

результат. Одним із процесів Системи управління якістю в галузі охорони здоров'я, зокрема, є процес моніторингу, оцінювання, аналізу вимірювань та поліпшення кожного виду діяльності під час їх проведення.

Значно підвищились вимоги до технічної компетентності та спроможності наукових лабораторій виконувати дослідження, вимірювання на високому професійному і технічному рівні.

Під час виконання науково-дослідних та дисертаційних робіт (далі — НДР) важливо дотримуватись вимог організаційних технологій, ґрунтуючись на вимогах міжнародних стандартів серії ISO 9000, у яких одним із аспектів є метрологічне забезпечення. Основною метою метрологічного забезпечення є покращення якості проведення наукових досліджень.

Одним з результатів НДР, що виконуються в сфері забезпечення захисту життя та охорони здоров'я громадян, є одержання числових даних про організм людей і тварин, органів і тканин, біологічних проб, речовин і матеріалів тощо. Поняття «подання числових даних» включає характеристику числових даних і супутню інформацію, необхідну для відтворюваності, критичної оцінки або уточнення результатів досліджень і розрахунків.

Забезпечення належної якості проведення вимірювань під час виконання НДР — це установлення та застосування метрологічних норм і правил, а також розроблення та застосування технічних засобів, необхідних для досягнення потрібної точності вимірювань.

Метрологічна експертиза є складовою частиною комплексу цих робіт при виконанні НДР.

Якісні результати НДР — пріоритет наукової діяльності навчальних та наукових закладів, установ, їх підрозділів МОЗ України!

або розладом; коморбідність є кожним додатковим розладом чи захворюванням. Додатковий розлад може бути поведінковим чи психічним.

У більшості клінічних випадків коморбідність розглядають як спряженість двох чи більше хвороб (розладів) з адитивно-кумулятивним ефектом. Сюди відносять випадки етіологічної, ускладненої, ятрогенної та «арбітражної» коморбідності, при яких додаткове захворювання і є «посилювальним» фактором для основного (див. Gjisenetal, 2011).

Особливо часто таке трактування застосовують у психіатрії, зокрема під час оцінювання ризику виникнення і посилення «основного» захворювання при наявності коморбідного — (Jensen, 1975; J. H. Boyd et al., 1984; W. C. Sanderson et al., 1990; D. L. Robins et al., 1994; A. B. Smulevich, 1997; C. R. Cloninger et al., 2002). Класичні приклади: тривожний розлад і депресія, обсессивно-компульсивний розлад і обсессивна особистість, конверсійний розлад і гістрійна особистість.

Із практичного досвіду лікування (або спонтанного самовиліковування) при залежності (алкогольна, опійна та ін.) нам добре відомо, що наявність панічної атаки (або виразного генералізованого тривожного розладу) може мати наслідком *тривалу ремісію залежності або і повну зупинку аддиктивної поведінки*. На цьому базується, де-факто, будь-яка аверсивна терапія аддикцій. Важливо, щоб панічна атака або виразна тривога виникли під час зловживання.

У таких випадках маємо конкуруючу коморбідність, причому таку, коли спряжений розлад очевидно послаблює або і припиняє перебіг основного. Такі випадки ми пропонуємо визначати як контрморбідні (О. Фільц).

Ми також вважаємо, що випадки очевидної контрморбідності можуть бути з користю використовувані у лікуванні не лише психічних розладів, але й у медицині в цілому.

УДК 616.89-039.53

*Фільц О. О., Фітькало О. С., Лизак О. Л.,  
Забор В. С., Костюченко Н. В.*  
Львівський національний медичний університет  
імені Данила Галицького (м. Львів)

### Проблеми контрморбідності

Сучасна медицина, і психіатрія зокрема, стоять на порозі перегляду класичних теоретичних нозологічних та нозографічних уявлень, успадкованих ще з початку ХХ століття (Aragma M., 2009; Фільц О., 2016).

Однією з «перехідних» концепцій є концепція коморбідності, широко дискутована як у теоретичному, так і практично-прикладному плані. (Jakovljević M., 2012).

Поняття коморбідності впровадив в медицину Alvan Feinstein 1970 року (Feinstein A., 1970) для описової характеристики всіх випадків, у яких пацієнти, що страждають на головне (індексне) захворювання, мають ознаки додаткового клінічно значимого стану.

Концепцію коморбідності Feinstein пропонував розглядати як окрему наукову дисципліну в рамках медицини. Концептуально виокремлюють транснозологічну (діагностовану — О. Фільц) і транссиндромальну коморбідність. Численні дискусії навколо проблеми коморбідності, включаючи і гостро критичні (напр. Maj M., 2005), вимагали випрацювання консенсусного і якомога широкого її визначення.

Відповідно до цього визначення, коморбідність в медицині є наявністю одного і більше додаткових захворювань або розладів, що трапляються одночасно (тобто, сумісні, спряжені або конкуруючі) з первинним захворюванням

УДК 616.895

*Хмаин С.*

*Харьковский национальный медицинский университет  
(г. Харьков)*

### Арт-терапевтическая рисуночная техника «звезда чувств» в комплексном лечении больных с рекуррентным депрессивным расстройством

Актуальность темы обусловлена трудностями понимания истинных причин собственных переживаний больными с депрессивным расстройством, а также предоставления возможности непосредственно углубленно работать с этими причинами как больному, так и психотерапевту.

Целью нашего исследования являлось выяснить влияние арт-терапевтической рисуночной техники «Звезда чувств» в комплексном лечении больных с рекуррентным депрессивным расстройством.

В данном исследовании были применены методы исследования: 1 — клинико-диагностический; 2 — шкала определения уровня ангедонии SHARPS; 3 — шкала депрессии и тревоги Гамильтона; 4 — шкала оценки качества жизни (модификация Н. А. Маруты); 5 — шкала определения уровня социального функционирования.

В исследовании принимали участие 40 пациентов — мужчин в возрасте 18—30 лет. В качестве арт-терапии была использована рисуночная техника «Звезда чувств». Сеансы проводили 1 раз в неделю по 2 часа.

Результаты исследования следующие: у 90 % больных снизился уровень ангедонии; у 70 % больных снизился уровень тревожности; у 75 % больных отмечалось улучшение настроения между сеансами; у 77 % больных увеличилась

самооценка, у 80 % больных отмечалась уверенность в себе и у 68 % — появился позитивный взгляд на будущее.

Таким образом, данное исследование указывает на то, что рисуночная техника «Звезда чувств» является мощным помощником для подготовки пациентов с РДР к приближающейся выписке, так как она позволяет им лучше изучить свой внутренний мир, свои преморбидные особенности личности в эмоциональном плане, которые зачастую играют важную роль в построении как внутриличностных так и межличностных отношений, а также тип реагирования на те или иные проблемные жизненные ситуации, что улучшает качество реабилитации больных с депрессивным расстройством.

УДК 616.45-001.1/3«364»:355.257.6

**Чабан О. С., Безшейко В. Г.**

*Національний медичний університет  
імені О. О. Богомольця (м. Київ)*

### **Аналіз впливу бойових дій на військовослужбовців, залежно від статі, в умовах наближеного стресу**

Як відомо, участь у бойових діях, як активна (у складі військових формувань), так і пасивна (цивільні особи, що перебувають у зоні конфлікту), є серйозним стресом. Згідно із результатами досліджень, ризик розвитку постстресових психічних порушень у таких осіб значно вищий, ніж у загальній популяції. Для визначення поняття стресу внаслідок бойових дій у закордонній літературі використовують термін "war-zone stress". Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) в цьому розумінні є довготривалою реакцією на експозицію до такого стресу. Нами було проведено дослідження для оцінення впливу стресу внаслідок бойових дій на стан військовослужбовців з метою виявлення можливих клінічно значимих постстресових реакцій.

Гіпотеза дослідження: стать військовослужбовця в умовах війни (хронічного стресового фону) ймовірно корелює з ступенем реакції на стрес та вектором прояву стресового ураження (тілесного, чи психічного). Стать військовослужбовця в умовах війни ймовірно корелює з різними варіантами амортизації психічного напруження та має різний психічний та психопатологічний вихід. А звідси — мішені соматичні та психологічні мають бути різними.

Для досягнення цієї мети, для оцінення впливу стресу на військовослужбовців ми провели польові дослідження в зоні, максимально наближеної до стресового чинника (зона АТО) та використали опитувальник щодо симптомів посттравматичного стресового розладу "PTSD Checklist", перекладений та адаптований співробітниками кафедри психосоматичної медицини і психотерапії Національного медичного університету ім. О. О. Богомольця (Київ, Україна) з дозволу розробників цієї шкали — Національного центру з ПТСР США "National Center for PTSD". Також для оцінення емоційного стану використовували Госпітальну шкалу для оцінки тривоги та депресії. Обстежувані в сліпому варіанті вибору проходили клінічне інтерв'ю. Всі етичні вимоги були дотримані. Анкетування було анонімним. У дослідження були включені військовослужбовці, які проходять службу в зоні війни на Сході України (АТО), тобто беруть реальну участь у бойових діях — від кількох годин до кількох днів до обстеження.

Загалом за допомогою цих методик було обстежено біля 110 осіб. На цей момент нами були отримані та оброблені перші результати обстеження.

У процесі аналізу ми виявили високі показники за шкалою PTSD Checklist. Середня сума балів склала для жінок 35,29 (95 % ДІ 7,88—62,69) та 23,00 (95 % ДІ 8,88—37,12) —

для чоловіків, при відсутності статистично достовірної різниці між ними ( $p = 0,324$ ). Мінімальна та максимальна можлива сума балів за цією шкалою складає 0 та 80 балів, а показники понад 20 балів свідчать про можливість наявності клінічно значимих симптомів ПТСР. Що стосується Госпітальної шкали тривоги та депресії, чоловіки та жінки набирали в середньому понад 8,86 (95 % ДІ 4,64—13,08) бали щодо тривоги та більше 10,14 (95 % ДІ 3,49—16,80) — щодо депресії. У жінок рівень тривоги був достовірно вищим. Для порівняння — 8 або більше балів за субшкалою тривоги або депресії вважають пограничним рівнем. Це теж доволі високі показники як для потенційно психічно здорової популяції. Окрім того була виявлена сильна пряма кореляція між симптомами тривоги та ПТСР (коефіцієнт кореляції Пірсона  $r = 0,866$ ;  $p < 0,001$ ). Протекторний вплив на симптоми тривоги чинив рівень освіти, в осіб із вищою освітою вираженість цих симптомів була меншою, ніж у осіб без вищої освіти (коефіцієнт кореляції Спірмана  $r = -0,592$ ;  $p = 0,020$ ).

Серед військових, які проходять службу в зоні АТО, спостерігається високий рівень симптомів відреагування на стрес у вигляді окремих симптомів посттравматичних стресових станів та субклінічної тривоги, що свідчить про необхідність проведення профілактичних психологічних консультацій під час військової служби та скринінгу на наявність ПТСР після демобілізації.

Водночас виражена гендерна різниця в реакції на стрес проявляється у вигляді частішої психічної симптоматики у чоловіків у варіанті відкритого та усвідомленого переживання на протигагу соматизованої симптоматики у жінок з неусвідомленими проєктивними тілесними реакціями, які не проявляються на рівні психічної симптоматики. По суті, ймовірно, у жінок-військовослужбовців, при їх зовнішньо відкритій емоційності та схильності до переживань, частіше формуються неусвідомлені психосоматичні проблеми, які в першу чергу належать до репродуктивної функції.

Враховуючи протекторний вплив освіченості на симптоми тривоги, ефективним як профілактика може бути психосвіта військових щодо посттравматичних стресових станів. При цьому жінки-військовослужбовці виявляють більшу чутливість до стресу і виявляють ознаки стресового напруження з більшою ймовірністю формування постстресової відповіді у вигляді феноменів тривоги, депресії та ПТСР у вигляді соматичних порушень та проявів окремими симптомами.

Робота не є завершеною, далі заплановано вивчення катамнезу обстежуваних та кінцеве оцінення ефективності опитувальника щодо симптомів посттравматичного стресового розладу "PTSD Checklist" в реаліях України, з можливою його рекомендацією до широкого застосування.

УДК 612.681«4»

**Чабан О. С., Хаустова О. О.,**

**Безшейко В. Г., Москаленко О. В.**

*Національний медичний університет*

*імені О. О. Богомольця (м. Київ);*

*Дорожня клінічна лікарня № 1 (м. Київ)*

### **Валідація «Шкали оцінки якості життя»\***

Хронічний стрес змінює якість життя людини. Інколи — докорінно. І ці механізми змін стосуються як зменшення амортизаційних можливостей, так і більш глобально — змінюють особистість людини. Тема розуміння значення якості життя перекликається з іншим поняттям — невтрачені роки

\* © Чабан О. С.