

Український Вісник Психоневрології UKRAINS'KYI VISNYK PSYKHONEVROLOGII

Засновник і видавець: ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ І НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ», ДУ «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»
Founder and publisher: PUBLIC ORGANIZATION "ASSOCIATION OF NEUROLOGISTS, PSYCHIATRISTS AND NARCOLOGISTS OF UKRAINE", STATE INSTITUTION "INSTITUTE OF NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND NARCOLOGY OF THE NATIONAL ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF UKRAINE"

Головний редактор ВОЛОШИН П. В.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Бітенський В. С. (м. Одеса, УКРАЇНА),
Аймедов К. В. (Одеса, УКРАЇНА),
Волошина Н. П. (м. Харків, УКРАЇНА),
Головченко Ю. І. (м. Київ, УКРАЇНА),
Григорова І. А. (м. Харків, УКРАЇНА),
Дзяк Л. А. (м. Дніпро, УКРАЇНА),
Зозуля І. С. (м. Київ, УКРАЇНА),
Карабань І. М. (м. Київ, УКРАЇНА),
Кожина Г. М. (м. Харків, УКРАЇНА),
Козьявкін В. І. (м. Львів, УКРАЇНА),
Лінський І. В. (м. Харків, УКРАЇНА),
Марута Н. О. (м. Харків, УКРАЇНА) (*заступник
головного редактора*),
Михайлов Б. В. (м. Харків, УКРАЇНА),
Мінко О. І. (м. Харків, УКРАЇНА),
Мищенко Т. С. (м. Харків, УКРАЇНА),
Напрєєнко О. К. (м. Київ, УКРАЇНА),
Підкоритов В. С. (м. Харків, УКРАЇНА),
Табачников С. І. (м. Київ, УКРАЇНА),
Танцура Л. М. (м. Харків, УКРАЇНА),
Чабан О. С. (м. Київ, УКРАЇНА),
Чугунов В. В. (Запоріжжя, УКРАЇНА),
Шестопалова Л. Ф. (м. Харків, УКРАЇНА),
Явдак І. О. (м. Харків, УКРАЇНА),
(*відповідальний секретар*).

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Берштейн Н. (м. Тель Авів, ІЗРАЇЛЬ),
Брайнін М. (м. Відень, АВСТРІЯ),
Головач К. М. (м. Київ, УКРАЇНА),
Дубенко А. Є. (м. Харків, УКРАЇНА),
Євтушенко С. К. (м. Харків, УКРАЇНА),
Зукер Р. (Енн Арбор, США),
Коростій В. І. (м. Харків, УКРАЇНА),
Ліхачов С. О. (м. Мінськ, БІЛОРУСЬ),
Май М. (м. Неаполь, ІТАЛІЯ),
Маркова М. В. (м. Харків, УКРАЇНА),
Мартинюк В. Ю. (м. Київ, УКРАЇНА),
Мищенко В. М. (м. Харків, УКРАЇНА),
Морозов П. В. (м. Москва, РОСІЯ),
Пашковський В. М. (м. Чернівці, УКРАЇНА),
Пшук Н. Г. (м. Вінниця, УКРАЇНА),
Ревенко О. А. (м. Київ, УКРАЇНА),
Сон А. С. (м. Одеса, УКРАЇНА),
Сосін І. К. (м. Харків, УКРАЇНА),
Хабрат Б. (Варшава, ПОЛЬЩА),
Христовулу Дж. (м. Афіни, ГРЕЦІЯ),
Шапвалов В. В. (м. Харків, УКРАЇНА),
Юр'єва Л. М. (м. Дніпро, УКРАЇНА).

Chief Editor VOLOSHYN P. V.

EDITORIAL STAFF:

Bitenskiy V. S. (Odesa, UKRAINE)
Aymedov C. V. (Odesa, UKRAINE)
Voloshyna N. P. (Kharkiv, UKRAINE)
Golovchenko Yu. I. (Kyiv, UKRAINE)
Grygorova I. A. (Kharkiv, UKRAINE)
Dziak L. A. (Dnipro, UKRAINE)
Zozulia I. S. (Kyiv, UKRAINE)
Karaban' I. M. (Kyiv, UKRAINE)
Kozhyina G. M. (Kharkiv, UKRAINE)
Kozyavkin V. I. (Lviv, UKRAINE)
Linskiy I. V. (Kharkiv, UKRAINE)
Maruta N. O. (Kharkiv, UKRAINE) (*deputy
chief editor*)
Mykhailov B. V. (Kharkiv, UKRAINE)
Minko O. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Mishchenko T. S. (Kharkiv, UKRAINE)
Napryeyenko O. K. (Kyiv, UKRAINE)
Pidkorytov V. S. (Kharkiv, UKRAINE)
Tabachnikov S. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Tantsura L. M. (Kharkiv, UKRAINE)
Chaban O. S. (Kyiv, UKRAINE)
Chugunov V. V. (Zaporizhzhia, UKRAINE)
Shestopalova L. F. (Kharkiv, UKRAINE)
Yavdak I. O. (Kharkiv, UKRAINE) (*executive
secretary*).

EDITORIAL BOARD:

Berstein N. (Tel Aviv, ISRAEL)
Brainin M. (Vienna, AUSTRIA)
Golovach K. M. (Kyiv, UKRAINE)
Dubenko A. Ye. (Kharkiv, UKRAINE)
Yevtushenko S. K. (Kharkiv, UKRAINE)
Zucker R. (Ann Arbor, MI, USA)
Korostii V. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Lichachov S. A. (Minsk, BELARUS)
May M. (Naples, ITALY)
Markova M. V. (Kharkiv, UKRAINE)
Martyniuk V. Yu. (Kyiv, UKRAINE)
Mishchenko V. M. (Kharkiv, UKRAINE)
Morozov P. V. (Moscow, RUSSIA)
Pashkovskiy V. M. (Chernivtsi, UKRAINE)
Pshuk N. G. (Vinnitsia, UKRAINE)
Revenok O. A. (Kyiv, UKRAINE)
Son A. S. (Odesa, UKRAINE)
Sosin I. K. (Kharkov, UKRAINE)
Habrat B. (Warsaw, POLAND)
Christodoulou G. (Athens, GREECE)
Shapovalov V. V. (Kharkiv, UKRAINE)
Yurieva L. M. (Dnipro, UKRAINE).

*Рецензований науково-практичний
медичний журнал
Peer-reviewed scientific and practical
journal of medicine*

Заснований у вересні 1993 р.
Founded in September, 1993

Періодичність — щокварталу
The journal is published quarterly

Журнал внесений до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук за галузями медичних (наказ МОН України від 06 березня 2015 р. № 261) та фармацевтичних (постанова ВАК України від 06 жовтня 2010 р. № 3-05/6) наук.

Журнал представлений у міжнародних базах даних: РИНЦ (Російський індекс научного цитування); Ulrich's Periodicals Directory, Google Scholar.

The journal is presented in international periodicals, bibliographic and scientometric international databases, such as:

- RSCI (Russian Science Citation Index);
- Ulrich's Periodicals Directory;
- Google Scholar

Том 27, випуск 2 (99)
Харків, 2019



АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, 61068
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
Національної академії медичних наук України».
Адреса сайту журналу: www.uvnpn.com.ua

ADDRESS OF EDITORSHIP:

46, Academician Pavlov Str., Kharkiv, Ukraine, 61068,
SI "Institute of neurology, psychiatry and narcology
of the NAMS of Ukraine".

Web-site of the journal: www.uvnpn.com.ua

Свідоцтво про державну реєстрацію
КВ № 16345-4817ПР від 10.02.2010 р.
Certificate for state registration of print mass media
KV № 16345-4817PR, dated 10 Feb, 2010

Рекомендовано до друку Вченою Радою ДУ «Інститут
неврології, психіатрії та наркології НАМН України»
(протокол № 6 від 20.05.2019 р.)

Approved for publication by the Academic Council of SI "Institute
of neurology, psychiatry and narcology of the NAMS
of Ukraine" (protocol no. 6 dated 20 May, 2019)

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НЕВРОЛОГІЇ:

Волошина Н. П. (м. Харків, Україна), Головченко Ю. І. (м. Київ, Україна), Григорова І. А. (м. Харків, Україна), Дзяк Л. А. (м. Дніпро, Україна), Дубенко Є. Г. (м. Харків, Україна), Зозуля І. С. (м. Київ, Україна), Міщенко Т. С. (м. Харків, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ПСИХІАТРІЇ:

Кожина Г. М. (м. Харків, Україна), Колядко С. П. (м. Харків, Україна), Михайлов Б. В. (м. Харків, Україна), Напрєєнко О. К. (м. Київ, Україна), Підкоритов В. С. (м. Харків, Україна), Чабан О. С. (м. Київ, Україна), Юр'єва Л. М. (м. Дніпро, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НАРКОЛОГІЇ:

Бітенський В. С. (м. Одеса, Україна), Ігнатів М. Ю. (м. Харків, Україна), Лінський І. В. (м. Харків, Україна), Мінко О. І. (м. Харків, Україна), Павлов В. О. (м. Дніпро, Україна), Сосін І. К. (м. Харків, Україна), Чугунов В. В. (Запоріжжя, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ:

Коростій В. І. (м. Харків, Україна), Маркова М. В. (м. Харків, Україна), Пшук Н. Г. (м. Вінниця, Україна), Шестопалова Л. Ф. (м. Харків, Україна).

До уваги авторів

До опублікування у журналі «Український вісник психоневрології» приймаються статті з проблем клінічної та експериментальної неврології, психіатрії та наркології, психотерапії, судової фармації, інших суміжних наук, оригінальні дослідження, огляди, лекції, спостереження з практики, дискусійні статті, наукова хроніка, короткі повідомлення, рецензії, а також роботи з питань викладання нейронаук, організації та управління психоневрологічною службою, статті історичного характеру, інформація про новітні лікарські засоби, про минулі та майбутні з'їзди, науково-практичні конференції та семінари.

Під час підготовки робіт до друку треба врахувати таке:

1. До розгляду редакційною колегією журналу приймаються роботи, що не публікувалися та не подавалися до друку раніше.

2. Оригінал роботи подається до редакції українською, російською або англійською мовами.

3. Статті надсилаються до редакції у двох примірниках з офіційним направленням установи (1 примірник), експертним висновком (2 примірники) та електронною версією у текстовому редакторі Microsoft Word. Не треба ділити текст статті на окремі файли (крім рисунків, що виконані в інших програмах).

4. Обсяг статей не повинен перевищувати: для проблемних та оригінальних досліджень, лекцій та оглядів — 10 сторінок, для дискусійних статей — 8 сторінок, для наукової хроніки — 5 сторінок, для коротких повідомлень — 3-х сторінок.

5. Роботи друкуються кеглем 14, через 1,5 інтервали з полями: ліворуч — 3,5 см, праворуч — 1 см, зверху та знизу — по 2,5 см (28—30 рядків на сторінці, 60—70 знаків у рядку).

6. Викладення робіт повинно бути чітким, містити такі розділи: вступ (з обґрунтуванням актуальності), матеріал та методи дослідження, отримані результати, їх обговорення, висновки, перелік літературних джерел.

7. Тексту статті повинні передувати індекс УДК; українською, російською та англійською мовами: прізвище та ініціали авторів, назва статті, резюме та ключові слова. Обсяг резюме не повинен бути меншим, ніж 10 рядків, або 700—1000 знаків (відповідно до «Рекомендацій по підготовці анотації публікації», розміщених на сайті журналу). У тексті статті посилання на літературні джерела наводяться в квадратних дужках і нумеруються в порядку їх згадування.

8. Перелік використаної літератури оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 та ДСТУ 8302:2015 і містить джерела мовою оригіналу за останні 10 років (більш ранні публікації включають до переліку тільки у разі потреби). **Обов'язково вказувати цифровий ідентифікатор статті (збірника) DOI, в разі його відсутності — PMID або адресу статті в Інтернеті URL.**

9. Після переліку літератури наводять українською та англійською мовами без скорочень *відомості про авторів*: прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання, посада або професія, основне місце роботи чи навчання (підрозділ, кафедра, найменування установи або організації); e-mail; ID ORCID у форматі <https://orcid.org/XXXX-XXXX-XXXX-XXXX>; контактні телефони — окремим рядком.

10. Усі фізичні величини та одиниці треба наводити за системою SI, терміни — згідно з анатомічною та гістологічною номенклатурами, діагностику — за допомогою Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду.

11. Таблиці повинні бути компактними, мати назву, що відповідає змісту. На усі рисунки та таблиці у тексті мають бути посилання.

12. Ілюстрації до роботи (рисунки, фотографії, графіки та діаграми) подаються у чорно-білому зображенні, з можливістю редагування. Фотографії мають бути контрастними (на фотопапері чи у цифровому форматі з роздільною здатністю не менш ніж 240 dpi), рисунки та графіки — чіткими, тонові рисунки — у форматі *.tif, 240—300 dpi, без компресії.

13. Полноформатні кольорові ілюстрації мають бути подані в електронній версії для комп'ютера типу IBM PC. Колірна модель — CMYK, 300 dpi. Векторна графіка — у форматі *.pdf. Текст (шрифти) і логотипи подавати тільки в кривих. Розмір ілюстрації — 205 x 295 мм, від цих меж має бути не менш ніж 10 мм до значимих об'єктів.

14. Текст статті та усі супровідні матеріали мають бути відредагованими та перевіреними. Стаття має бути підписаною усіма авторами.

15. Автори обов'язково заповнюють дві форми XML (українська/російська та англійська версії) та надсилають разом зі статтею (форми XML з прикладом заповнення наведено на офіційному сайті журналу www.uvnrp.com.ua у рубриці «Авторам»).

16. Редакція залишає за собою право скорочення та вправлення надісланих статей (відповідно до «Порядку розгляду публікацій» та «Порядку рецензування публікацій», розміщених на сайті журналу).

17. Відхилені у процесі рецензування рукописи авторам не повертаються. Статті, що оформлені без дотримання вказаних правил, не розглядаються.

За зміст та оформлення статей (публікацій) відповідальність несе автор.

Статті надсилати на адресу:

вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», редакція журналу «Український вісник психоневрології», e-mail: visnuk.pn@gmail.com

Офіційний сайт журналу: www.uvnrp.com.ua

ЗМІСТ

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ТА СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Волошин-Гапонов І. К., Волошин П. В. (Харьков)
Коморбидність і тактика діагностики і лічення больних с гепатоцеребральною дистрофією 5

Насонова Т. І., Колосова Т. В., Брякін Д. В., Михайловська Н. О., Курочкін І. В., Рябиченко Т. М., Тишкевич О. В., Бугайов Ю. А., Головченко Ю. І., Гуца В. В. (Київ)
Синдром ніглекту після ішемічного інсульту: діагностика, можливості лікування 8

Сілонов С. Б., Зинич І. І. (Київ)
Амیلідози центральної нервової системи: спільні риси різних хвороб 15

Шульга О. Д. (Луцьк)
Дисфункція гематоенцефалічного бар'єра та інтратекальна імунна відповідь у пацієнтів з клінічно ізольованим синдромом розсіяного склерозу 20

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ТА НАРКОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

Абдрыхімов Р. А., Маркова М. В. (Харків, Київ)
Порівняльний аналіз психопатологічних проявів дезадаптації і посттравматичного синдрому у учасників бойових дій з травмою очей і частковою втратою зору 23

Вязьмітінова С. О. (Харків)
Психотерапія та психокорекція розладів адаптації у учасників бойових дій на санаторно-курортному етапі 28

Литвиненко В. В. (Харків)
Сучасна модель психоосвіти хворих з алкогольною залежністю 31

Марута Н. О., Панько Т. В., Каленська Г. Ю. (Харків)
Структура психопатологічних проявів у внутрішньо переміщених осіб 33

Марценковський І. А., Марценковська І. І. (Київ)
Менеджмент шизофренії та біполярного розладу в педіатричній практиці 38

Мисула Ю. І. (Тернопіль)
Соціально-демографічна характеристика хворих з різними клінічними варіантами первинного епізоду біполярного афективного розладу 48

Ротшильд-Варибрус В. З., Корженевський С. В., Михальчук О. Я., Ермаков Л. В., Конарев В. І., Вовк В. І. (Харьков)
Суїцидологічний паспорт територіальної общини як опорний елемент національної стратегії превенції самоубийства в Україні 52

Савка С. Д. (Чернівці)
Комплексна корекція коморбідних непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з ревматоїдним артритом 56

Харитонов В. І. (Київ)
Особливості психопатологічного стану хворих на епілепсію з депресіями в інтеріктальному періоді 59

Шевченко-Бітенський К. В. (Одеса)
Клініко-психопатологічна структура галюцинаторно-параноїдних розладів при судинних деменціях помірного ступеня тяжкості 63

Яворська Т. П. (Харків)
Особливості типу реагування на захворювання у пацієнтів з цереброваскулярною патологією 68

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

Бурчинський С. Г. (Київ)
Проблема взаємосв'язи ефективності і безпеки фармакотерапії в ангионеврології: фокус на препарати гінкго 73

CONTENTS

MECHANISMS OF FORMATION AND MODERN PRINCIPLES OF TREATMENT OF NEUROLOGICAL DISORDERS

Voloshyn-Gaponov I. K., Voloshyn P. V. (Kharkiv)
Comorbidity and tactics and treatment of patients with hepato-cerebral dystrophy 5

Nasonova T. I., Kolosova T. V., Briakin D. V., Mykhailovska N. O., Kurochkin I. V., Riabychenko T. M., Tyshkevych O. V., Buhaiov Yu. A., Holovchenko Yu. I., Hushcha V. V. (Kyiv)
Neglect syndrome after ischemic stroke: diagnosis, treatment options 8

Silonov S. B., Zynych I. I. (Kyiv)
Amyloidosis of the central nervous system: common features of various diseases 15

Shulga O. D. (Lutsk)
Dysfunction of bloodbrain barrier and intrathecal immune response in patients with clinically isolated multiple sclerosis syndrome 20

DIAGNOSTICS AND THERAPY OF MENTAL AND NARCOLOGICAL DISORDERS

Abdryahymov R. A., Markova M. V. (Kyiv)
Comparative analysis of psychopathological consequences of maladaptation and post-traumatic syndrome in participants of military actions with eyes injury and partial loss of vision 23

Vyazmitinova S. (Kharkiv)
Psychotherapy and psychocorrection of adaptation disorders at participants of martial actions at the health-resort stage 28

Lytvynenko V. (Kharkiv)
Modern model of psychoeducation in patients with alcohol dependence 31

Maruta N. O., Panko T. V., Kalenska G. Yu. (Kharkiv)
The structure of psychopathological manifestations in internally displaced persons 33

Martsenkovsky I., Martsenkovska I. (Kyiv)
Management of schizophrenia and bipolar disorder in pediatric practice 38

Mysula Yu. (Ternopil)
Socio-demographic characteristics of patients with different clinical variants of the primary episode of bipolar affective disorder 48

Rothschild-Varibrus V. Z., Korzhenevsky S. V., Mikhalchuk O. Ya., Yermakov L. V., Konarev V. I., Vovk V. I. (Kharkiv)
Suicidological passport of the territorial community as a basic element of the national strategy of suicide prevention in Ukraine 52

Savka S. D. (Chernivtsi)
Complex correction of comorbid nonpsychotic mental disorders in patients with rheumatoid arthritis 56

Kharytonov V. I. (Kyiv)
Features of the psychopathological condition of patients with epilepsy and depression in an interictal period 59

Shevchenko-Bitensky K. V. (Odesa)
Clinical-psychopathological structure of hallucinatory-paranoid disorders during vascular dementia of moderate degrees of severity 63

Yavorska T. P. (Kharkiv)
Features type of response on the diseases in patients with cerebrovascular pathology 68

HELP TO PRACTICAL PHYSICIAN

Burchinsky S. G. (Kyiv)
Problem of interrelations of efficacy and safety during pharmacotherapy in angioneurology: focus on ginkgo preparations 73

ОСОБИСТІТЬ В ІСТОРИЇ ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

Хрол Н. В. (Харків)
Науковий шлях крізь призму хвороби: Віктор Хрисанфович
Кандинський (до 170-річчя від дня народження)..... 78

ЮВІЛЕЇ

Професор Шевага Володимир Миколайович святкує свій
ювілей 82
Професор Дубенко Євген Григорович святкує свій ювілей..... 83

PERSONALITY IN THE HISTORY OF PSYCHONEUROLOGY

Khrol N. V. (Kharkiv)
Science way through the prism of illness: Victor Khrisanfovich
Kandinsky (dedicated to 170th anniversary)..... 78

ANNIVERSARIES

Professor Volodymyr M. Shevaga celebrates his anniversary.... 82
Professor Yevhen H. Dubenko celebrates his anniversary..... 83

С. Д. Савка

**КОМПЛЕКСНА КОРЕКЦІЯ КОМОРБІДНИХ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ
У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ**

С. Д. Савка

Комплексная коррекция коморбидных непсихотических психических расстройств у пациентов с ревматоидным артритом

S. D. Savka

Complex correction of comorbid nonpsychotic mental disorders in patients with rheumatoid arthritis

В цієї статті відображені особливості лікування непсихотичних психічних розладів (НПР) у хворих на ревматоїдний артрит (РА). З урахуванням виявленої специфіки клініко-психопатологічних проявів, психопатологічних особливостей коморбідних непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з РА розроблено комплексну програму лікування НПР із застосуванням психофармакотерапії та психотерапевтичних підходів (раціональної психотерапії, аутогенного тренування, когнітивно-поведінкової та гештальт-терапії). Перша група включала 51 обстежуваного, які окрім стандартного лікування РА отримували лише психофармакологічне лікування НПР (ОГЛ I), а друга група — 69 пацієнтів, які отримували комплексне психофармакологічне і психотерапевтичне лікування (ОГЛ II).

Як свідчать отримані дані, рівень депресії помітно знизився у пацієнтів ОГЛ II, а саме, на 11,7 балів порівняно з пацієнтами ОГЛ I — на 8,1 бали; рівень тривоги в ОГЛ II зменшився на 13,1 бала, а у ОГЛ I — 8,4 бали. Загальна оцінка якості життя у ОГЛ I підвищилася на 10,2 бали, а ОГЛ II — на 15,9 балів, і позитивний ефект мав вірогідний характер.

Ключові слова: непсихотичні психічні розлади, ревматоїдний артрит, психофармакологічне та психотерапевтичне лікування

В этой статье рассматриваются особенности лечения непсихотических психических расстройств (НПР) у больных ревматоидным артритом (РА). С учетом выявленной специфики клинико-психопатологических проявлений, психопатологических особенностей коморбидных НПР у пациентов с РА разработана комплексная программа лечения с применением психофармакотерапии и психотерапевтических подходов (рациональной психотерапии, аутогенной тренировки, когнитивно-поведенческой и гештальт-терапии). Первая группа включала 51 обследуемого, которые помимо стандартного лечения РА получали только психофармакологическое лечение НПР (ОГЛ I), а вторая группа — 69 пациентов, которые получали комплексное психофармакологическое и психотерапевтическое лечение (ОГЛ II). Как свидетельствуют полученные данные, уровень депрессии заметно снизился в ОГЛ II (на 11,7 балла) по сравнению с ОГЛ I (на 8,1 балла). Уровень тревоги уменьшился в ОГЛ II — 13,1 балла, а в ОГЛ I — 8,4 балла. Общая оценка качества жизни в ОГЛ I повысилась на 10,2 балла, а ОГЛ II — на 15,9 балла, и положительный эффект имел достоверный характер.

Ключевые слова: непсихотические психические расстройства, ревматоидный артрит, психофармакологическое, психотерапевтическое лечения

The program for the treatment of nonpsychotic mental disorders (NMD) in patients with rheumatoid arthritis (RA) are described in the article. The complex program of treatment for NMD with the use of psychopharmacotherapy and psychotherapeutic approaches (rational psychotherapy, autogenous training, cognitive-behavioral and gestalt therapy) was developed taking into account the revealed specificity of clinical-psychopathological manifestations, psychopathological features of comorbid non-psychotic mental disorders in patients with RA.

The first group included 51 patients, who, in addition to standard treatment, received only psychopharmacological treatment of NPR (BGT I), and the second group — 69 patients receiving complex psychopharmacological and psychotherapeutic treatment (BGT II). As evidence shows, the level of depression significantly decreased in the BGT II at 11.7 points compared with BGT I at 8.1 points. The level of anxiety decreased in BGT II at 13.1 points, and in BGT I at 8.4 points. The overall assessment of quality of life in BGT I, improved by 10.2 points, while BGT II — by 15.9 points and the positive effect was probable.

Key words: nonpsychotic mental disorders, rheumatoid arthritis, psychopharmacological and psychotherapeutic treatment

На сьогоднішній день особливої актуальності набуває проблема коморбідних психічних розладів при соматичних захворюваннях [1—4]. Не потрапляючи в поле зору фахівців (лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів) на ранніх етапах розвитку захворювання, пацієнти з непсихотичними психічними розладами і соматичними захворюваннями не звертаються за спеціалізованою допомогою, що сприяє швидкому рецидивуванню, розвитку ускладнень, збільшенню тривалості тимчасової та стійкої втрати працездатності, порушенню соціального функціонування та зниженню якості життя пацієнта [5—7].

Як свідчать дані деяких авторів [8—11], наявність супутніх психічних розладів при ревматоїдному артриті (РА) призводить до порушення стилю життя, зміни інтересів, зниження соціального і матеріального благополуччя, погіршення міжособистісних відносин, негативного ставлення до протиревматичної терапії та психічної та психологічної дезадаптації загалом. Тому нагальними стають питання своєчасної діагностики

та лікування непсихотичних психічних розладів у пацієнтів з РА та розроблення нових концептуальних підходів до їх діагностики та лікування.

Для досягнення мети дослідження на базі ревматологічного відділення Чернівецької обласної клінічної лікарні та Чернівецької міської клінічної лікарні №3, протягом 2011—2017 років, на підставі інформованої згоди, з дотриманням принципів медичної етики та деонтології було обстежено 180 хворих на РА віком від 20 до 60 років, серед яких у 120 пацієнтів за даними психодіагностичного та клініко-психопатологічного обстеження було діагностовано психічні розлади непсихотичного регістру. Статистичний аналіз проводили у програмах SPSS for Windows 17.0 та Statistica for Windows 5.1 при статистичному обробленні отриманих результатів, що відповідали нормальному (гаусовському) розподілу. Під час оцінювання вірогідності різниці між середніми величинами обчислювали коефіцієнт *t* відповідно до методу Стьюдента.

У пацієнтів з РА серед непсихотичних психічних розладів (НПР) найчастіше виявляються змішаний тривожно-депресивний розлад — у 48,3 %, розлади адап-

тації — у 20,8 %, соматоформний розлад — у 19,2 %, тривожно-фобічний розлад — у 11,7 %.

З урахуванням виявленої специфіки клініко-психопатологічних проявів, психопатологічних особливостей коморбідних неспсихотичних психічних розладів у пацієнтів з РА розроблено комплексну програму лікувальних впливів. Запропонована програма — це комплексний підхід до лікування неспсихотичних психічних розладів із застосуванням психофармакотерапії та психотерапевтичних підходів (раціональної психотерапії, аутогенного тренування, когнітивно-поведінкової та гештальт-терапії). З метою оцінення ефективності лікувальних впливів пацієнти були поділені на дві групи. Перша група включала 51 обстеженого, які окрім стандартного лікування РА отримували лише психофармакологічне лікування НПР (ОГЛ I), а друга група — 69 пацієнтів, які отримували комплексне психофармакологічне і психотерапевтичне лікування (ОГЛ II).

Психотерапевтична корекція включала такі етапи: I етап — знайомство з пацієнтом, оцінювання психоемоційного стану, з'ясування уявлень про симптоми захворювання, формулювання запиту та цілей психокорекції, формування комплаєнса, встановлення психологічного контакту); II етап — стабілізація стану, фокусування уваги пацієнтів на їхніх переживаннях і симптомах депресії і тривоги, їх ідентифікація та усвідомлення, зміна самоприйняття, усвідомлення важливості відчувати себе «тут» і в «цей момент» та усвідомлення і поліпшення якості життя пацієнта, підсилення мотивації до лікування; III етап — зниження психоемоційного напруження у безпечному середовищі та підтримка психоемоційного стану хворих). Психофармакологічне лікування включало: із групи антидепресантів — венлафаксин у дозі 37,5 мг двічі на добу або циталопрама гідробромід у дозі 20 мг на добу протягом 3—6 місяців; із анксиолітиків застосовували бупірону гідрохлорид у дозі 5 мг тричі на добу протягом місяця; із групи снодійних препаратів: залеплон 10 мг за 30 хвилин до сну 10 днів.

Терапевтичну ефективність лікування НПР у пацієнтів з РА оцінювали зіставляючи динаміку в результаті лікування відхиленнь від норми показників експериментально-психологічних методик — шкали Гамільтон для визначення депресії (HDRS) та для визначення рівня тривоги (HARS) та оцінки якості життя (Mezzych, Cohen, Ruizperez) і основних психопатологічних симптомів.

Порівняльний аналіз результатів лікування НПР у хворих на РА підтверджує ефективність обраних методик лікування.

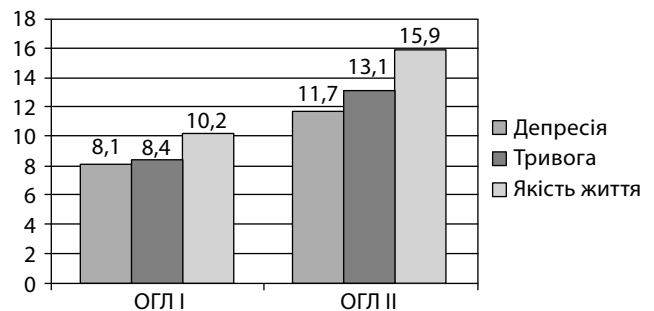
Як свідчать отримані дані, рівень депресії помітно знизився у групі хворих, які отримували комплексне психофармакологічне і психотерапевтичне лікування ($13,4 \pm 0,51$ бала при першому обстеженні, $6,7 \pm 0,37$ балів через місяць та $1,7 \pm 0,49$ балів через 6 місяців). У пацієнтів, які отримували тільки психофармакологічне лікування, встановлено менш суттєве зниження рівня депресії ($12,7 \pm 0,73$ бали при першому обстеженні, $7,2 \pm 0,54$ бали через місяць та $4,6 \pm 0,28$ балів через 6 місяців), $p < 0,05$. Рівень тривоги в ОГЛ II склав $19,2 \pm 0,82$ бали при першому обстеженні та $6,1 \pm 0,35$ балів при підсумковому обстеженні. У пацієнтів ОГЛ I визначено такі показники рівня тривоги: $18,1 \pm 0,73$ бали при першому обстеженні та $9,7 \pm 0,42$ бали при підсумковому обстеженні, $p < 0,05$.

У ОГЛ I загальна оцінка якості життя після лікування підвищилася на 10,2 бали (до лікування —

$62,2 \pm 1,33$ бали, після лікування $72,4 \pm 0,93$ бали, $p < 0,05$) і позитивний ефект мав значущий характер. Найбільші позитивні зміни були з боку фізичного благополуччя, а саме: відчуття енергійності, відсутність болю та фізичних проблем — на 2,58 балів (до лікування — $4,46 \pm 0,14$ балів, після лікування — $7,04 \pm 0,12$ балів, $p < 0,05$) і психологічне/емоційне благополуччя (добре почуття, узгодженість із собою) на 2,03 бали (до лікування — $5,58 \pm 0,25$ балів, після лікування — $7,61 \pm 0,17$ балів, $p < 0,05$).

У ОГЛ II загальна оцінка якості життя підвищилася на 15,9 балів (до лікування — $58,0 \pm 1,47$ балів, після лікування — $73,9 \pm 1,30$ балів, $p < 0,05$). Динаміка поліпшення якості життя за різними показниками в цієї групі мала схожі особливості з пацієнтами першої групи і найбільші позитивні зміни були з боку психологічного/емоційного благополуччя — на 2,93 бали (до лікування — $6,03 \pm 0,23$ бали, після лікування — $8,96 \pm 0,17$ балів, $p < 0,05$), фізичного благополуччя на 2,47 бали (до лікування — $4,40 \pm 0,18$ балів, після лікування $6,87 \pm 0,13$ балів, $p < 0,05$), самообслуговування та незалежність дій (виконання щоденних завдань, прийняття власних рішень) на 2,09 бали (до лікування — $7,00 \pm 0,19$ балів, після лікування — $9,09 \pm 1,07$ балів, $p < 0,05$) і працездатності, яка збільшилася на 2,06 балів (до лікування — $4,94 \pm 0,22$ бали, після лікування — $7,00 \pm 0,17$ балів, $p < 0,05$).

Ефективність психофармакологічного та комплексного психофармакологічного та психотерапевтичного лікування показана на рисунку.



Ефективність психофармакологічного та психотерапевтичного лікування у пацієнтів з НПР та РА

Найвища результативність спостерігається при використанні комплексної програми, яка включає психофармакологічне і психотерапевтичне лікування, що в дійсності підтверджує високий рівень показника кореляції. Аналіз кореляційної матриці взаємозв'язку між ефективністю медикаментозного та комплексного лікування свідчить (таблиця), що загальний показник якості життя найбільше асоціював із проведенням психотерапії ($r = 0,47$).

Кореляційна матриця взаємозв'язку між видом лікування та змінами рівня депресії, тривоги та якості життя у хворих на ревматоїдний артрит

Вид лікування	Зменшення депресії	Зменшення тривоги	Поліпшення якості життя
Медикаментозна терапія	0,68*	0,58*	0,26*
Комплексна терапія	0,72*	0,66*	0,47*

Примітка: * — вірогідність показника кореляції ($p < 0,05$)

Отже, проведене дослідження дозволило встановити, що включення психотерапії у комплекс лікування хворих на НПР на тлі РА дозволяє досягти вірогідно більшої позитивної динаміки психопатологічних симптомів, а також підвищити якість життя пацієнтів.

Отже, за результатами отриманих даних можна зробити такі висновки:

З огляду на специфіку клініко-психопатологічних проявів, патопсихологічних особливостей НПР у пацієнтів з РА розроблено програму комплексної терапії із застосуванням психофармакотерапії (антидепресанти, анксиолітики, снодійні препарати) та психотерапевтичних методів (раціональної психотерапії, аутогенного тренування, когнітивно-поведінкової та гештальт-терапії). За результатами апробації комплексної програми терапії підтверджено її високу ефективність.

Рівень депресії помітно знизився у групі хворих, які отримували комплексне психофармакологічне і психотерапевтичне лікування ($13,4 \pm 0,51$ балів при першому обстеженні та $1,7 \pm 0,49$ балів через 6 місяців) порівняно з пацієнтами, які отримували тільки психофармакологічне лікування ($12,7 \pm 0,73$ бали при першому обстеженні та $4,6 \pm 0,28$ балів через 6 місяців, $p < 0,05$), відповідно, рівень тривоги зменшився з $19,2 \pm 0,82$ бали при першому обстеженні до $6,1 \pm 0,35$ балів при підсумковому обстеженні та з $18,1 \pm 0,73$ бали при першому обстеженні до $9,7 \pm 0,42$ бали при підсумковому обстеженні ($p < 0,05$). Загальна оцінка якості життя підвищилася на $15,9$ балів у пацієнтів, які отримували комплексне лікування (з $58,0 \pm 1,47$ балів, до $73,9 \pm 1,30$ балів, $p < 0,05$) і на $10,2$ бали у пацієнтів, які отримували лише психофармакологічне лікування (з $62,2 \pm 1,33$ бали до $72,4 \pm 0,93$ бали, $p < 0,05$) і позитивний ефект мав значущий характер.

Список літератури

1. Волошин П. В., Марута Н. О. Основні напрямки наукових розробок в неврології, психіатрії та наркології в Україні // Український вісник психоневрології. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 10—18.
2. Марута Н. А. Проблема коморбидности в современной психиатрии. Теоретический, клинический, терапевтический и организационные аспекты // Здоров'я України. 2013. 30.12.2013. С. 38—39.
3. Михайлов Б. В., Федак Б. С. Нарушения психической сферы у пациентов с острыми состояниями терапевтического профиля // Психиатрия, психотерапия и клиническая

психология. 2015. № 2 (20). С. 97—103. URL: <https://rucont.ru/efd/457751>.

4. Adverse impacts of chronic pain on health-related quality of life, work productivity, depression and anxiety in a community-based study / Kawai K., Kawai A. T., Wollan P., Yawn B. P. // Fam Pract. 2017. 34 P. 1—6. DOI: 10.1093/fampra/cmz034.

5. Symptoms of depression and anxiety predict treatment response and long-term physical health outcomes in rheumatoid arthritis: secondary analysis of a randomized controlled trial / Matcham F., Norton S., Scott D. L. [et al.] // Rheumatology (Oxford). 2016. 55(2). P. 268—278. DOI: 10.1093/rheumatology/kev306.

6. The correlations of socioeconomic status, disease activity, quality of life, and depression/anxiety in Chinese patients with rheumatoid arthritis / Zhang L., Xia Y., Zhang Q. [et al.] // Psychol Health Med. 2017. 22(1) P. 28—36. DOI: 10.1080/13548506.2016.1198817 1.

7. Guo J., Li L., Yang J. Investigation and analysis of anxiety and depression of patients with rheumatoid arthritis // Rheum Arthritis. 2012. 1(3). P. 28—9. [Google Scholar].

8. Li Liu, Neili Xu, Lie Wang. Moderating role of self-efficacy on the associations of social support with depressive and anxiety symptoms in Chinese patients with rheumatoid arthritis // Neuropsychiatric disease and treatment. 2017. Vol. 13. P. 2141—50. PMID: 28860771.

9. Van den Hoek J., Boshuizen H. C., Roorda L. D. Association of somatic comorbidities and comorbid depression with mortality in patients with rheumatoid arthritis: a 14-year prospective cohort study // Arthritis Care Res (Hoboken). 2016. Vol. 68(8) P. 1055—60. DOI: 10.1002/acr.22812.

10. The relationship between depression and biologic treatment response in rheumatoid arthritis: An analysis of the British Society for Rheumatology Biologics Register / Matcham F., Davies R., Hotopf M. [et al.] // Rheumatology (Oxford). 2018. Vol. 57 (5) P. 835—843. DOI: 10.1093/rheumatology/kex528.

11. Alishiri G., Bastani R., Ahmadi K., Saadat S. H. Effect of Stress Management on Quality of Life in Females with Rheumatoid Arthritis // Iran J Psychiatry Behav Sci. 2017. Vol. 11(3). P. 56—67. DOI: 10.5812/ijpbs.9605.

Надійшла до редакції 24.04.2019 р.

САВКА Світлана Дмитрівна, асистент кафедри нервових хвороб, психіатрії та медичної психології ім. С. М. Савенка Вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна; e-mail: savka.svitlana@bsmu.edu.ua

SAVKA Svitlana, Assistant of the Department of Neurology, Psychiatry and medical Psychology called by S. M. Savenko of the Higher State Educational Establishment of Ukraine "Bukovina State Medical University", Chernivtsi, Ukraine; e-mail: savka.svitlana@bsmu.edu.ua

В. І. Харитонов
**ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОПАТОЛОГІЧНОГО СТАНУ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ
 З ДЕПРЕСІЯМИ В ІНТЕРІКАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ**

В. И. Харитонов
**Особенности психопатологического состояния больных эпилепсией
 с депрессией в интериктальном периоде**

V. I. Kharytonov
**Features of the psychopathological condition of patients with epilepsy and depression
 in an interictal period**

В роботі подано результати комплексного дослідження особливостей психопатологічного стану хворих на епілепсію з депресіями різного генезу (органічними, психогенними та ендогенними) в інтерікальному періоді. Досліджено вираженість та структуру психопатологічних проявів, а також окремо — рівень та структуру тривожних проявів у хворих на епілепсію залежно від форми депресії та порівняно з хворими на епілепсію без ознак депресій. Відповідно до виокремлених форм депресій проаналізовані вираженість та структурні особливості депресивної симптоматики. Встановлено, що хворі з депресіями характеризуються більш вираженими та різноманітними психопатологічними проявами, в структурі яких окрім депресивних проявів формуються тривожні та психосоматичні симптоми (при органічних та психогенних депресіях), а також астеничні прояви, зниження рівня міжособистісної взаємодії та obsесивно-компульсивні симптоми (при ендогенних депресіях). Найвищий рівень психопатологічного дистресу визначається у хворих на епілепсію з ендогенними депресіями.

Ключові слова: епілепсія, органічні депресії, психогенні депресії, ендогенні депресії, інтерікальний період, психопатологічний стан, тривога, депресивні прояви

В работе представлены результаты комплексного исследования особенностей психопатологического состояния больных эпилепсией с депрессиями различного генеза (органическими, психогенными и эндогенными) в интериктальном периоде. Исследованы выраженность и структура психопатологических проявлений, а также отдельно — уровень и структура тревоги у больных эпилепсией в зависимости от формы депрессии в сравнительном аспекте с больными эпилепсией без признаков депрессии. Согласно выделенным формам депрессий проанализированы выраженность и структурные особенности депрессивной симптоматики. Установлено, что больные с депрессиями характеризуются более выраженными и разнообразными психопатологическими проявлениями, в структуре которых кроме депрессивных проявлений формируются тревожные и психосоматические симптомы (при органических и психогенных депрессиях); а также астенические проявления, снижение уровня межличностного взаимодействия и obsесивно-компульсивные симптомы (при эндогенных депрессиях). Самый высокий уровень психопатологического дистресса определяется у больных эпилепсией с эндогенными депрессиями.

Ключевые слова: эпилепсия, органические депрессии, психогенные депрессии, эндогенные депрессии, интериктальный период, психопатологическое состояние, тревога, депрессивные проявления

The paper presents the results of a comprehensive study of the characteristics of the psychopathological state of patients with epilepsy and depressions of various genesis (organic, psychogenic and endogenous) in the interictal period. Were investigated the severity and structure of psychopathological manifestations, as well as separately the level and structure of anxiety in patients with epilepsy depending on the form of depression in a comparative aspect with patients with epilepsy without signs of depression. According to the selected forms of depression, are analyzed the severity and structural features of depressive symptoms. Was established that patients with depressions are characterized by more pronounced and diverse psychopathological manifestations, in the structure of which, apart from depressive manifestations, anxious and psychosomatic symptoms are formed (with organic and psychogenic depressions); as well as asthenic manifestations, a decrease in the level of interpersonal interaction and obsesive-compulsive symptoms (with endogenous depressions). Is determined the highest level of psychopathological distress in patients with epilepsy with endogenous depressions.

Key words: epilepsy, organic depression, psychogenic depression, endogenous depression, interictal period, psychopathological condition, anxiety, depressive manifestations.

Епілепсія є поширеною формою патології, яка часто супроводжується депресивними розладами [1—3]. Розповсюдженість подібної коморбідності зумовлена загальними нейробіологічними та нейромедіаторними механізмами цих двох захворювань [2—4]. Симптоми депресії при епілепсії класифікують стосовно основного прояву захворювання — епілептичного нападу. Психопатологічна симптоматика може проявлятися в переднападному (преікальному) періоді, в постанпадному (постікальному) періоді, але найбільш часто вона безпосередньо не пов'язана з нападом (інтерікальна симптоматика) [5]. Систематизація інтерікальних депресій сильно ускладнена через різноманіття механізмів, що їх спричиняють. Найбільш вагомими факторами розвитку інтерікальних депресій є процеси епілептогенезу і спричинені ними морфофункціональні зміни та ураження головного мозку, вплив протиепілептичної

терапії, особистісно-реактивні психогенні та ендогенні чинники [2, 5]. За таких умов, незважаючи на генез депресій, їх наявність набагато ускладнює перебіг епілепсії, знижує комплаєнтність і ефективність лікування, а також збільшує ризик розвитку побічних ефектів проти-епілептичних засобів, навіть зумовлює раптову смерть хворих [1, 3, 5]. Водночас вплив депресії і епілепсії є двостороннім. Епілепсія може посилювати одні симптоми депресії та пригнічувати інші, що виводить клінічну картину депресії та набагато ускладнює її діагностику [2].

Означене зумовлює необхідність докладного аналізу специфіки психопатологічних проявів депресивних розладів, що формуються в структурі епілептичної хвороби, і для підвищення якості їх діагностики та проведення своєчасної терапії.

Мета роботи — визначити особливості психопатологічного стану та специфіку депресивних проявів у хворих з депресіями при епілепсії в інтерікальному періоді.