya*. Spb.; 2002. s.80-84. [in Russian].

АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ВПЛИВУ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ НА ПСИХОЛОГІЧНУ АДАПТАЦІЮ У ПАЦІЄНТІВ З ВІРУСОМ ІМУНОДЕФІЦИТУ ЛЮДИНИ

Огоренко В. В., Гненна О. М.

Резюме. У статті подано дані про розробку та оцінку ефективності комплексної терапії неспсихотичних психічних розладів у ВІЛ-інфікованих, яка включала в себе психофармакорекцію та психотерапевтичне втручання (когнітивна терапія та психотерапія, що сфокусована на вирішення проблем).

Проведено комплексне обстеження 114 пацієнтів з ВІЛ, які мали психічні розлади неспсихотичного регістру та знаходилися на лікуванні у Комунальному закладі «Дніпропетровський обласний центр з профілактики та

боротьби зі СНІДом» протягом 2018 р.–2020 р., серед яких було 56 (49,12%) чоловіків та 58 (50,88%) жінок переважно з гетерогенною орієнтацією ($n=102$; 89,47%), віком від 21 до 62 років, середній вік склав 39,77 (9,17) років.

За результатами клініко-психопатологічного методу, який базувався на загальноприйнятих підходах до психіатричного обстеження, здійснювався за допомогою інтерв'ю з використанням самостійно розробленої карти дослідження хворого та експериментально-психологічних методів дослідження, що включали «Тест кольорового вибору» М. Люшера, методіку психологічної діагностики типів відношення до хвороби та опитувальник ворожості Басса-Даркі, була проаналізована ефективність застосування комплексного лікування у корекції психологічної адаптації.

За результатами дослідження статистично значимо зросла часта адаптивних типів відношення до хвороби ($p<0,001$) у ВІЛ-інфікованих з ознаками девіантної поведінки, яка складала 84,34% наспроти 31,37% до терапевтичних втручання. Знизилася частка інтрапсихічної спрямованості реагування на хворобу з 33,33% до 5,88% із статистично значимою достовірністю ($p<0,001$) та знизилася частка інтерпсихічної спрямованості реагування на хворобу з 35,29% до 9,80% із статистично значимою достовірністю ($p<0,001$).

Комплексне лікування позитивно вплинуло на психоемоційний стан пацієнтів та на формування адаптивного відношення до свого захворювання серед даного контингенту пацієнтів, зниження агресивності на ворожості по відношенню до інших людей.

Ключові слова: ВІЛ-інфіковані, комплексне лікування, психотерапія, непсихотичні психічні розлади, дезадаптація, девіантна поведінка, психологічна адаптація.

ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF THE INFLUENCE OF COMPLEX TREATMENT ON PSYCHOLOGICAL ADAPTATION IN PATIENTS WITH HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS

Ogorenko V. V., Hnenna O. M.

Abstract. The article presents data on the development and evaluation of the effectiveness of complex therapy of non-psychotic mental disorders in HIV-infected people, which included psychopharmacocorrection and psychotherapeutic intervention (cognitive therapy and problem-focused psychotherapy).

The comprehensive examination of 114 HIV patients who had mental disorders of non-psychotic register and were treated at the Municipal Institution “Dnipropetrovsk Regional Center for AIDS Prevention and Control” during 2018-2020, among which there were 56 (49.12%) men and 58 (50.88%) women mostly with heterogeneous orientation ($n=102$; 89.47%), aged 21 to 62 years, the average age was 39.77 (9.17) years.

According to the results of clinical and psychopathological method, which was based on conventional approaches to psychiatric examination, was carried out through interviews using self-developed map of the patient and experimental psychological research methods, including “Color Choice Test” by M. Luscher, methods of psychological diagnosis types of attitudes to the disease and the Bass-Darki hostility questionnaire, the effectiveness of comprehensive treatment in the correction of psychological adaptation was analyzed.

According to the results of the study, the frequency of adaptive types of attitudes toward the disease ($p < 0.001$) in HIV-infected with signs of deviant behavior increased statistically significantly, which was 84.34% versus 31.37% before therapeutic interventions. The share of intrapsychic orientation of the disease response decreased from 33.33% to 5.88% with statistically significant significance ($p < 0.001$) and the share of interpsychic orientation of the disease response decreased from 35.29% to 9.80% with statistically significant significance ($p < 0.001$).

Comprehensive treatment has had a positive effect on the psycho-emotional state of patients and the formation of an adaptive attitude to their disease among this group of patients, reducing aggression on hostility towards other people.

Key words: HIV-infected, complex treatment, psychotherapy, non-psychotic mental disorders, maladaptation, deviant behavior, psychological adaptation.

Рецензент – проф. Скрипніков А. М.
Стаття надійшла 31.12.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2021-1-159-105-108

УДК [616.329/.333-008.6:616.441-002]-053.81-092-078:57.083.3

Пасієшвілі Т. М.

ІМУНОЗАПАЛЬНИЙ ГОМЕОСТАЗ ТА ОКСИДАТИВНИЙ СТРЕС В ДЕСТАБІЛІЗАЦІЇ РЕПАРАТИВНИХ ПРОЦЕСІВ У МОЛОДИХ ОСІБ З ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНОЮ РЕФЛЮКСНОЮ ХВОРОБОЮ ТА АВТОІМУННИМ ТИРЕОЇДИТОМ

Харківський національний медичний університет (м. Харків)

pasotoma2017@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Дане дослідження є фрагментом НДР «Механізми формування гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби із супутньою патологією та розробка методів її патогенетичної корекції у студентів» (№ державної реєстрації 0110U002441).

Вступ. Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) є одним з найбільш частих захворювань, які формуються в студентському середовищі [1]. Виникнення ГЕРХ у цієї категорії пацієнтів має чіткі закономірності, які обумовлені як ритмом, якістю, обсягом і часом прийняття їжі, так і участю нервової