УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ

ЧОЛОВІЧЕ ЗДОРОВ'Я

ГЕНДЕРНА ТА ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ «МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ГЕНДЕРНАЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»
MEN'S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE UKRAINIAN JOURNAL

№2 (09) 2019



Хуан Грис, «Человек в кафе» (1912)

ISSN 2413-8843

www.ujmh.net

4Life Трансформ Вумен (120 капсул)

4Life Трансформ Мен (120 капсул)

4Life Трансформ Вумен (120 капсул)



4Life Трансформ Вумен – новый продукт, разработанный специально для современных женщин, поддержки их сексуального и физического здоровья, а также замедления старения. Этот целевой продукт учитывает особенности женского мозга и систем организма, поддерживает либидо и сексуальную чувствительность. Он также способствует оптимальному уровню гормонов, имеющих тенденцию к понижению с возрастом.

4Life Трансформ Вумен предоставляет неоценимую поддержку для каждой женщины на пути перевоплощения к более молодому активному телу и наслаждению полноценной жизнью.

Формула продукта включает лучшие ингредиенты от проверенных поставщиков.

L-Цитруллин положительно воздействует на организм, повышая общую выносливость и улучшая кровоток. Употребляется для улучшения результативности спортивных тренировок, повышения качества активной жизни.

Обезжиренный экстракт семени Примулы вечерней (Oenothera biennis) применяется при экземе, ревматоидном артрите, предменструальном синдроме, боли в груди у женщин, симптомах менопаузы. Экстракт семян примулы богат гамма-линоленовой кислотой (ГЛК, GLA) и омега-6.

Экстракт Бобов бархатных (Mukuna pruriens) способствует развитию мышечной массы, стабилизирует артериальное давление, понижает уровень сахара в крови, снижает холестерин, усиливает либидо и является естественным антидепрессантом.

В 4Life Трансформ Вумен используется растительная оболочка капсул, что подходит женщинам, не употребляющим продукты животного происхождения. Он также прекрасно сочетается с другими продуктами серии Трансформ и прочими диетическими добавками, используемыми в программах спортивного питания.

Этот продукт создан для взрослых женщин всех возрастов, которые хотят сохранить молодость, энергичность, выносливость, привлекательность и сексуальную активность.



4Life Трансформ Мен (120 капсул)

4Life Трансформ Мен представляет собой продукт для активной жизни и замедления старения, разработанный специально для мужчин. Это фирменная смесь мощных растительных экстрактов и витамина D_3 для повышения сексуальной активности, общей продуктивности, а также поддержки эндокринной системы. ***4Life Трансформ Мен*** способствует увеличению сухой мышечной массы и силы, повышая при этом жизнеспособность организма.

Научно обоснованный состав поможет продлить активное долголетие, молодость, нормализует гормональный баланс, повышает антиоксидантную и иммунную защиту, помогает организму быстро адаптироваться к любым изменениям: физическим, психологическим, окружающей среды.

Формула 4Life Трансформ Мен способствует улучшению метаболизма, ингредиенты подобраны для комплексного воздействия на опорно-двигательный аппарат: мышечная ткань получает больше питания необходимыми веществами и укрепляется, а применение в сочетании с физическими упражнениями стимулирует интенсивное замещение жировых накоплений на мышечную массу. Важным при этом является поддержка здоровья костей и суставов, нормального уровня тестостерона и холестерина.

Витамин D_3 (холекальциферол), являющийся также прогормоном, необходим для здоровой работы практически всех органов и систем организма, активно участвует в иммунных процессах. Кроме того, витамин D_3 используется для выработки дофамина и регуляции нервной системы.

Экстракт корня женьшеня (Panax ginseng) оказывает не только положительное влияние на иммунную и сердечно-сосудистую системы, но и обладает мощными тонизирующими свойствами, помогает регулировать сахар в крови, оздоравливает половую систему.

Употребление 4Life Трансформ Мен предупреждает эректильную дисфункцию, а также повышает либидо, что особенно важно для современных условий малоподвижного образа жизни.

4LifeTransform Man предоставляет каждому мужчине путь к наслаждению более сильным телом и приносящей удовольствие жизни!

Региональный центр 4Life в Украине: г. Киев, ул. Терещенковская, 13, офис 22. Тел.: (063/095/097) 113-14-15;
www.transferfactor.in.ua

УКРАЇНСЬКИЙ ЖУРНАЛ
“ЧОЛОВІЧЕ ЗДОРОВ’Я, ГЕНДЕРНА ТА ПСИХОСОМАТИЧНА МЕДИЦИНА”

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ
“МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ГЕНДЕРНАЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА”

“MEN’S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE” UKRAINIAN JOURNAL

№ 2 (09) 2019

doi: 10.37321

ISSN 2413-8843

Видання зареєстровано Державною реєстраційною службою України 29.08.2014 р.
Св-во про реєстрацію: серія КВ № 20924-10724ПР

Включено до переліку наукових фахових видань України, Додаток 7 до наказу Міністерства освіти і науки України 28.12.2017 № 1714.

Вид видання: журнал
Статус видання: вітчизняне
Мови видання: українська, російська, англійська (змішаними мовами)
Вид видання за цільовим призначенням: медичне, науково-практичне

Співзасновники та видавці:
Харківська медична академія післядипломної освіти (ХМАПО);
Всеукраїнська громадська організація «Українське міждисциплінарне Товариство Чоловічого Здоров’я та Гендеру»;
Всеукраїнська громадська організація «Національна ліга психотерапії, психосоматики та медичної психології України»
Обсяг, періодичність: до 20 ум. друк. арк., 2 рази на рік
Тираж: 1000 прим.

Рекомендовано до друку вченою радою Харківська медична академія післядипломної освіти (протокол засідання №10 від 20.12.2019 р.)
Підписано до друку 27.12.2019 р.

Передрукування дозволяється лише за згодою редакції.
Відповідальність за добір і викладення фактів несуть автори.
Редакція не завжди поділяє позицію авторів публікацій.
За зміст та достовірність реклами несе відповідальність рекламодавець.

Адреса редакції: бул. Дружби народів, 3-А, Київ, 01033, Україна;
тел.: +380 (44) 493-46-11; сайт: www.ujmh.net; e-mail: info@ujmh.net

Зверстано і надруковано в ТОВ “Видавництво “Юстон”
01034, м. Київ, вул. О. Гончара, 36-а т: (044) 360-22-66, www.yuston.com.ua
Свідоцтво про внесення суб’єкта видавничої справи до державного реєстру видавців, виготовлювачів і розповсюджувачів видавничої продукції серія дк № 497 від 09.09.2015 р.
Папір крейдований, друк офсетний, формат 64x80 1/16, 8,6 ум.друк.арк.

© Український журнал “Чоловіче здоров’я, гендерна та психосоматична медицина”, 2019
© Оформлення та дизайн ТОВ “Видавництво “Юстон”, 2019

Головний редактор: **Засєда Юрій Ігорович** д.мед.н.,
Заступник головного редактора: **Гончаров Вадим Євгенович** д.мед.н.
Відповідальний секретар: **Савченко Вікторія Станіславівна** к.біол.н.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Болотна Людмила Анатоліївна
Бондаренко Володимир Олександрович
Дарій Володимир Іванович
Книгавко Олександр Володимирович
Козідубова Валентина Михайлівна
Курило Віталій Олексійович
Лісовий Володимир Миколайович
Лучицький Євген Васильович
Мальцев Дмитро Валерійович
Марута Наталія Олександрівна
Минухін Валерій Володимирович
Мішиєв В'ячеслав Данилович
Міщенко Тамара Сергіївна
Підкоритов Валерій Семенович
Ревенок Олександр Анатолійович
Сосін Іван Кузьмич
Стаховський Едуард Олександрович
Табачников Станіслав Ісакович
Федоренко Олександр Євгенович
Федорук Галина Вікторівна
Racu Igor (Moldova)
Dabkowski Mieczyslaw (Poland)
Semihodskiy Andrii (UK)

Голова редакційної ради: **Чугунов Вадим Віталійович** д.мед.н., проф.
РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Аймедов К.В.
Антонян І.М.
Білобривко Р.І.
Більченко О.В.
Бітенський В.С.
Волошин П.В.
Долуда С.М.
Загуровський В.М.
Зозуля І.С.
Кожина Г.М.
Курило В.О.
Марченко В.Г.
Михайлов Б.В.
Москаленко В.Ф.
Напрєєнко О.К.
Поліщук М.Є.
Пшук Н.Г.
Самохвалов В.П. (Чехія)
Скрипніков А.Н.
Тронько Н.Д.
Федак Б.С.
Федотов В.П.
Фещенко Ю.І.
Хвисюк М.І.
Шестопалова Л.Ф.
Bullinger M. (Germany)
Moller G.J. (Germany)
Sartorius N. (Switrerland)
Wasserman D. (Netherland)

Технічне забезпечення: Дерменжи Н.В. Комп'ютерна верстка та дизайн: Коваленко І.В.

"MEN'S HEALTH, GENDER AND PSYCHOSOMATIC MEDICINE"

UKRAINIAN JOURNAL

УКРАИНСКИЙ ЖУРНАЛ
"МУЖСКОЕ ЗДОРОВЬЕ, ГЕНДЕРНАЯ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА"

№ 2 (09) 2019

doi: 10.37321

ISSN 2414-4339
(on-line)

The publication is registered by the State Registration Service of Ukraine on August 29, 2014. About registration: series KB №20924-10724PR

Included in the list of scientific professional editions of Ukraine, Annex 7 to the order of the Ministry of Education and Science of Ukraine dated December 28, 2017, No. 1714.

Type of publication: journal
Status of the publication: domestic
Languages of edition: Ukrainian, Russian, English (in different languages)
Type of publication for the intended purpose: medical, scientific and practical

Founders and publishers:
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education (KMAPE);
All-Ukrainian public organization «Ukrainian Interdisciplinary Society for Men's Health and Gender»;
All-Ukrainian NGO «National League psychotherapy, psychosomatics and medical psychology of Ukraine»

Volume, periodicity: up to 20 cond. print. sheets, 2 times per year
Circulation: 1000 copies.

Recommended for publication by the Academic Council of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education (Minutes of the meeting №10 dated 20.12.2019)
Signed for printing on 27/12/2019

Reprinting is allowed only with the consent of the editorial office.
The authors are responsible for the selection and presentation of the facts.
The editors do not always share the position of the authors of the publications.
The content and authenticity of the advertisement is the responsibility of the advertiser.

Address of the editor: Blvd. Druzhby Narodiv, 3-A, Kyiv, 01033, Ukraine;
tel .: +380 (44) 493-46-11; Website: www.ujmh.net; e-mail: info@ujmh.net

Leaded out and printed in LLC «Publishing House» Yuston».
01034, Kyiv, str. O. Honchara, 36-a tel.: (044) 360-22-66, www.yuston.com.ua

A certificate of making a publishing business subject to the state register of publishers, manufacturers and distributors of publishing products series dk № 497 from 09.09.2015
Paper coated, offset printing, format 64x80 1/16,8,6 cond.print.sheets.

© Ukrainian journal «Men's health, gender and psychosomatic medicine», 2019
© Composition and Design LLC «Publishing House» Yuston», 2019

Zasieda Yurii, Editor in Chief
Honcharov Vadym, deputy editor
Savchenko Viktoriia, Responsible secretary

EDITORIAL BOARD:

Bolotna L.
Bondarenko V.
Darii V.
Fedorenko A.
Fedoruk H.
Knyhavko A.
Kozidubova V.
Kurylo V.
Lisovyi V.
Luchitskyi E.
Maltsev D.
Maruta N.
Minukhin V.
Mishchenko T.
Mishyiev V.
Pidkorytov V.
Revenok A.
Sosin I.
Stakhovskyi E.
Tabachnikov S.
Dabkowski M., (Poland)
Racu I., (Moldova)
Semihodskiy A., (UK)

Chairman of the Editorial Board: **Chugunov Vadim**

EDITORIAL COUNCIL:

Aimedov K.
Antonian I.
Bilchenko O.
Bilobrivko R.
Bitenskyi V.
Doluda S.
Fedak B.
Fedotov V.
Feshchenko Yu.
Khvysyuk M.
Kozhin G.
Kurylo V.
Moskalenko V.
Mykhailov B.
Napreyenko O.
Polishchuk M.
Pshuk N.
Shestopalova L.
Skrypnikov A.
Tronko N.
Voloshin P.
Zagurovskyi V.
Zozulia I.
Samokhvalov V. (Czech Republic)
D. Wasserman (Netherland)
G.J. Moller (Germany)
M. Bullinger (Germany)
N. Sartorius (Switrerland)

Technical support: Dermenzhy N. Computer layout and design: Kovalenko I.

ЗМІСТ ЖУРНАЛУ

Хоміцький М.Є.

СТРУКТУРА ТА ТИПИ РЕАГУВАННЯ НА ХВОРОБУ У ЗВ'ЯЗКУ З ПОКАЗНИКОМ АДАПТИВНОСТІ/ДЕЗАДАПТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ШИЗОАФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ В СТАНІ РЕМІСІЇ В КОНТЕКСТІ ПОСТМАНІФЕСТНИХ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ 7

Столяренко А. М.

ПАТОЛОГІЧНІ ПОВЕДІНКОВІ ПАТЕРНИ, ПОВ'ЯЗАНІ З МЕРЕЖЕЮ ІНТЕРНЕТ, У ОСІБ, ЩО ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ 14

Семенов Д. М.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАКЦІЙ НА ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД ПРИ УШКОДЖЕННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ 20

Дац В.В., Чугунов В.В.

ПСИХОКОРЕКЦІЙНІ ЗАХОДИ, СПРЯМОВАНІ НА НІВЕЛЮВАННЯ ОДОНТОФОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ У ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ. 27

Бессмертный А. В.

СТЫКОВОЧНЫЙ СЦЕНАРИЙ В ПСИХОТЕРАПИИ КАК СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЕЁ РЕЗУЛЬТАТАХ (ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ). 34

Yu. I. Zasieda

COMBINATION OF PLATELET RICH PLASMA, LOW-INTENSITY PULSED ULTRASOUND AND SILDENAFIL ORAL SPRAY IN TREATMENT OF ERECTILE DYSFUNCTION 41

АВТОРАМ ЖУРНАЛЬНИХ ПУБЛІКАЦІЙ. 49

CONTENTS

Khomitskyi M.Ye.

STRUCTURE AND TYPES OF RESPONSE TO THE DISEASE DUE TO ADAPTABILITY / MALADAPTATION IN PATIENTS WITH SCHIZOAFFECTIVE DISORDER IN THE STATE OF REMISSION IN CONTEXT OF PATHOPERSONOLOGICAL TRANSFORMATIONS IN POST-MANIFESTATION PERIOD 7

Stolyarenko A. N.

PATHOLOGICAL BEHAVIORAL PATTERNS RELATED TO THE INTERNET IN A PERSON WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES 14

Semenov D.M.

GENDER FEATURES OF TRAUMATIC EXPERIENCE IN MAXILLOFACIAL TRAUMA 20

Dats V.V., Chuhunov V.V.

PSYCHOCORRECTION INTERVENTIONS, DIRECTED TO LEVELING ONTONOPHOBIC REACTIONS IN CHILDREN WITH AUTISM 27

Bezsmertnyi A.V., Bezsmertna A.V.

DOCKING SCENARIO IN PSYCHOTHERAPY AS A WAY OF FORMING REPRESENTATIONS ABOUT ITS RESULTS (PSYCHOEDUCATION ASPECT) 34

Yu. I. Zasieda

COMBINATION OF PLATELET RICH PLASMA, LOW-INTENSITY PULSED ULTRASOUND AND SILDENAFIL ORAL SPRAY IN TREATMENT OF ERECTILE DYSFUNCTION 41

TO THE AUTHORS OF JOURNAL PUBLICATIONS 49

© Хоміцький М.Є., 2019
doi: 10.37321/UJMH.2019.02-01

УДК 159.938.363:616.895-036.66

Хоміцький М.Є.

СТРУКТУРА ТА ТИПИ РЕАГУВАННЯ НА ХВОРОБУ У ЗВ'ЯЗКУ З ПОКАЗНИКОМ АДАПТИВНОСТІ/ ДЕЗАДАПТИВНОСТІ У ПАЦІЄНТІВ З ШИЗОАФЕКТИВНИМ РОЗЛАДОМ В СТАНІ РЕМІСІЇ В КОНТЕКСТІ ПОСТМАНІФЕСТНИХ ПАТОПЕРСОНОЛОГІЧНИХ ТРАНСФОРМАЦІЙ

Запорізький державний медичний університет, Україна

Khomitskyi M.Ye.

STRUCTURE AND TYPES OF RESPONSE TO THE DISEASE DUE TO ADAPTABILITY / MALADAPTATION IN PATIENTS WITH SCHIZOAFFECTIVE DISORDER IN THE STATE OF REMISSION IN CONTEXT OF PATHOPERSONOLOGICAL TRANSFORMATIONS IN POST-MANIFESTATION PERIOD

Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine

Резюме *Мета роботи: Вивчення структури та типів реагування на хворобу та адаптивності/дезадаптивності у пацієнтів з шизоафективним розладом в стані ремісії.*

Контингенти та методи. На базі Обласної клінічної психіатричної лікарні (м. Запоріжжя) за допомогою тестової методики ТОБОЛ було обстежено 102 пацієнти із встановленим діагнозом «шизоафективний розлад».

Результати. Проведено аналіз структури та типів реагування на хворобу та показників адаптивності/дезадаптивності у пацієнтів з шизоафективним розладом в стані ремісії. Типологія реагування на хворобу при шизоафективному розладі характеризується перевагою «змішаних» типів над «чистими» та «дифузними». Типами реагування на хворобу, які зустрічаються при шизоафективному розладі найчастіше, є егоцентричний (42,2% контингенту) та ергопатичний (35,3% контингенту). Найбільш характерними клінічними варіантами є ергопатично-анозогнозичний (16,7%) та тривожно-егоцентричний (15,7%) типи реагування на хворобу.

Висновки. Шизоафективний розлад характеризується дазадаптивним впливом на пацієнта, що підтверджується низькими показниками демонстрації гармонійного типу реагування на хворобу (7,8%) та переважанням у пацієнтів дезадаптивних типів реагування на хворобу (71,6% обстежених). Отримані дані можуть бути застосовані у якості оцінки нозоспецифічної патоперсонологічної складової при створенні диференційно-діагностичного алгоритму та з метою розробки програм, спрямованих на зменшення дезадаптивного впливу шизоафективного розладу та покращення рівня соціальної адаптації.

Ключові слова: *шизоафективний розлад, клініка, адаптація, патоперсонологічні особливості.*

Вступ. Патогенний вплив більшості психічних захворювань, до кола яких входять і ендогенні психози з епізодичним перебігом, є мультимодальним та включає в себе фактори, пов'язані з прогредієнтністю клінічних ознак за ендогенними етіо-патогенетичними механізмами, небажаними впливами психофармакологічних втручань та психогенними (зокрема, нозогенним) впливами [1-3]. Кожен з вищезазначених

векторів впливу захворювання на особистість також є складним комплексом [4]. Отже, сформовані впродовж XX століття уявлення про клінічні наслідки ендогенних психозів в теперішній час підлягають перегляду, з урахуванням багатофакторності їх ґенезу та явищ істинного та терапевтичного патоморфозу [5]. Все більше уваги дослідників приділяється вивченню стійких симптомів непсихотичного рівня при ендогенних психозах та їх впливу на соціальне функціонування, що, в свою чергу, визначає рівень якості життя пацієнтів та їх оточення. З огляду на наявність та стійкість «залишкової» симптоматики непсихотичного рівня при афективних розладах та шизоафективному розладі (ШАР) [6] поняття «інтермісії» ендогенних психозів з епізодичним перебігом може бути використано лише в окремих клінічних випадках.

Питання щодо типології, структури та механізмів формування стійких симптомів невротичного характеру (серед яких в теперішній час найбільшу увагу дослідників привертають симптоми нейрокогнітивного дефіциту, субклінічні афективні прояви та порушення «соціального пізнання») залишаються дискутабельними та потребують подальшого вивчення й узагальнення існуючих даних [7]. Стійкість, поліморфізм «залишкових» симптомів ремісій ендогенних психозів та їхній зв'язок з когнітивним, емоційно-вольовими характеристиками та поведінкою пацієнта в соціумі [2,6-8], дозволяють відносити їх до патоперсонологічних трансформацій.

Разом з тим, дослідницький інтерес до вивчення нозогенного впливу ШАР та пов'язаних з ним механізмів адаптивності/дезадаптивності не є високим, попри те, що він має важливе клінічне значення. Характеристики реагування на хворобу та показники адаптивності/дезадаптивності при ШАР в період ремісії як ознака стійких постманіфестних патоперсонологічних трансформацій потребують вивчення. Отримані дані можуть бути застосовані у якості оцінки нозоспецифічної складової при створенні диференційно-діагностичного алгоритму, який охоплює патоперсонологічний аспект ендогенних психозів з епізодичним перебігом. Також вивчення особливостей реагування на хворобу (РНХ) та розвитку механізмів адаптивності може бути використано з метою розробки програм, спрямованих на зменшення дезадаптивного впливу хвороби та покращення рівня соціальної адаптації.

Мета дослідження. Вивчення структури та типів РНХ та адаптивності/дезадаптивності у пацієнтів з ШАР в стані ремісії.

Матеріал та методи дослідження. На базі Обласної клінічної психіатричної лікарні (м. Запоріжжя) було обстежено 102 пацієнти із встановленим діагнозом «шизоафективний розлад». Діагностика вищезазначених захворювань була здійснена згідно Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). Середній вік у виборці склав 45,0±10,3 років. Розподілення за статтю склало: 53 жінки та 49 чоловіків. Тривалість захворювання у виборці становить від 2-х до 35 років, середній показник 16,8±8,3 років. До моменту обстеження в анамнезі пацієнтів зафіксовано від 2-х до 32-х епізодів хвороби та пов'язаних з ними госпіталізацій, в середньому у виборці цей показник склав 11,9±6,8 рази. Обов'язковим критерієм включення до вибірки був стан клінічної ремісії з редукцією психотичної симптоматики та відсутність важкої соматичної та неврологічної патології. Всі пацієнти надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний, медико-психологічний, клініко-катамнестичний та клініко-анамнестичний, а також медико-статистичний аналіз.

Клініко-психопатологічний метод було використано для підтвердження встановленого діагнозу за критеріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду та стану ремісії на момент дослідження.

Клініко-катамнестичний метод включав в себе аналіз медичної документації (амбулаторна карта), збір даних шляхом опитування пацієнта та його родичів і найближчого оточення.

Клініко-анамнестичний метод було застосовано шляхом поглибленого вивчення клініко-анамнестичних даних.

Медико-психологічним методом було досліджено РНХ та рівень адаптивності за допомогою тестової методики ТОБОЛ [9]. Результати обстеження представляють собою інтегральні клінічні висновки, які отримані при аналізі числових значень окремих субшкал, що дозволяє розглядати фінальні висновки методики як якісні показники. Статистичний аналіз було проведено методами клінічної, дескриптивної, математичної статистики за допомогою програм MS Excel for Windows XP та SPSS 10.0.5 for Windows.

Результати та їх обговорення.

Згідно результатів дослідження типу РНХ у обстеженого контингенту виявлено наступні характеристики. Розподіл РНХ за структурою виявив наявність «чистих» (27 випадків – 26,5%), «змішаних» (58 випадків – 56,9%) та «дифузних» (18 випадків – 17,6%) типів ставлення до хвороби. Серед «чистих» типів переважали гармонійний (8 випадків – 7,8%), дисфоричний (5 випадків –4,9%) та паранойяльний (4 випадки – 3,9%). Серед «змішаних» типів РНХ найбільш поширеними були ергопатично-анозогнозичний (17 випадків – 16,7%), тривожно-егоцентричний (16 випадків – 15,7%), егоцентрично-ергопатичний (8 випадків – 7,8%), тривожно-дисфоричний (5 випадків – 4,9%), ергопатично-дисфоричний (4 випадки – 3,9%). Серед «дифузних» типів більш поширеними були профілі, які є комбінацією дисфоричного, тривожного, егоцентричного та паранойяльного (3 випадки – 2,9%) та егоцентричного, анозогнозичного, дисфоричного, ергопатичного (3 випадки – 2,9%) типів РНХ.

Повністю отримані показники обстеження наведено у табл.1.

Таблиця 1

Розподіл пацієнтів за типами реагування на хворобу

Типи ставлення до хвороби	Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків,%
«Чисті» типи	27	26,5
Г (Гармонійний)	8	7,8
Р (Ергопатичний)	2	2,0
З (Анозогнозичний)	2	2,0
Н (Неврастенічний)	2	2,0
Т (Тривожний)	1	1,0
А (Апатичний)	1	1,0
Е (Егоцентричний)	2	2,0
П (Паранойяльний)	4	3,9
Д (Дисфоричний)	5	4,9
«Змішані» типи	58	56,9
РЗ (Ергопатичний, Анозогнозичний)	17	16,7
ТЕ (Тривожний, Егоцентричний)	16	15,7
ЕР (Егоцентричний, Ергопатичний)	8	7,8
ДТ (Дисфоричний, Тривожний)	5	4,9
РД (Ергопатичний, Дисфоричний)	4	3,9
ЗН (Анозогнозичний, Неврастенічний)	2	2,0

Продовження таблиці 1

Типи ставлення до хвороби	Абсолютна кількість випадків, осіб	Кількість випадків,%
РТІ (Ергопатичний, Тривожний, Іпохондричний)	2	2,0
ДЕН (Дисфоричний, Егоцентричний, Неврастенічний)	1	1,0
ДЗН (Дисфоричний, Анозогнозичний, Неврастенічний)	1	1,0
ІС (Іпохондричний, Сенситивний)	1	1,0
ТМС (Тривожний, Меланхолічний, Сенситивний)	1	1,0
«Дифузні» типи	17	16,7
ДТЕП (Дисфоричний, Тривожний, Егоцентричний, Паранойяльний)	3	2,9
ЕЗДР (Егоцентричний, Анозогнозичний, Дисфоричний, Ергопатичний)	3	2,9
ТСЕДМ (Тривожний, Сенситивний, Егоцентричний, Дисфоричний, Меланхолічний)	2	2,0
ТІЕПД (Тривожний, Іпохондричний, Егоцентричний, Паранойяльний, Дисфоричний)	2	2,0
АЕПД (Апатичний, Егоцентричний, Паранойяльний, Дисфоричний)	1	1,0
НСЕД (Неврастенічний, Сенситивний, Егоцентричний, Дисфоричний)	1	1,0
ТЕАД (Тривожний, Егоцентричний, Анозогнозичний, Дисфоричний)	1	1,0
АНПД (Апатичний, Неврастенічний, Паранойяльний, Дисфоричний)	1	1,0
НСПД (Неврастенічний, Сенситивний, Паранойяльний, Дисфоричний)	1	1,0
АСЕДМ (Апатичний, Сенситивный, Егоцентричний, Дисфоричний, Меланхолічний)	1	1,0
МДЕП (Меланхолічний, Дисфоричний, Егоцентричний, Паранойяльний)	1	1,0
Разом	102	100

З метою аналізу частоти представленості окремих типів РНХ було проведено їх сумарний (як у вигляді «чистих» типів, так і складової «змішаних» та «дифузних») кількісний підрахунок. Згідно з отриманими результатами егоцентричний (Е) тип ставлення до хвороби зустрічався найчастіше. Його виявлено у 42 випадках (2 рази у вигляді «чистого» типу, 25 разів – як складова змішаного типу та в 15 випадках входив до «дифузних» типів). Другим за частотою став ергопатичний (Р) тип РНХ, який виявлено у 36 випадках (2 рази у вигляді «чистого» типу, 31 раз – як складова змішаного типу та в 3-х випадках входив до «дифузних» типів). Дисфоричний (Д) та тривожний (Т) типи РНХ

діагностовано у 33 випадках. З меншою частотою були представлені анозогнозичний (З) тип (26 випадів), паранойяльний (П) тип (13 разів) та неврастенічний (Н) тип РНХ (9 випадків). Гармонійний (Г) тип в чистому вигляді діагностовано у 8 осіб. Також було виявлено типи РНХ, які зустрічались рідко та входили в структуру «змішаних» та «дифузних» профілів. До них було віднесено сенситивний (С) – 7 випадків, іпохондричний (І) та меланхолійний (М) – по 5 випадків, апатичний (А) – 4 спостереження.

Отримані дані у графічному вигляді наведено на рис.1.

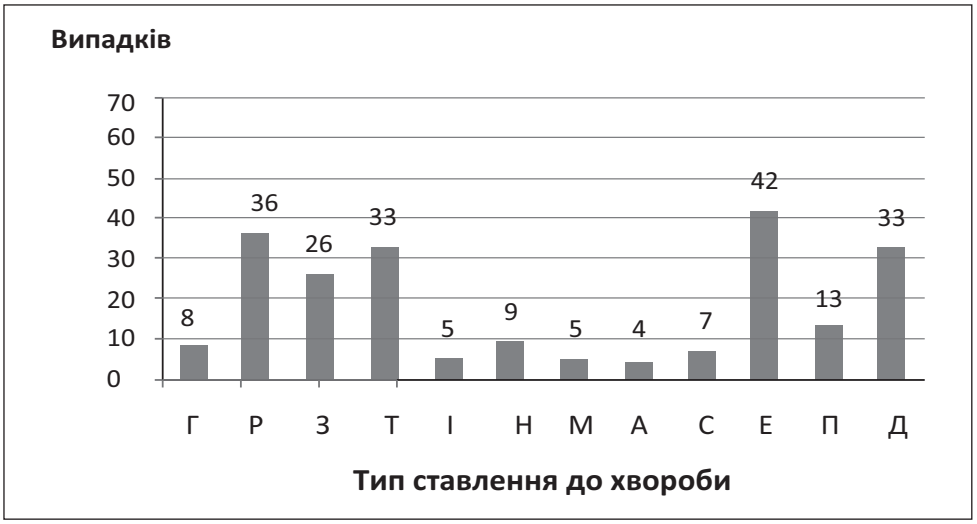


Рис. 1. Сумарна кількісна оцінка зустрічання окремих типів реагування на хворобу

При подальшому аналізі отриманих результатів встановлено низький рівень адаптивності (перший блок типів реагування на хворобу за ТОБОЛ): 12 випадків «чистих» типів та 17 випадків «змішаного» ергопатично-анозогнозичного типу, що разом складає 28,4% контингенту. У пацієнтів з дезадаптивними типами РНХ (73 особи, 71,6% обстежених) переважали типи з інтерпсихічною направленістю (третій блок за ТОБОЛ) – 26 осіб (25,5% контингенту), та «змішані» і «дифузні» клінічні варіанти, які одночасно містили типи реагування з другого та третього блоків, з переважанням останнього – 28 осіб (27,5%). Група з інтрапсихічною направленістю реагування на хворобу (другий блок за ТОБОЛ) склала 8 осіб (7,8% контингенту). У 11 осіб профіль РНХ включав в себе типи обох дезадаптивних блоків з переважанням другого (інтрапсихічна направленість). Таким чином, серед контингенту з дезадаптивними типами реагування на хворобу клінічні варіанти з інтерпсихічною направленістю склали 74,0%, варіанти з інтрапсихічною направленістю склали 26,0%.

Висновки

Таким чином, в дослідженні проведено аналіз структури та типів РНХ та показників адаптивності/дезадаптивності у пацієнтів з шизоафективним розладом в стані ремісії.

1. Типологія РНХ при ШАР характеризується перевагою «змішаних» типів над «чистими» та «дифузними». Найбільш характерними для ШАР є ергопатично-анозогнозичний (17 випадків, 16,7%), тривожно-егоцентричний (16 випадків, 15,7%), егоцентрично-ергопатичний (8 випадків, 7,8%) типи РНХ.
2. Отримано дані щодо структури типів реагування на хворобу. Найбільш частим типом РНХ при ШАР є егоцентричний. Його виявлено як у вигляді «чистого» типу, так і складової «змішаних» та «ди-

фузних» типів у 42,2% контингенту. Наступним за частотою зустрічання став ергопатичний тип (36 випадків, 35,3% контингенту): 2 рази у вигляді «чистого» типу, 31 раз – як складова змішаного типу та в 3 випадках входив до «дифузних» типів. А також дисфоричний та тривожний типи, які діагностовано у 33 випадках (33,3% обстежених) у вигляді «чистих» типів, а також в структурі змішаних та «дифузних» типів РНХ.

3. ШАР характеризується дазадаптивним впливом на пацієнта, що підтверджується низькими показниками демонстрації гармонійного реагування на хворобу (7,8%) та переважанням у пацієнтів дезадаптивних типів реагування на хворобу (71,6% обстежених).
4. Характеристики реагування на хворобу та показники адаптивності/дезадаптивності при ШАР в період ремісії є ознакою стійких постманіфестних патоперсонологічних трансформацій, та можуть бути використані з метою розробки як нозоспецифічна складова та з метою розробки диференційно-діагностичного алгоритму та програм, спрямованих на зменшення дезадаптивного впливу ШАР та покращення рівня соціальної адаптації.
5. У пацієнтів з ШАР наявний резерв особистісних адаптаційних можливостей. Це підтверджується тим, що серед хворих з дезадаптивними типами реагування на хворобу при ШАР переважають типи з інтерпсихічною направленістю (74,0%), які є ознакою намагань особистості протистояти негативному впливу захворювання. Представленість дезадаптивних типів реагування на хворобу з інтрапсихічною направленістю, яка є ознакою «капітуляції» перед хворобою, складає 26,0%. Вищезазначений резерв адаптаційних можливостей при ШАР може бути використаний з метою зменшення дезадаптивного впливу хвороби та покращення рівня соціальної адаптації.

Конфлікт інтересів: відсутній.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Марута Н. О., Лінська К. І. Сучасні напрямки у розробці інструментів для об'єктивної діагностики афективних розладів (огляд літератури) // Укр. вісн. психоневрології. 2018. Т. 26, вип. 1. С. 110–115.
2. Thaler N. S., Sutton G. P., Allen D. N. Social cognition and functional capacity in bipolar disorder and schizophrenia // Psychiatry Research. 2014. Vol. 220 (1–2). P. 309–314 .
3. Murru A., Manchia M., Tusconi M., Carpiniello B., Pacchiarotti I., Colom F., Vieta E. Diagnostic reliability in schizoaffective disorder// Bipolar Disorder. 2016. Vol. 18(1). P. 78–80.
4. Чугунов В. В. Истинный патоморфоз психиатрической клиники // Укр. вісн. психоневрології. 2012. Т. 20, вип. 3. С. 233–234.
5. Santelmann H., Franklin J., Bußhoff J., Baethge C. Test-retest reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression – a systematic review and meta-analysis // Bipolar Disorder. 2015. Vol. 17(7). P. 753–768.
6. Vohringer P. A., Barroilhet S. A., Amerio A., Reale M. L., Alvear K., Vergne D., Ghaemi S. N. Cognitive impairment in bipolar disorder and schizophrenia: a systematic review // Front Psychiatry. 2013. Vol. 4. P. 87.
7. Ruocco A. C., Reilly J. L., Rubin L. H., Daros A. R., Gershon E. S., Tamminga C. A., Pearlson G. D., Hill S. K., Keshavan M. S., Gur R. C., Sweeney J. A. Emotion recognition deficits in schizophrenia-spectrum disorders and psychotic bipolar disorder: Findings from the bipolar-schizophrenia network on intermediate phenotypes (B-SNIP) // Study Schizophr. Res. 2014. Vol. 158. Iss. 1–3. P. 105–112.
8. Хоміцький М. Є. Психопатологічні прояви ендогенних психозів у станах ремісії / інтермісії як предиспозиційний фактор персонологічних трансформацій (компаративний аналіз) // Запорізький медичний журнал. 2018. Т. 20, № 5(110). С. 696–700.
9. Вассерман Л. И., Иовлев Б. В., Карпова Э. Б., Вукс А. Я. Психологическая диагностика отношения к болезни: Пособие для врачей / СПб.: СПб НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2005. 32 с.

РЕЗЮМЕ

СТРУКТУРА И ТИПЫ РЕАГИРОВАНИЯ НА БОЛЕЗНЬ В СВЯЗИ С ПОКАЗАТЕЛЕМ АДАПТИВНОСТИ/ ДЕЗАДАПТИВНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ В СОСТОЯНИИ РЕМИССИИ В КОНТЕКСТЕ ПОСТМАНИФЕСТНЫХ ПАТОПЕРСОНОЛОГИЧЕСКИХ ТРАНСФОРМАЦИЙ

Хомицкий М.Е.
Запорожский государственный медицинский университет, Украина

Цель работы: *Изучение структуры и типов реагирования на болезнь и адаптивности / дезадаптивности у пациентов с шизоаффективным расстройством в состоянии ремиссии.*
Контингенты и методы. *На базе Областной клинической психиатрической больницы (г. Запорожье) с помощью тестовой методики ТОБОЛ было обследовано 102 пациента с установленным диагнозом «шизоаффективное расстройство».*
Результаты. *Проведен анализ структуры и типов реагирования на болезнь и показателей адаптивности / дезадаптивности у пациентов с шизоаффективным расстройством в состоянии ремиссии. Типология реагирования на болезнь при шизоаффективном расстройстве характеризуется преимуществом «смешанных» типов над «чистыми» и «диффузными». Типами реагирования на болезнь, которые встречаются при шизоаффективном расстройстве чаще всего, является эгоцентрический (42,2% контингента) и эргопатический (35,3% контингента). Наиболее характерными клиническими вариантами являются эргопатически-анозогнозический (16,7%) и тревожно-эгоцентрический (15,7%) типы реагирования на болезнь.*
Выводы. *Шизоаффективное расстройство характеризуется дезадаптивным воздействием на пациента, что подтверждается низкими показателями демонстрации гармоничного типа реагирования на болезнь (7,8%) и преобладанием у пациентов дезадаптивных типов реагирования на болезнь (71,6% обследованных). Полученные данные могут быть использованы в качестве оценки нозоспецифичной патоперсонологической составляющей при создании дифференциально-диагностического алгоритма и с целью разработки программ, направленных на уменьшение дезадаптивного влияния шизоаффективного расстройства и улучшение уровня социальной адаптации.*

Ключевые слова: *шизоаффективное расстройство, клиника, адаптация, патоперсонологические особенности.*

SUMMARY

STRUCTURE AND TYPES OF RESPONSE TO THE DISEASE DUE TO ADAPTABILITY / MALADAPTATION IN PATIENTS WITH SCHIZOAFFECTIVE DISORDER IN THE STATE OF REMISSION IN CONTEXT OF PATHOPERSONOLOGICAL TRANSFORMATIONS IN POST-MANIFESTATION PERIOD

Khomitskyi M.Ye.
Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine

The aim of the study *of the structure and types of disease response and adaptability / maladaptation in patients with schizoaffective disorder in remission.*
Contingents and methods. *On the basis of the Regional Clinical Psychiatric Hospital (Zaporizhzhia), 102 patients with the diagnosis of «schizoaffective disorder» were examined using the TOBOL test method.*
Results. *The analysis of the structure and types of the response to the disease and the adaptation / maladaptation indices in patients with schizoaffective disorder in remission period was performed. Schizoaffective disorder is characterized by maladaptive effect on the patient, which is confirmed by low indicators of the demonstration of harmonious response to the disease (7.8%) and prevalence of maladaptive types of response to the disease in patients (71.6%). The typology of the response to the disease for patients with schizoaffective disorder is characterized by the prevalence of «mixed» types over «pure» and «diffuse». The types of response to the disease that occur most often in the schizoaffective disorder are egocentric (42.2%) and ergophatic (35.3%). The most characteristic clinical variants are ergophatic-anosognosic (16.7%) and anxious-egocentric (15.7%).*
Conclusioms. *Schizoaffective disorder is characterized by maladaptive effect on the patient, which is confirmed by low indicators of the demonstration of harmonious response to the disease (7.8%) and prevalence of maladaptive types of response to the disease in patients (71.6%). The obtained data can be applied as assessment of the nosospecific pathopersonalogical component when creating a differential diagnostic algorithm and with the aim of developing programs for reducing the maladaptive effects of the schizoaffective disorder and improving the level of social adaptation.*

Key words: *schizoaffective disorder, clinic, adaptation, pathopersonalogical features.*

АВТОРСЬКА ДОВІДКА

- ***Хоміцький Микола Євгенович***, канд. мед. наук, доцент каф. психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології, Запорізький державний медичний університет, Україна.
- Адес: проспект Маяковского, 26, Запорожье, Запорожская область, 69000
- Моб. тел.: +38 (066) 720-53-43
- E-mail: nhomitsky@gmail.com

- ***Khomitskiy Mykola***, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhia State Medical University, Ukraine.
- Адреса: проспект Маяковського, 26, Запоріжжя, Запорізька область, 69000
- Mob. tel.: +38 (066) 720-53-43
- E-mail: nhomitsky@gmail.com

- ***Хомицкий Николай Евгеньевич***., канд. мед. наук, доцент каф. психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии, Запорожский государственный медицинский университет, Украина.
- Address: Mayakovsky Ave., 26, Zaporizhzhia, Zaporizhzhia region, 69000
- Моб. тел.: +38 (066) 720-53-43
- E-mail: nhomitsky@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 21.10.2019

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтесь до редакції журналу info@ujmh.net.

© Столяренко А. М., 2019
DOI: 10.37321/UJMH.2019.02-02

УДК 616.89-008.48:004.738.4-052:616.89-008.441.3

Столяренко А. М.

ПАТОЛОГІЧНІ ПОВЕДІНКОВІ ПАТЕРНИ, ПОВ'ЯЗАНІ З МЕРЕЖЕЮ ІНТЕРНЕТ, У ОСІБ, ЩО ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ

Запорізький державний медичний університет, Україна

Stolyarenko A. N.

PATHOLOGICAL BEHAVIORAL PATTERNS RELATED TO THE INTERNET IN A PERSON WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Zaporizhzhya State medical University, Ukraine

Резюме. *Залученість осіб, що вживають психоактивні речовини в інтернет-користування, накладає на них певні поведінкові зміни. Поєднання психопатологічного прединспозиційного фону у вигляді емоційно-вольових порушень з феноменами, властивими поглибленому використанню мережі Інтернет, зумовлює розвиток у осіб досліджуваної групи специфічних поведінкових патернів, пов'язаних з інтернет-користуванням.*

Мета дослідження – дослідити і систематизувати патологічні поведінкові патерни, пов'язані з мережею Інтернет, у осіб, що вживають психоактивні речовини.

Матеріал і методи дослідження. Для реалізації поставленої мети дослідження було проведено контент-аналіз наукової літератури та матеріалів ЗМІ, а також обстежено 34 людини з психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання психоактивних речовин (F19.2).

В результаті дослідження виділені і описані п'ять патологічних поведінкових патернів, пов'язаних з мережею Інтернет у осіб, що вживають психоактивні речовини: редукція offline комунікації і надання переваги online дозвіллю, висвітлення у мережі Інтеренет власних асоціальних вчинків, зміна адиктивної пошукової активності з offline середовища на мережу Інтернет, аутоіндукування крайніх перепадів настрою за допомогою інтернет-контенту та індукування інтернет-контентом крайніх варіантів поведінки.

Висновки. Інтернет-користування здатне приводити до специфічної патологічної модифікації поведінки осіб, що вживають психоактивні речовини. Виявлені поведінкові патерни можуть зумовлювати наростання соціальної дезадаптації і виступати потенціюючим і підтримуючим фактором наркотизації.

Ключові слова: *Інтернет, інтернет-користування, інтернет-залежність, залежність від психоактивних речовин, поведінкові патерни.*

Вступ. Останніми десятиріччями спостерігається розширення ролі мережі Інтернет у повсякденному житті громадян. Перенесення до мережі Інтернет окремих компонентів соціальної взаємодії у рамках роботи та дозвілля призвело до формування «віртуальної середи проживання», яка нагадує реальний соціум, а часом заміщує його, залучаючи до інтернет-користування все більше громадян [12]. Так, вже сьогодні більшість осіб підліткового та молодого віку у розвинених країнах та країнах, що розвиваються, є щоденними користувачами мережі Інтернет [15].

Інтернет-користування здатне призводити до модифікації поведінкових патернів

користувачів [16]. Згідно багатьох досліджень, зміна емоційних та поведінкових патернів внаслідок поглибленого інтернет-користування здатна чинити негативний вплив на повсякденне життя користувачів [4, 14].

З найбільш відомих модифікацій поведінки під впливом мережі Інтернет є інтернет-залежність та суїцидальна поведінка. Групою ризику розвитку вказаної патологічної поведінки виступають підлітки [17].

Існують окремі вказівки на збіднення кругу інтересів, соціального функціонування, розвиток сімейної дезадаптації та депресії внаслідок поглибленого інтернет-користування. Таким змінам піддаються не лише підлітки і молоді люди, а й особи середнього віку [16].

В контексті питання інтернет-асоційованих поведінкових змін окрему увагу привертають особи, залежні від вживання психоактивних речовин. Користування мережею Інтернет накладає відбиток на емоційний стан та поведінку користувачів, очікувано виразним цей вплив є на категорію громадян, які вже мають емоційно-вольові порушення – залежних від вживання психоактивних речовин [6]. Втім, особливості поведінкових модифікацій внаслідок інтернет-користування у осіб, які вживають психоактивні речовини, залишаються не розкритими.

Мета дослідження – дослідити та систематизувати патологічні поведінкові патерни, пов'язані з мережею Інтернет, у осіб, що вживають психоактивні речовини.

Матеріал та методи дослідження. Проведено контент-аналіз наукової літератури та матеріалів ЗМІ за темою дослідження. Додатково проведене клініко-психопатологічне та медико-психологічне обстеження 34 осіб, хворих на психічні та поведінкові розлади, внаслідок поєднаного вживання психоактивних речовин (F19.2), середній вік у групі становив 25±0,62 років. У коло вживаних хворими психоактивних речовин входило різне співвідношення опіоїдів, галюциногенів, психостимуляторів, седативних препаратів, в тому числі алкоголь.

Результати та їх обговорення. Контент-аналіз наукової літератури та ЗМІ дозволив нам виділити наступні патологічні поведінкові патерни, пов'язані з мережею Інтернет, у осіб, що вживають психоактивні речовини:

1. *Редукція offline комунікації і надання переваги online дозвіллю.* У осіб із залежністю від психоактивних речовин часто діагностуються різні форми аутоізоляції внаслідок певних особливостей особистості, психопатологічних станів або соціальної дезадаптації. Дистанціювання від суспільства у даних осіб часто заміщується Інтернет-активністю [2]. Можна виділити декілька варіантів етіологічно-обумовленого Інтернет-користування у осіб, що вживають психоактивні речовини.

А) Надання переваги віртуальному світу на шкоду живому спілкуванню, як варіація ескапізму. Найчастіше передумовами розвитку такого варіанту є неприйняття та незадоволеність існуючою дійсністю, небажання підтримувати чи налагоджувати соціальні зв'язки, десоціалізація, внутрішня потреба відсторонення від соціуму та об'єктивної реальності, протестна поведінка; рідше – підсвідомо впроваджуваний спосіб аутопокарання. Інтернет-користування у даному випадку носить «збіднений» характер і зводиться до одноманітного дозвілля зазвичай «поверхневої», «фізіологічної» гедоністичної спрямованості; таким особам притаманний розвиток ігрової інтернет-залежності, відео-інтернет-залежності. Даний варіант виступає у якості дестабілізуючого фактора особистості, здатен призводити до психопатизації особи та поглиблення соціальної ізоляції.

Б) Заміна живого спілкування підвищеною Інтернет-соціальною взаємодією як варіант аутокурації. Передумовами даного варіанту є соціальна дезадаптація особи при наявності внутрішньої портеби та бажання у підтримці соціальних контактів. Соціальна ізоляція особи часто носить вимушений характер, ініційований у більшій мірі не самою особою, а її оточенням. В цьому випадку живе міжособистісне спілкування у осіб

із залежністю на психоактивні речовини заміщується спілкуванням у віртуальному просторі. Інтернет-користування у даному випадку є різноманітним і часто поєднаним із творчістю – написанням віршів, малюванням тощо. Від соціалізуючої поведінки даний варіант відрізняє псевдоактивний, непродуктивний характер дій та/чи їх негативний вплив на життєдіяльність особи.

2. *Висвітлення у мережі Інтеренет власних асоціальних вчинків.* Останнім часом інтернет-простір, особливо соціальні мережі, стали використовуватися як майданчик для сповіщення соціуму про власні асоціальні дії чи наміри: від публікації відеозапису вбивства до розміщення опису самовбивста. Найчастіше такі дії вчиняються особами залежними від психоактивних речовин або у стані сп'яніння.

Зміна стану свідомості, емоцій та волі під час алкогольної чи наркотичної інтоксикації часто провокують «натхнення» поділитися з іншими чимость таємним, тоді як мережа Інтернет уособлює ідеального «слухача» для таких сповідей, тому в мережі Інтернет можна побачити зізнання у власних злочинах, навіть вбивстві, які правопрушники публікують власноруч у стані сп'яніння [1].

Стан інтоксикації психоактивними речовинами може виступати в якості «поштовху» до суїцидального рішення, а мережа Інтернет – місцем сповіщення про таке бажання. У синтонних, конформних і істероїдних особистостей алкогольне та наркотичне сп'яніння виступає каталізатором традиційних ритуальних дій, що передують самогубству: прощальні записки, переодягання в спеціально підготовлений одяг, прослуховування улюбленої музики; до таких дій останнім часом все частіше виступає викладання «прощальних постів» у соціальних мережах [13].

3. *Зміна адиктивної пошукової активності з offline середовища на мережу Інтернет.* Залежні від психоактивних речовин особи останнім часом нерідко використовують мережі Інтернет як ареал з купівлі наркотичних речовин. Можливість анонімної взаємодії продавця та покупця за допомогою мережі Інтернет та безконтактність фінансових операцій дозволили перенести наркоторгівлю у інтернет-простір, що не тільки спростило доступ осіб до наркотичних речовин, виступаючи фактором індукції та підтримки наркотизації, й розширило спектр вживаних особами психоактивних речовин, призводячи до полінаркоманії, але й змінило пошуково-поведінкові патерни осіб, залежних від психоактивних речовин з реального середовища на інтернет-простір [3, 11].

4. *Аутоіндукування крайніх перепадів настрою за допомогою інтернет-контенту.*

5. *Індукування інтернет-контентом крайніх варіантів поведінки.* Внаслідок того, що емоційно-вольова сфера осіб, які страждають на залежність від психоактивних речовин вже є ушкодженою, наявний у мережі Інтернет подразник, який не призведе до зміни настрою чи поведінки психічно здорової людини, у осіб із залежністю від психоактивних речовин, як у осіб із іншими психічними порушеннями, здатен призвести до непередбачуваних результатів. Таку поведінку можна розділити на два варіанти: гостру та пролонговану.

А) Гостра індукована інтернет-контентом поведінка. Найчастіше виникає у стані гострої інтоксикації психоактивною речовиною. Стан сп'яніння від психоактивних речовин може сприяти реактивації хворобливих переживань, перебільшенню глибини кризової ситуації, надання їй характеру безвиході, провокувати більш легке виникнення різних афективних і імпульсивних реакцій у відповідь на незначний психогенний вплив. Часто таким впливом стає інтернет-контент: «влучні» строки пісні або вірша можуть спровокувати у особи спонтанну думку про марність свого життя та необхідність певних дій. У зв'язку з цим, невірно інтерпретовані у стані сп'яніння дописи у соціальних мережах можуть спонукати висновок про «невірність» подружжя та стати індуктором внутрішньо-сімейних криз [7, 10]. При цьому контент-індуктор зазвичай не відповідає суті індукованої ним поведінки і провокує її нецілеспрямовано та спонтанно; індукована

поведінка емоційно обумовлена, імпульсивна, малоосмислена, швидкоминуча.

Б) Пролонгована поведінка, індукована інтернет-контентом. Особи, що вживають психоактивні речовини, зазвичай відрізняються зниженням толерантності до стороннього впливу. Не рідко індуктором такого впливу виступає інтернет-контент. Тож особи, що вживають психоактивні речовини, схильні переймати загальний емоційний фон та індукуючі твердження з соціальних мереж, аудіо- та відео-інтернет-контенту. Так, існують вказівки на підвищену схильність до неадекватних та деструктивних емоційних та поведінкових реакцій серед підлітків та осіб із лабільною психікою при їх залученні до гри у інтернет-ігри та перегляду відео-контенту із насиченими сценами насильства, а також на зростання випадків суїциду серед підлітків, які вживають психоактивні речовини й одночасно з цим перебувають у інтернет-спільнотах «групи смерті» [5, 8, 9]. Чим більше пролонгованим є отримання емоційно схожої інформації, тим стабільнішим і глибшим є викривлення поведінки індукованої ооби аж до надбання патоперсонологічних рис [14].

При цьому зміст контенту-індуктора в цілому відповідає індукованому стану, інформація отримується особою переважно не в стані сп'яніння, а навпаки, провокує у особи бажання вжити психоактивну речовину з аутокураційною метою. Більш індукуючою для осіб, залежних від психоактивних речовин, є інформація з негативним емоційним фоном, в якій рефреном стверджується про сумність, марність, безглуздість та тяжкість існування, робиться акцент на смутку та несправедливості в житті, негативник якостях людей.

Висновки. Під впливом певного інтернет-контенту користувачі, які вживають психоактивні речовини, здатні вдатися до такої поведінки, яку б не реалізували за умов недоступу до мережі Інтернет. Інтернет-інформація для даної категорії громадян може виступати індуктором асоціальної поведінки, а соціальні інтернет-платформи – ще більше посилювати соціальну дезадаптацію.

Таким чином, можна дійти висновку, що використання мережі Інтернет особами із залежністю від психоактивних речовин, здатне змінювати їх емоційний стан та поведінку. Але досі не можна однозначно вказати, позитивно чи негативно інтернет-користування впливає на осіб, залежних від психоактивних речовин. Такі впливи мережі Інтернет залишаються до кінця не дослідженими і потребують подальшого вивченя.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Артем Исхаков письмо, полный текст. Режим доступа: http://skuky.net/140511.
2. Бердин Р. Д. Социальная отрешенность как предиктор интернет-аддиктивного поведения // Инновационная наука. 2015. № 1, 2. С. 267–268.
3. Бикеева Е. С. Незаконный оборот наркотиков в Интернете // Пробелы в Российском законодательстве. Юридический журнал. 2011. № 6. С. 240–241.
4. Дрепа М. И. Интернет-зависимость как предмет научной рефлексии в современной психологии // Знание. Понимание. Умение. 2009. № 2. С. 189–191.
5. Жихарева Л. В. Виртуальные группы смерти: методология исследования // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки. 2018. № 37 (1). С. 161–168.
6. Козлова Н. С. Влияние интернет-среды на личность и её жизнедеятельность // Знание. Понимание. Умение. 2015. № 3. С. 275–276.
7. Ласый Е. В., Новодворская М. В., Евсегнеев Р. А. Анализ предсмертных записок и протоколов расследования по факту суицида: связь факта употребления алкоголя и анамнеза злоупотребления алкоголем с триггерами и мотивами суицида // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. № 4. С. 57–62.
8. Митягин С. А. Исследование социальных сетей Интернет на предмет выявления сопутствующих интересов лиц, склонных к наркомании // Международный научно-исследовательский журнал. 2012. № 6 (6). С. 59–64.

9. Михайловская Н. В. Сочетанное потребление психоактивных веществ больными опийной наркоманией с суицидальным поведением // Тюменский медицинский журнал. 2014. № 1. С. 14–15.
10. Сахаров А. В., Говорин Н. В. Суицидальное поведение и потребление алкоголя: оценка взаимосвязей на популяционном уровне // Суицидология. 2015. № 1, 2 (18, 19). С. 35–42.
11. Фадеева С. В. Компьютерная зависимость как фактор риска развития агрессивного поведения у подростков // Вестник Костромского государственного университета. 2010. № 5. С. 250–251.
12. Ходенкова Э. В. Интернет вещей как системный фактор интеграции физической, цифровой и виртуальной сред обитания человека // Манускрипт. 2018. № 10 (96). С. 97–98.
13. Школьники, которые устроили стрельбу по полицейским в Псковской области, а потом покончили с собой, незадолго до трагедии опубликовали прощальные посты в Интернете. АО Telekompaniya NTV. Режим доступа: https://www.ntv.ru/novosti/1702577.
14. Cerniglia L., Zoratto F., Cimino S., Laviola G., Ammaniti M., Adriani W. Internet Addiction in adolescence: Neurobiological, psychosocial and clinical issues // Neurosci Biobehav Rev. 2017 76 (A). P. 174–184.
15. Chérif L., Ayedi H., Hadjkacem I., Khemekhem K., Khemekhem S., Walha A., Kossentini I., Moalla Y., Ghribi F. Problematic Internet use among teenagers in Sfax, Tunisia // Encephale. 2015. № 41 (6). P. 487–492.
16. Kraut R., Patterson M., Lundmark V., Kiesler S., Mukopadhyay T., Scherlis W. Internet paradox. A social technology that reduces social involvement and psychological well-being? // Am. Psychol. 1998. № 53 (9). P. 1017–1031.
17. Marchant A., Hawton K., Stewart A., Montgomery P., Singaravelu V., Lloyd K., Purdy N., Daine K., John A. A systematic review of the relationship between internet use, self-harm and suicidal behaviour in young people: The good, the bad and the unknown // PLoS One. 2017. № 12 (8). e0181722. doi: 10.1371/journal.pone.0181722.

РЕЗЮМЕ

ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ, СВЯЗАННЫЕ С СЕТЬЮ ИНТЕРНЕТ У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА

Столяренко А. Н.
Запорожский государственный медицинский университет, Украина

Вовлеченность лиц, употребляющих психоактивные вещества в интернет-пользование, налагает на них определенные поведенческие изменения. Совмещение психопатологического предиспозиционного фона в виде эмоционально-волевых нарушений с феноменами, присущими углубленному использованию сети Интернет, предопределяет развитие у лиц исследуемой группы специфических поведенческих паттернов, сопряженных с интернет-пользованием.

***Цель исследования** – исследовать и систематизировать патологические поведенческие паттерны, связанные с сетью Интернет, у лиц, употребляющих психоактивные вещества.*

***Материал и методы исследования.** Для реализации поставленной цели исследования был проведен контент-анализ научной литературы и материалов СМИ, а также обследованы 34 человека с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ (F19.2).*

***В результате исследования выделены** и описаны пять патологических поведенческих паттернов, связаных с сетью Интернет у лиц, употребляющих психоактивные вещества: редукция offline коммуникации и предпочтение online досуга, освещение в сети Интеренет собственных асоциальных поступков, изменение аддиктивной поисковой активности с offline среды на Интернет, аутоиндуцирования крайних перепадов настроения с помощью интернет-контента и индуцирования интернет-контентом крайних вариантов поведения.*

***Выводы.** Інтернет-пользование способно приводить к специфической патологической модификации поведения лиц, употребляющих психоактивные вещества. Выявленные поведенческие паттерны могут обуславливать нарастание социальной дезадаптации и выступать потенцирующим и поддерживающим фактором наркотизации.*

***Ключевые слова:** Интернет, интернет-пользование, интернет-зависимость, зависимость от психоактивных веществ, поведенческие паттерны.*

SUMMARY

PATHOLOGICAL BEHAVIORAL PATTERNS RELATED TO THE INTERNET IN A PERSON WHO USE PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

Stolyarenko A. N.
Zaporizhzhya State medical University, Ukraine

The involvement of people who use psychoactive substances in Internet use imposes certain behavioral changes on them. The combination of the psychopathological predispositional background in the form of emotional-volitional disorders with the phenomena inherent in the in-depth use of the Internet determines the development of specific behavioral patterns associated with Internet use in individuals of the studied group.

***The purpose of the study** is to investigate and systematize pathological behavioral patterns associated with the Internet in people who use psychoactive substances.*

***Material and research methods.** To achieve the goal of the study, a content analysis of scientific literature and media materials was carried out, and 34 people with mental and behavioral disorders due to the use of psychoactive substances were examined (F19.2).*

***As a result of the study**, five pathological behavioral patterns associated with the Internet in individuals who use psychoactive substances were identified and described: reduction of offline communication and preference for online leisure, Internet coverage of one's own asocial actions, change of addictive search activity from offline environment to the Internet, auto-induction of extreme drops moods with Internet content and Internet content inducing extreme behaviors.*

***Conclusions.** Internet use can lead to a specific pathological modification of the behavior of people who use psychoactive substances. Identified behavioral patterns can cause an increase in social maladaptation and act as a potentiating and supporting factor in anesthesia.*

***Keywords:** Internet, Internet use, Internet addiction, addiction to psychoactive substances, behavioral patterns.*

АВТОРСЬКА ДОВІДКА

- ***Столяренко Андрій Миколайович***, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології Запорізького державного медичного університету МОЗ України, м. Запоріжжя.
- Адреса: проспект Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035.
- Телефон: +380505339662
- E-mail: anstolyarenko@gmail.com

- ***Столяренко Андрей Николаевич***, кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии Запорожского государственного медицинского университета МЗ Украины, г. Запорожье.
- Адрес: проспект Маяковского, 26, г. Запорожье, 69035.
- Телефон: +380505339662
- E-mail: anstolyarenko@gmail.com

- ***Stolyarenko Andriy, Ph.D.***, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology, Zaporizhzhya State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Zaporizhzhya.
- Address: 26, Mayakovsky Ave., Zaporizhzhya, 69035.
- Contact number: +380505339662
- E-mail: anstolyarenko@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 11.10.2019
У разі виникнення питань до автора статті, звертайтесь до редакції журналу info@ujmh.net.

© Семенов Д. М., 2019
DOI: 10.37321/UJMH.2019.02-03

УДК: 617.52+616-001.5

Семенов Д. М.

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ РЕАКЦІЙ НА ТРАВМАТИЧНИЙ ДОСВІД ПРИ УШКОДЖЕННЯХ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЬОВОЇ ДІЛЯНКИ

Запорізький державний медичний університет, Україна

Semenov D.M.

GENDER FEATURES OF TRAUMATIC EXPERIENCE IN MAXILLOFACIAL TRAUMA

Zaporizhzhya State Medical University, Ukraine

Резюме *Актуальність. Травми щелепно-лицевої ділянки є однією з центральних медичних проблем індустріального урбаністичного суспільства. Окрім суто хірургічних методів медичної допомоги особам з даним типом травматизації, важливу роль у процесі відновлення якості життя та соціального функціонування, грають також психологічні методи, що фокусовано на травматичному досвіді, післяопераційному болю та сприйнятті посттравматичних дефектів.*

Мета дослідження: встановлення гендерних особливостей психологічного реагування на травматичний досвід при ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено у проспективному дизайні на 40 пацієнтах КУ «Міська клінічна лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги» м. Запоріжжя, які знаходилися у післяопераційному періоді реконструктивного оперативного втручання з приводу травм щелепно-лицевої ділянки.

Результати дослідження. За результатами аналізу психологічного статусу осіб з травматичними ураженнями щелепно-лицьової ділянки було 6 варіантів реакцій на травматичний досвід: недиференційовані негативні емоції, моторні та сенсорні реакції, соматофункціональні реакції, стоматоформні реакції, поведінкові реакції, психосенсорні реакції.

Висновки. Встановлено незначні відмінності між психологічними реакціями на травматичний досвід при травмах щелепно-лицевої ділянки між чоловіками та жінками. Чоловіки мають менший рівень проявів за показниками страху та респіраторних симптомів тривоги, але більший за показником гастроінтестинальних симптомів тривоги. Також чоловіки мають менший рівень порушень відчуття власного тіла та порушень сприйняття оточення.

Ключові слова: *травми щелепно-лицевої ділянки, травматичний досвід, тривога, дисоціація.*

Вступ. Травми щелепно-лицевої ділянки є однією з центральних медичних проблем індустріального урбаністичного суспільства. Окрім суто хірургічних методів медичної допомоги особам з даним типом травматизації, важливу роль у процесі відновлення якості життя та соціального функціонування, грають також психологічні методи, що фокусовано на травматичному досвіді, післяопераційному болю та сприйнятті посттравматичних дефектів [1, 2, 4, 7].

Важливим для формування комбінованого підходу до терапії та реабілітації даного контингенту хворих є розуміння відмінностей у гендерному сприйнятті різних аспектів травм щелепно-лицевої ділянки, а саме: ес-

тетичних, функціональних та стоматологічних порушень. Безперечно, масивні ураження, що формують значні пластичні дефекти та/або втрату функцій органів обличчя, викликають приблизно рівну критичну психологічну реакцію як у чоловіків, так і у жінок; між тим, легкі порушення – післяопераційні рубці, легка асиметрія, часткові порушення зубного ряду та інші, сприймаються по-різному та потребують гендерно-диференційованого підходу та технік психологічної корекції [3, 5-7].

Таким чином, дослідження варіабельності психологічних реакцій осіб різної статі на травматичний досвід та стани посттравматичного дефекту при ушкодженнях щелепно-лицьової ділянки є важливим кроком до розробки ефективних моделей психологічної корекції та загальної реабілітації при даній групі ушкоджень.

Мета дослідження: встановлення гендерних особливостей психологічного реагування на травматичний досвід при ушкодженнях щелепно-лицевої ділянки.

Матеріали та методи дослідження. Дослідження проведено у проспективному дизайні на 40 пацієнтах КУ «Міська клінічна лікарня екстреної та швидкої медичної допомоги» м. Запоріжжя, які знаходилися у післяопераційному періоді реконструктивного оперативного втручання з приводу травм щелепно-лицьової ділянки. В контингенті дослідження було 20 осіб чоловічної та 20 осіб жіночої статі. Контингент дослідження за гендерною ознакою було розподілено на групу чоловіків (ГЧ) та групу жінок (ГЖ).

У контингент дослідження було включено осіб із наступними варіантами травматичних ушкоджень: перелом нижньої щелепи, перелом альвеолярного відростка щелепи, перелом верхньої щелепи, перелом виличної кістки і виличної дуги, перелом кісток носа. Особи, які мали значні посттравматичні дефекти (пластичні порушення зовнішності, втрата функцій органів обличчя, тотальні дефекти зубного ряду) не включалися у дослідження. Характер травматичних подій був подібним – дорожньо-транспортні пригоди.

Методи дослідження: психодіагностичний, статистичний.

Результати та їх обговорення. За результатами аналізу психологічного статусу осіб з травматичними ураженнями щелепно-лицевої ділянки було 6 варіантів реакцій на травматичний досвід:

1) недиференційовані негативні емоції – відчуття безпредметної тривоги, гостре відчуття страху, що асоційовано з обставинами травмування (страх темряви, незнайомців, самотності, тварин, натовпу, транспорту тощо), занепокоєння щодо результатів оперативного втручання з очікуванням поганих результатів, побоювання щодо ускладнень оперативного втручання, втрати звичних інтересів та почуття задоволення, пригніченості;
2) моторні та сенсорні реакції (із залученням впливу неврологічних порушень асоційованих з фізичними наслідками травми голови та факторів, що є наслідками оперативного втручання та анестезіологічної допомоги) – підвищений тонус скелетних м'язів, їх тикоподібного посмикування, дзвін у вухах, нечіткість зору, приливи жару і холоду, парестезії;
3) соматофункціональні реакції (із залученням впливу факторів, що є наслідками оперативного втручання та анестезіологічної допомоги) – тахікардії, відчуття серцебиття та пульсація в судинах, локального болю у грудях, почуття тиску і стиснення в грудях, відчуття задухи, частих зітхань, метеоризму, болю у животі, печії, відчуття переповненого шлунка, нудоти, блювання, бурчання в животі, діареї, запорів, порушень апетиту, прискореного сечовипускання, сильних позивів на сечовипускання, дизурії, ніктурії, почервонінню або блідості шкіри, мідріазу, пітливості.
4) стоматоформні реакції – локальний біль у зубах та щелепі, парестезії ротової порожнини, відчуття дискомфорту та сухості в роті, дезавтоматизація жування та ковтання, пов'язані зі страхом травматизації післяопераційних зон (уявлення про можливість розходження лігатур, зміщення фрагментів кісток, по-

шкодження фіксуючих засобів тощо), побоюванням щодо виникнення больових відчуттів (алгофобія);

5) поведінкові реакції – імпульсивність, патетичність, манерність, демонстративність, загальне збудження, неспокійної жестикуляції, мімічних реакцій, опозиційного ставлення до лікування, агресії, симуляції, диссимуляції, аггравації, дезаггравації;

6) психосенсорні реакції – відчуття того, що все, що відбувається з особою – відбувається не з нею, відчуття відчуження від себе, погляду на себе «зі сторони», порушення відчуття власного тіла, порушення сприйняття оточення, порушення відчуття часу, порушення відчуття болю, відчуття того, що оточення є нереальним, «декораціями», порушенням можливості вірної оцінки часу, почуття «розтягування» часу або його «прискорення», анестезії ділянок тіла, що не співпадають із зонами іннервації.

Рівні проявів даних варіантів реакцій було досліджено за показниками тривоги та дисоціації.

Дослідження рівнів симптомів асоційованих з тривогою було проведено з використанням шкали тривоги Гамільтона (табл. 1).

Показник страху було оцінено за наявністю: гострого відчуття страху, що асоційовано з обставинами травмування (страх темряви, незнайомців, самотності, тварин, натовпу, транспорту тощо). В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 6 (30%) осіб, в ГЖ у 13 (65%) осіб ($p(\chi^2) = 0,02$).

Порушення сну було оцінено за наявністю: утрудненого засинання, переривчастого сну, що не приносить відпочинку, почуття розбитості і слабкості при пробудженні. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 9 (45%) осіб, в ГЖ у 11 (55%) осіб ($p(\chi^2) = 0,52$).

Когнітивні порушення було оцінено за наявністю: утруднень у концентрації уваги та погіршення пам'яті. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 7 (45%) осіб, в ГЖ у 5 (25,0%) осіб ($p(\chi^2) = 0,49$).

Симптоми депресивного стану було оцінено за наявністю: втрати звичних інтересів та почуття задоволення, пригніченості. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 12 (60,0%) осіб, в ГЖ у 17 (85,0%) осіб ($p(\chi^2) = 0,07$).

Моторні симптоми тривоги було оцінено за наявністю: підвищеного тонусу скелетних м'язів, їх тікоподібного посмикування. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 17 (85%) осіб, в ГЖ у 18 (90%) осіб ($p(\chi^2) = 0,63$).

Сенсорні симптоми тривоги було оцінено за наявністю: дзвону у вухах, нечіткості зору, приливів жару і холоду, парастезій. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 12 (60%) осіб, в ГЖ у 14 (70%) осіб ($p(\chi^2) \leq 0,50$).

Кардіоваскулярні симптоми тривоги було оцінено за наявністю: тахікардії, відчуття серцебиття та пульсації в судинах, локального болю у грудях. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 9 (45%) осіб, в ГЖ у 10 (50%) осіб ($p(\chi^2) = 0,75$).

Респіраторні симптоми тривоги було оцінено за наявністю: почуття тиску і стиснення в грудях, відчуття задухи, частих зітхань. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 4 (20%) осіб, в ГК у 14 (70%) осіб ($p(\chi^2) \leq 0,01$).

Гастроінтестинальні симптоми тривоги було оцінено за наявністю: метеоризму, болю у животі, печії, відчуття переповненого шлунка, нудоти, блювання, бурчання в животі, діареї, запорів, порушень апетиту. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 8 (75,0%) осіб, в ГЖ у 2 (60%) осіб ($p(\chi^2) = 0,02$).

Урогенітальні симптоми тривоги було оцінено за наявністю: прискореного сечовипускання, сильних позивів на сечовипускання, дизурії, ніктурії. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 3 (15,0%) осіб, в ГЖ у 4 (20%) осіб ($p(\chi^2) = 0,67$).

Вегетативні симптоми тривоги було оцінено за наявністю: сухості у роті, почервонінню або блідості шкіри, мідріазу, пітливості. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 18 (90%) осіб, в ГЖ у 20 (100%) осіб ($p(\chi^2) = 0,14$).

Поведінку при контакті з лікарем було оцінено за наявністю: неспокійної жестикуляції, тремору, мімічних реакцій, напруженості, частого ковтання слини. В ГЧ аномально високі рівні проявів було відмічено у 13 (65%), в ГЖ у 16 (80%) осіб ($p(\chi^2) = 0,28$).

Таблиця 1

Прояви тривоги в ГЧ та ГЖ за показниками шкали Гамільтона

Показник	ГЧ		$p(\chi^2)$	ГЖ	
	n	%		n	%
Страх	6	30	0,02	13	65
Порушення сну	9	45	0,52	11	55
Когнітивні порушення	7	35	0,49	5	25
Симптоми депресивного стану	12	60	0,07	17	85
Моторні симптоми тривоги	17	85	0,63	18	90
Сенсорні симптоми тривоги	12	68	0,50	14	70
Кардіоваскулярні симптоми тривоги	9	45	0,75	10	50
Респіраторні симптоми тривоги	4	20	≤0,01	14	70
Гастроінтесинальні симптоми тривоги	8	40	0,02	2	10
Урогенітальні симптоми тривоги	3	15	0,67	4	20
Вегетативні симптоми тривоги	18	90	0,14	20	100
Поведінка при контакті з лікарем	13	65	0,28	16	80

Таким чином, аналіз рівнів проявів феноменів асоційованих з тривогою демонструє, що в цілому ГЧ має менший рівень проявів за показниками страху та респіраторних симптомів тривоги; ГЖ мали менший рівень проявів за показником гастроінтестинальних симптомів тривоги.

Далі було проведено оцінку рівнів прояву симптомів дисоціації з використанням адаптованого варіанту шкали дисоціації (табл. 2).

Задля конвертації псевдокількісних даних у якісні, суму балів отриманих за кожним питанням з категорії опитувальника було розділено на кількість питань даної категорії. Особи, які отримали результат більший, ніж 50%, при можливому результаті в інтервалі від 0% до 100%, були марковані як ті, які облігатно демонструють даний феномен, інші – як ті, які демонструють його спорадично (або адекватно обставинам).

Порушення відчуття власного тіла, що було оцінено за наявністю феноменів деперсоналізації (відчуття того, що все, що відбувається з особою – відбувається не з нею, відчуття відчуження від себе, погляду на себе «зі сторони»), було відмічено в ГЧ у 5 (25%) особи, в ГЖ – 13 (65%) особа ($p(\chi^2) = 0,01$).

Порушення сприйняття оточення, що було оцінено за наявністю феноменів дереалізації (відчуття того, що оточення є нереальним, є «декораціями»), проявлялося у 9 (45%) осіб з ГЧ, а в ГЖ – у 15 (45%) осіб, різниця між ГД не є значущою, та знаходиться на рівні $p(\chi^2) = 0,05$.

Порушення відчуття часу було оцінено за порушенням можливості вірної оцінки часу, почуття «розтягування» часу або його «прискорення», проявлялося у 11 (55%) осіб з ГЧ та у 16 (80%) осіб з ГЖ ($p(\chi^2) = 0,09$).

Порушення відчуття болю було оцінено за анестезії ділянок, що не співпадають із зонами іннервації, що відмічали 13 (65%) осіб в ГЧ, та 12 (60%) в ГЖ ($p(\chi^2) = 0,74$).

Прояви порушення пам'яті було оцінено за наявністю амнезії емоційно-значущих обставин отримання травми, які було зареє-

стровано, – відмічали 19 (95%) осіб з ГЧ та 18 (90%) з ГЖ ($p(\chi^2) = 0,54$).

Порушення контролю за поведінкою було оцінено за наявністю імпульсивності, патетичності, манерності, які було зареєстровано в 6 (30%) осіб ГЧ, в ГЖ у 9 (45%) осіб ($p(\chi^2) = 0,32$).

Таблиця 2

Рівні прояву феноменів, асоційованих з дисоціацією, в ГЧ та ГЖ за даними адаптованого варіанту шкали дисоціації

Прояви	ГЧ (n=20)		p (χ^2)	ГЖ (n=20)	
	n	%		n	%
Порушення відчуття власного тіла	5	25	0,01	13	65
Порушення сприйняття оточення	9	45	0,05	15	75
Порушення відчуття часу	11	55	0,09	16	80
Порушення відчуття болю	13	65	0,74	12	60
Порушення пам'яті	19	95	0,54	18	90
Порушення контролю за поведінкою	6	30	0,32	9	45

Згідно з даними адаптованого варіанту шкали дисоціації в ГЖ більш виразними є прояви порушень відчуття власного тіла та порушень сприйняття оточення. За іншими показниками достовірної різниці знайдено не було.

Висновки

Встановлено незначні відмінності між психологічними реакціями на травматичний досвід при травмах щелепно-лицьової ділянки між чоловіками та жінками. Чоловіки мають менший рівень проявів за показниками страху та респіраторних симптомів тривоги, але більший за показником гастроінтестинальних симптомів тривоги. Також чоловіки мають менший рівень порушень відчуття власного тіла та порушень сприйняття оточення.

Отримані дані дозволяють у подальшому внести гендерно-залежні варіації у моделі психологічного супроводу осіб з травматичними ураженнями щелепно-лицьової ділянки.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Afzelius L. E., Rosén C. Facial fractures. A review of 368 cases // Int. J. Oral Surg. 1980. № 9 (1). P. 25–32.
2. Briggs M., Closs J. S. A descriptive study of the use of visual analogue scales and verbal rating scales for the assessment of postoperative pain in orthopedic patients // J. Pain Symptom Manage. 1999. № 18. P. 438–446.
3. Elhammali N., Bremerich A., Rustemeyer J. Demographical and clinical aspects of sports-related maxillofacial and skull base fractures in hospitalized patients // Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 2010. № 39 (9). P. 857–862.
4. Motamedi M. H. An assessment of maxillofacial fractures: a 5-year study of 237 patients // J. Oral. Maxillofac. Surg. 2003. № 61 (1). P. 61–64.
5. Riley J. L., Gilbert G. H. Orofacial pain symptoms: an interaction between age and sex // Pain. 2001. № 90. P. 245–256.
6. Slade G. D., Diatchenko L., Bhalang K. et al. Influence of psychological factors on risk of temporomandibular disorders // J. Dent. Res. 2007. № 86. P. 1120–1125.
7. Sloman R., Wruble A. W., Rosen G., Rom M. Determination of clinically meaningful levels of pain reduction in patients experiencing acute postoperative pain // Pain Manag. Nurs. 2006. № 7. P. 153–158.

РЕЗЮМЕ

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИЙ НА ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОПЫТ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИИ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Семенов Д. М.
Запорожский государственный медицинский университет, Украина

Актуальность. *Травмы челюстно-лицевой области являются одной из центральных медицинских проблем индустриального урбанистического общества. Кроме чисто хирургических методов медицинской помощи лицам с данным типом травматизации, важную роль в процессе восстановления качества жизни и социального функционирования, играют также психологические методы, фокусированные на травматическом опыте, послеоперационной боли и восприятии посттравматических дефектов.*

Цель исследования: *установление гендерных особенностей психологического реагирования на травматический опыт при повреждениях челюстно-лицевой области.*

Материалы и методы исследования. *Исследование проведено в проспективном дизайне на 40 пациентах КУ «Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи» г. Запорожье, которые находились в послеоперационном периоде реконструктивного оперативного вмешательства по поводу травм челюстно-лицевой области.*

Результаты исследования. *По результатам анализа психологического статуса лиц с травматическими поражениями челюстно-лицевой области было 6 вариантов реакций на травматический опыт: недифференцированные отрицательные эмоции, моторные и сенсорные реакции, соматофункциональные реакции, стоматоформные реакции, поведенческие реакции, психосенсорные реакции.*

Выводы. *Установлены незначительные различия между психологическими реакциями на травматический опыт при травмах челюстно-лицевой области между мужчинами и женщинами. Мужчины имеют меньший уровень проявлений по показателям страха и респираторных симптомов тревоги, но больше по показателям гастроинтестинальных симптомов тревоги. Также мужчины имеют меньший уровень нарушений ощущения собственного тела и нарушений восприятия окружения.*

Ключевые слова: *травмы челюстно-лицевой области, травматический опыт, тревога, диссоциация.*

SUMMARY

GENDER FEATURES OF TRAUMATIC EXPERIENCE IN MAXILLOFACIAL TRAUMA

Semenov D.M.
Zaporizhzhya State Medical University, Ukraine

Relevance. *Injuries to the maxillofacial area is one of the most relevant medical problems of industrial society. In addition to surgical methods of medical care for people with this trauma type, an important role is dedicated to psychological methods that focused on traumatic experience, postoperative pain and reactions on post-traumatic defects.*

Aim: *to establish the gender characteristics of psychological response to traumatic experience in injuries of the maxillofacial area.*

Materials and methods. *The study was conducted in prospective design on 40 patients of the City Clinical Hospital for Emergency Care (Zaporizhzhya, Ukraine), who were is in the postoperative period of reconstructive surgery for injuries of the maxillofacial area.*

Study results. *According to the results of the psychological status analysis 6 reaction variants to the traumatic experience were found: undifferentiated negative emotions, motor and sensory reactions, somatofunctional reactions, stomatoform reactions, behavioral reactions, psychosensory reactions.*

Conclusions. *Insignificant differences were found between psychological reactions to traumatic experience in injuries of the maxillofacial region between men and women. Men have a lower level of manifestation of fear and respiratory symptoms of anxiety, but more in terms of gastrointestinal symptoms of anxiety. Men also have a lower level of disturbances in the feeling of their own body and disturbances in the perception of the environment.*

Key words: *maxillofacial injuries, traumatic experience, anxiety, dissociation.*

Авторська довідка

- ***Семенов Денис Михайлович***,
  PhD-аспірант Запорізького державного медичного університету.
- Адреса: проспект Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035.
- Тел.: 050-697-30-78
- E-mail: semdenmix3@gmail.com

- ***Семенов Денис Михайлович***,
  PhD-аспирант Запорожского государственного медицинского университета.
- Адрес: проспект Маяковского, 26, г. Запорожье, 69035.
- Тел.: 050-697-30-78
- E-mail: semdenmix3@gmail.com

- ***Denis Semenov***,
  PhD-student of Zaporizhzhya State Medical University.
- Address: 26, Mayakovsky Ave., Zaporizhzhya, 69035.
- Tel.: 050-697-30-78
- E-mail: semdenmix3@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 16.10.2019

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтесь до редакції журналу info@ujmh.net.

© Дац В.В., Чугунов В.В., 2019
DOI: 10.37321/UJMH.2019.02-04

УДК 616.89-008:616.31-02-053.2]:159.922.73

Дац В.В.[1], Чугунов В.В.[2]

ПСИХОКОРЕКЦІЙНІ ЗАХОДИ, СПРЯМОВАНІ НА НІВЕЛЮВАННЯ ОДОНТОФОБІЧНИХ РЕАКЦІЙ У ДІТЕЙ З АУТИЗМОМ

[1] Запорізький державний медичний університет, Україна, кафедра терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології

[2] Запорізький державний медичний університет, Україна, кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології

Dats V.V.[1], Chuhunov V.V.[2]

PSYCHOCORRECTION INTERVENTIONS, DIRECTED TO LEVELING ONTONOPHOBIC REACTIONS IN CHILDREN WITH AUTISM

[1] Zaporizhzhya State Medical University, Ukraine, Department of Therapeutic, Orthopedic and Pediatric Dentistry

[2] Zaporizhzhya State Medical University, Ukraine, Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Addiction and Sexology

Резюме *Мета роботи – на базі аналізу факторів психопатогенезу одонтофобічних реакцій у дітей з аутизмом розробити таргетну систему їх клінічної корекції.*

Матеріал і методи: було обстежено 30 дітей з різноманітними стоматологічними захворюваннями, що мали супутній діагноз розладів аутистичного спектру та демонстрували реакції одонтофобічного характеру. Детекцію одонтофобічних реакцій було проведено із використанням етологічного методу.

Результати пошуку мішеней психокорекційних втручань на кожному рівні презентації кожного патологічного феномена, що зумовлює розвиток одонтофобічних рекцій у дітей із різним рівнем психічного здоров'я, дозволив сформулювати таргетну модель адаптації до умов стоматологічного прийому.

Висновки: сформовано психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання одонтофобічних рекцій стенічно-негативістичного, ізоляційного та трансафективного типу у дітей з аутизмом шляхом модифікації базових феноменів їх патогенезу (відгородженість, стереотипії та ананкастність).

Ключові слова: *аутизм, дитяча стоматологія, одонтофобічні реакції, психокорекція.*

Вступ. Одним із викликів сучасної дитячої стоматології є надання стоматологічної допомоги дітям, що мають різноманітні порушення психологічного розвитку [1-3].

Одонтофобічні реакції (ОДР) являють собою найбільшу перешкоду реалізації стоматологічних маніпуляцій у практиці дитячої стоматології навіть на контингенті дітей без супутніх психічних відхилень, що зумовлює пошуки стратегій їх ефективного коригування безпосередньо в умовах стоматологічного кабінету. При цьому у дітей із різним рівнем психічного здоров'я (РРПЗ) підходи до корекції ОДР мають різнитися відповідно до особливостей психіки дитини [4,5].

Великий прошарок дітей із порушеннями психологічного розвитку складають діти із розладами аутистичного спектру. Такі діти, окрім ряду специфічних стоматологічних показників, мають певні відмінності і у структурі ОДР [6-9].

Неможливість запобіганню розвитку реакцій одонтофобічного спектру у дітей з аутизмом стандартними методами, що використовуються у сучасній стоматологічній практиці, зумовлює пошук нових методів для корекції ОДР для даної групи пацієнтів.

Мета дослідження – на базі аналізу факторів психопатогенезу ОДР у дітей з аутизмом розробити таргетну систему їх клінічної корекції.

Матеріали і методи. На базі КУ «Обласна клінічна стоматологічна лікарня» ЗОР за умов інформованої згоди батьків та з дотриманням принципів біоетики було обстежено 30 дітей з різноманітними стоматологічними захворюваннями, що мали супутній діагноз розладів аутистичного спектру та демонстрували реакції одонтофобічного характеру. Детекцію ОДР було проведено із використанням етологічного методу.

Результати та їх обговорення.

В рамках розробки моделі психологічної адаптації дітей із аутизмом до умов стоматологічного прийому був проведений аналіз сполучення основних психопатологічних симптомів, що лежать в основі ОДР, і патологічних поведінкових патернів.

Розроблена таргетна модель нівелювання ОДР у дітей із аутизмом, що базується на розробці висококонгруентних стратегій корекції базових феноменів патогенезу, що визначають провідний механізм розвитку ОДР та її тип.

На рівні концептуального аналізу патопсихологічних проявів ОДР у дітей з РРПЗ було встановлено наявність трьох рівнів презентації дезадаптуючих феноменів:

1) біологічний рівень – відображає функціональний та/або органічний базис існування патологічних феноменів і механізми їх екзогенного потенціювання;
2) психологічний рівень – відображає реакцію особистості на наявність патологічного феномена і притаманні даній особистості механізми його психогенного потенціювання;
3) поведінковий рівень – відображає реалізацію патологічного феномена в поведінці і механізми закріплення патологічних патернів поведінки.

Результати пошуку мішеней психокорекційних втручань на кожному рівні презентації кожного патологічного феномена, що зумовлює розвиток ОДР у дітей із РРПЗ, дозволив сформулювати таргетну модель адаптації до умов стоматологічного прийому.

Сформовано психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОДР стенічно-негативістичного типу у дітей з аутизмом. Оскільки базовим феноменом патогенезу ОДР стенічно-негативістичного типу виступає відгородженість, для даного феномену були встановлені особливості його презентації на трьох рівнях, та підібрано конгруентні механізми корекції.

Основними мішенями корекції ОДР стенічно-негативістичного типу у дітей з аутизмом виступили: внутрішній комунікативний бар'єр, що стає на заваді у побудові комплаєнтних взаємовідносин із лікарем-стоматологом, активне, агресивне протиставлення себе лікарю-стоматологу та іншим співробітникам стоматологічного кабінету, уникання комунікативних практик.

Основними механізмами корекції ОДР стенічно-негативістичного типу у дітей з аутизмом виступили: створення мотивації до спілкування та встановлення контакту із лікарем-стоматологом, формування уявлення про нормальність інтраверсивних проявів, що не стають на заваді у формуванні комплаєнсу з лікарем, навчання парціальній реалізації комунікативних практик, гранично достатніх для встановлення контакту з лікарем-стоматологом.

Необхідний масив психокорекційних заходів для нівелювання ОДР стенічно-негативістичного типу у дітей з аутизмом наведено у табл. 1

Таблиця 1

Таргетна адаптація дітей з аутизмом (відгородженість)

рівень / фактор	біологічний	психологічний	поведінковий
патологічний механізм	зниження базових потреб у адекватній соціальній інтеграції	відчуття аутоізоляції, відчуженості, нерозуміння з боку працівників стоматологічного кабінету	відмова від спілкування із лікарем, що ускладнює або унеможливлює провадження стоматологічних процедур
мішень корекції	внутрішній комунікативний бар'єр, що стає на заваді у побудові комплаєнтних взаємовідносин із лікарем-стоматологом	активне, агресивне протиставлення себе лікарю-стоматологу та іншим співробітникам стоматологічного кабінету	уникання комунікативних практик
механізм корекції	створення мотивації до спілкування та встановлення контакту із лікарем-стоматологом	формування уявлення про нормальність інтраверсивних проявів, що не стають на заваді у формуванні комплаєнсу з лікарем	навчання парціальній реалізації комунікативних практик, гранично достатніх для встановлення контакту з лікарем-стоматологом

Сформовано психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОДР ізоляційного типу у дітей з аутизмом. Оскільки базовим феноменом патогенезу ОДР ізоляційного типу виступають стереотипії, для даного феномену були встановлені особливості його презентації на трьох рівнях, та підібрано конгруентні механізми корекції.

Основними мішенями корекції ОДР ізоляційного типу у дітей з аутизмом виступили: персистенція мононаправленої стимуляції у нервовій системі, почуття провини, потенціююче внутрішнє напруження, негативна аутоперцепція даної особистісної властивості та відчуття неприязні до працівників стоматологічного кабінету, інконгруентність стереотипної діяльності умовам провадження діагностичних та лікувальних стоматологічних процедур.

Основними механізмами корекції ОДР ізоляційного типу у дітей з аутизмом виступили: формування конкуруючого вогнища збудження у нервовій системі, роз'яснювальні бесіди, що допомагають дитині усвідомити свої особливості, що не являються абсолютно патологічними, проте є незвичними для оточуючих та можуть бути ситуативно інконгруентними, зміна модусу стереотипної діяльності з інконгруентних провадженню стоматологічних маніпуляцій на такі, що не заважають їх реалізації.

Необхідний масив психокорекційних заходів для нівелювання ОДР ізоляційного типу у дітей з аутизмом наведено у табл. 2.

Таблиця 2

Таргетна адаптація дітей з аутизмом (стереотипії)

рівень / фактор	біологічний	психологічний	поведінковий
патологічний механізм	формування стійкого вогнища збудження	фрустрація від неусвідомлення співробітниками стоматологічного кабінету потреб до одноманітної діяльності	виконання стереотипних дій, що ускладнюють або унеможливлюють проведення стоматологічних маніпуляцій

Продовження таблиці

рівень / фактор	біологічний	психологічний	поведінковий
мішень корекції	персистенція мононаправленої стимуляції у нервовій системі	негативна аутоперцепція даної особистісної властивості та відчуття неприязні до працівників стоматологічного кабінету	інконгруентність стереотипної діяльності умовам провадження діагностичних та лікувальних стоматологічних процедур
механізм корекції	формування конкуруючого вогнища збудження у нервовій системі	роз'яснювальні бесіди, що допомагають дитині усвідомити свої особливості, що не являються абсолютно патологічними, проте є незвичними для оточуючих та можуть бути ситуативно інконгруентними	зміна модусу стереотипної діяльності з інконгруентних провадженню стоматологічних маніпуляцій на такі, що не заважають їх реалізації

Сформовано психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОДР трансафективного типу у дітей з аутизмом. Оскільки базовим феноменом патогенезу ОДР трансафективного типу виступає ананкастність, для даного феномену були встановлені особливості його презентації на трьох рівнях, та підібрано конгруентні механізми корекції.

Основними мішенями корекції ОДР трансафективного типу у дітей з аутизмом виступили: труднощі у переключенні асоціативних процесів та біхевіоральних актів, почуття провини, потенціююче внутрішнє напруження, неприязнь до умов стоматологічного прийому, схильність до дисфоричних реакцій та опозиційної поведінки.

Основними механізмами корекції ОДР трансафективного типу у дітей з аутизмом виступили: активуюча психотерапія, завчасне знайомство дитини з обстановкою стоматологічного кабінету, детальне пояснення причин та етапів стоматологічного втручання, обговорення з дитиною окремих аспектів стоматологічного втручання, надання їй можливості самостійно робити вибір у деяких з них.

Необхідний масив психокорекційних заходів для нівелювання ОДР трансафективного типу у дітей з аутизмом наведено у табл. 3.

Таблиця 3

Таргетна адаптація дітей з аутизмом (ананкастність)

рівень / фактор	біологічний	психологічний	поведінковий
патологічний механізм	ригідність перебігу психічних процесів	відгородження від нової, а тому, на думку дитини, неприйнятної обстановки стоматологічного кабінету	активний супротив діагностичним та лікувальним стоматологічним процедурам
мішень корекції	труднощі у переключенні асоціативних процесів та біхевіоральних актів	неприязнь до умов стоматологічного прийому	схильність до дисфоричних реакцій та опозиційної поведінки

Продовження таблиці

рівень / фактор	біологічний	психологічний	поведінковий
механізм корекції	активуюча психотерапія	завчасне знайомство дитини з обстановкою стоматологічного кабінету, детальне пояснення причин та етапів стоматологічного втручання	обговорення з дитиною окремих аспектів стоматологічного втручання, надання їй можливості самостійно робити вибір у деяких з них

Висновки

Сформовано психокорекційні заходи, спрямовані на нівелювання ОДР у дітей з аутизмом.

Основними механізмами корекції ОДР стенічно-негативістичного типу у дітей з аутизмом виступили: створення мотивації до спілкування та встановлення контакту із лікарем-стоматологом, формування уявлення про нормальність інтраверсивних проявів, що не стають на заваді у формуванні комплаєнсу з лікарем, навчання парціальній реалізації комунікативних практик, гранично достатніх для встановлення контакту з лікарем-стоматологом.

Основними механізмами корекції ОДР ізоляційного типу у дітей з аутизмом виступили: формування конкуруючого вогнища збудження у нервовій системі, роз'яснювальні бесіди, що допомагають дитині усвідомити свої особливості, що не являються абсолютно патологічними, проте є незвичними для оточуючих та можуть бути ситуативно інконгруентними, зміна модусу стереотипної діяльності з інконгруентних провадженню стоматологічних маніпуляцій на такі, що не заважають їх реалізації.

Основними механізмами корекції ОДР трансафективного типу у дітей з аутизмом виступили: активуюча психотерапія, завчасне знайомство дитини з обстановкою стоматологічного кабінету, детальне пояснення причин та етапів стоматологічного втручання, обговорення з дитиною окремих аспектів стоматологічного втручання, надання їй можливості самостійно робити вибір у деяких з них.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Morales-Chávez M. C. Oral Health Assessment of a Group of Children with Autism Disorder // Journal of Clinical Pediatric Dentistry. 2017. Т. 41. №. 2. С. 147–149.
2. Hidas A. et al. Oral health status, salivary flow rate and salivary quality in children, adolescents and young adults with ADHD // Archives of oral biology. 2011. Т. 56. №. 10. С. 1137–1141.
3. Скрипник Ю. В., Якубова І. І. Ефективність лікувально-профілактичного комплексу для профілактики захворювань твердих тканин зубів у дітей із затримкою психічного розвитку // Современная стоматология. 2014. №. 5. С. 46–51.
4. Дац В. В. Особливості стоматологічного статусу у дітей з різним рівнем психічного здоров'я // Сучасна стоматологія. 2019. № 2. С. 46–49.
5. Чугунов В. В., Дац В. В., Скрипник А. С. Одонтофобічні реакції у дітей з різним рівнем психічного здоровя: класифікація, патогенз та клінічне наповнення // Медична психологія. 2019. № 1. С. 45–47.
6. Ципан С. Б., Василенко О. І., Якубова І. І. Аналіз стоматологічної захворюваності дітей з розладами аутистичного спектру // Современная стоматология. 2014. №. 1. С. 79–83.
7. Tong H. J. et al. Factors influencing the inclusion of oral health education in individualized education plans of children with autism spectrum disorders in Singapore // International journal of paediatric dentistry. 2017. Т. 27. №. 4. С. 255–263.

8. Thomas N. et al. Autism and primary care dentistry: parents' experiences of taking children with autism or working diagnosis of autism for dental examinations // International journal of paediatric dentistry. 2018. Т. 28. №. 2. С. 226–238.
9. Planerova A., Philip S., Elad S. Gingival bleeding in a patient with autism spectrum disorder: A key finding leading to a diagnosis of scurvy // Quintessence International. 2017. Т. 48. №. 5. P. 407–411.

РЕЗЮМЕ

ПСИХОКОРРЕКЦИОННЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА, НАПРАВЛЕННЫЕ НА НИВЕЛИРОВАНИЕ ОДОНТОФОБИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ У ДЕТЕЙ С АУТИЗМОМ

Дац В.В.[1], Чугунов В.В.[2]
[1] Запорожский государственный медицинский университет, Украина, кафедра терапевтической, ортопедической и детской стоматологии

[2] Запорожский государственный медицинский университет, Украина, кафедра психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии

Цель работы *– на основании анализа факторов психопатогенеза одонтофобических реакций у детей с аутизмом разработать таргетную систему их клинической коррекции.*
Материал и методы: *были обследованы 30 детей с различными стоматологическими заболеваниями, которые имели сопутствующий диагноз расстройств аутистического спектра и демонстрировали реакции одонтофобического характера. Детекция одонтофобических реакций была проведена с использованием этологического метода.*
Результаты поиска мишеней *психокоррекционных вмешательств на каждом уровне презентации каждого патологического феномена, которые обуславливают развитие одонтофобических реакций у детей с разным уровнем психического здоровья, позволяют сформулировать таргетную модель адаптации к условиям стоматологического приема.*
Выводы: *сформулированы психокоррекционные вмешательства, направленные на нивелирование одонтофобических реакций стенично-негативистического, изоляционного и трансафективного типа у детей с аутизмом путем модификации базовых феноменов их патогенеза (отгороженность, стереотипии и ананкастность).*

Ключевые слова: *аутизм, детская стоматология, одонтофобические реакции, психокоррекция.*

SUMMARY

PSYCHOCORRECTION INTERVENTIONS, DIRECTED TO LEVELING ONTONOPHOBIC REACTIONS IN CHILDREN WITH AUTISM

Dats V.V.[1], Chuhunov V.V.[2]
[1] Zaporizhzhya State Medical University, Ukraine, Department of Therapeutic, Orthopedic and Pediatric Dentistry

[2] Zaporizhzhya State Medical University, Ukraine, Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Addiction and Sexology

Aim of the study *was to form target system of clinical correction, based on the analysis of pathogenesis factors of odontophobic reactions in children with autism.*
Materials and methods: *30 children with various dental diseases which had a concomitant diagnosis of autism spectrum disorders and showed odontophobic reactions were examined. The detection of odontophobic reactions was performed using the ethological method.*
The results of the search *for targets for psychocorrection interventions at each level of presentation of each pathological phenomenon, which determine the development of odontophobic reactions in children with different levels of mental health, allow us to formulate a targeted model of adaptation to the conditions of dental admission.*
Conclusions: *psychocorrection interventions aimed at leveling odontophobic reactions of stenic-negativistic, insulating and transaffective type in children with autism are formulated by modifying the basic phenomena of their pathogenesis (fencing, stereotypes, and anancasms).*

Key words: *autism, children dentistry, odontophobic reactions, psychocorrection.*

АВТОРСЬКА ДОВІДКА

- ***Дац Валерія Валеріївна***
  – очний аспірант кафедри терапевтичної, ортопедичної та дитячої стоматології Запорізького державного медичного університету.
- Адреса: проспект Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035.
- Тел.: 066-741-34-46,
- E-mail: dr.dats@ukr.net

- ***Дац Валерия Валериевна***
  – очный аспирант кафедры терапевтической, ортопедической и детской стоматологии Запорожского государственного медицинского университета.
- Адрес: проспект Маяковского, 26, г. Запорожье, 69035.
- Тел.: 066-741-34-46,
- E-mail: dr.dats@ukr.net

- ***Dats Valeriia***
  – Post-graduate student of the Department of Therapeutic, Orthopedic and Pediatric Dentistry of Zaporizhzhya State Medical University.
- Address: 26, Mayakovsky Ave., Zaporizhzhya, 69035.
- Tel.: 066-741-34-46,
- E-mail: dr.dats@ukr.net

- ***Чугунов Вадим Віталійович***
  – Запорізький державний медичний університет, кафедра психіатрії, психотерапії, загальної та медичної психології, наркології та сексології.
- Адреса: проспект Маяковського, 26, м. Запоріжжя, 69035.
- Тел.: 067-576-71-00
- E-mail: nulp_board@ukr.net

- ***Чугунов Вадим Виталиевич***
  – Запорожский государственный медицинский университет, кафедра психиатрии, психотерапии, общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии.
- Адрес: проспект Маяковского, 26, г. Запорожье, 69035.
- Тел.: 067-576-71-00
- E-mail: nulp_board@ukr.net

- ***Chuhunov Vadim***
  – Zaporizhzhya State Medical University, Department of Psychiatry, Psychotherapy, General and Medical Psychology, Narcology and Sexology.
- Address: 26, Mayakovsky Ave., Zaporizhzhya, 69035.
- Tel.: 067-576-71-00
- E-mail: nulp_board@ukr.net

Стаття надійшла до редакції 19.10.2019

У разі виникнення питань до автора статті, звертайтесь до редакції журналу info@ujmh.net.

© Бессмертный А. В., 2019
DOI: 10.37321/UJMH.2019.02-05

УДК 615.851

Бессмертный А. В.

СТЫКОВОЧНЫЙ СЦЕНАРИЙ В ПСИХОТЕРАПИИ КАК СПОСОБ ФОРМИРОВАНИЯ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ЕЁ РЕЗУЛЬТАТАХ (ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ АСПЕКТ)

Проект «Профессия Психолог» obucheniepsihoterapii.com, Харьков, Украина

Bezsmertnyi A.V.

DOCKING SCENARIO IN PSYCHOTHERAPY AS A WAY OF FORMING REPRESENTATIONS ABOUT ITS RESULTS (PSYCHOEDUCATION ASPECT)

Project "Profession Psychologist" obucheniepsihoterapii.com, Kharkiv, Ukraine

Резюме *Цель исследования – разработать, внедрить и апробировать новый формат психообразования перед сеансами психотерапии – стыковочный сценарий. Он позволяет за короткое время сформировать у клиентов, пациентов и их близкого окружения представления о том, как и почему им становится легче.*

Материал и методы: в исследования вошли 67 человек донозологической представленности (50 женщин и 17 мужчин) возрастом от 21 до 50 лет. Обследования проводились с января 2017 по ноябрь 2019 года на базе ИКЦ «Психометрика» (Санкт-Петербург, РФ).

Задействованы традиционные для психологической практики методы: наблюдение, опрос, беседа, нарративное интервью, анкетирование, математический анализа статистических данных.

В результате определена большая приверженность психотерапии и повышенная динамика психотерапевтического процесса в целом среди лиц, усвоивших стыковочный сценарий, в сопоставлении с данными по контрольной группе.

Выводы. Очевидна перспективность внедрения данного формата психообразования в клиническую (соматическую, неврологическую и психиатрическую) практику с целью получения новых данных для масштабирования имеющегося арсенала психотерапии.

Ключевые слова: *стыковочный сценарий, психообразование, результаты психотерапии, эффективность психотерапии, подготовка к психотерапии.*

Введение. На сегодняшний день психотерапия как дисциплина сочетает в себе достаточное количество достижений из наук, апеллирующих к мозгу и психике. Пресыщенность пробами и ошибками приводит исследователей эффективности психотерапевтического сопровождения к поиску достоверных предпосылок, имеющих непосредственное отношение к этологии страдающего [1].

Переизбыток т.н.з. «модных диагнозов», интернет-самокурация, стихийные обращения людей к врачам, психологам и маргинальным практикам, приобщение к самоназначению лекарств создают препятствия для получения не искажённой, максимально реалистичной информации важной для всех участников психотерапии [2].

На первичном частном приёме или в рутинной практике очень много времени

уходит на развенчивание мифов о том или ином методе психотерапии, об истинных (стержневых) причинах обращения. Традиционные (чаще – печатные) варианты оповещения не способны в корне изменить ситуацию с формализацией и узкой направленностью психообразования среди людей, страдающих психопатологией [3].

Поскольку в рутинной практике на объяснение вышеизложенного уходит практически всё время экспресс-приёма. А в частной психотерапии – требуется дополнительное время или же вовсе – расширение продолжительности всего цикла психотерапии (в виду неправильно распознаваемых мишеней) и общего модуса суппорта, а также не конгруэнтно сформулированных желаемых результатов.

Существует великое множество способов объяснить клиенту / пациенту и его родственникам зачем на самом деле они обращаются за помощью, какова роль специалиста, из чего состоит психотерапия изнутри, почему именно такой подход к конкретной проблеме конкретного человека, а также чем априори завершится каждый из этапов помощи и вся психотерапия в целом.

В научной литературе введено словосочетание «стыковочный сценарий», принадлежащее Р. Д. Тукаеву [4]. Автор применяет его в контексте подготовительного этапа перед сеансами универсальной (интегративно-диалоговой) гипнотерапии. Также указывается, что стыковочный сценарий является способом, позволяющим заполнить семантические, логические разрывы в представлениях клиента о том, что его ждёт на сеансах гипноза с целью облегчения страдания.

Стыковочный сценарий предлагается клиенту в самом начале оказываемой помощи и включает: структуру предстоящей гипнотизации и гипнотерапии, содержание каждого отдельного её этапа, понятийный аппарат гипнотерапии, семантическую связь с актуальной «моделью болезни и терапии» [5].

Ввиду того, что не с каждым клиентом / пациентом специалисты применяют гипноз (учитывая индивидуализированный подбор методов / методик / практик с расчётом психофеноменологического профиля) [6, 7], мы поставили задачу расширить границы применяемого подхода для всех нуждающихся в психотерапии. Таким образом, мы намерены улучшить ситуацию с не совсем рационально используемым временем на приёмах и дополнить психообразовательный арсенал унифицированными примерами действий в кабинете специалиста.

Цель исследования – разработать, внедрить и апробировать универсальный научно обоснованный вариант стыковочного сценария, адаптированный для частной психотерапевтической практики с клиентами донозологического кластера.

Материалы и методы исследования. В период с января 2017 по ноябрь 2019 года на базе ИКЦ «Психометрика» (Санкт-Петербург) обследовано 67 человек (50 женщин и 17 мужчин) возрастом от 21 до 50 лет.

Основные характеристики контингентов и проблем, с которыми они обращались на условиях соблюдения конфиденциальности:

- женщины от 21 до 50 лет, переживающие разрыв партнёрских значимых отношений, развод, физическую утрату близких людей, сексуальное, психологическое насилие;
- женщины и мужчины от 23 до 30 лет, которым трудно съехать от родителей, начать самостоятельную жизнь и сформулировать то, чего они хотят в личной жизни и профессии;
- женщины от 18 до 40 лет, у которых есть проблемы глотания во время принятия пищи;
- мужчины и женщины от 22 до 37 лет, принимающие много лет медикаменты, которые им назначили стихийно или занимающиеся самолечением психических проблем.

В данном исследовании не приводится подробный социально-демографический анализ контингентов, поскольку эти параметры не являются ключевыми для выводов. Никто из клиентов ранее не находился

в поле зрения врачей-психиатров, но более 35% данной выборки эпизодически посещали психологов или маргинальных практиков в разное время жизни.

Участники исследования разделены на 2 группы. В первой – 35 человек (из них 25 – женщин и 10 – мужчин), внедрили разработанный стыковочный сценарий, а во второй (32 человека, из которых 25 – женщин и 7 – мужчин) – проходили приёмы по стандартным консультативно-психологическим принципам.

Задействованы традиционные для психологической практики методы: наблюдение, опрос, беседа, нарративное интервью, анкетирование, математический анализ статистических данных.

Результаты и их обсуждение. Замеры обратной связи до и после внедрения разработанного стыковочного сценария проводились по анкете и с помощью интервью, для сравнения показателей понятливости содержания психологической проблемы, её влияния на внешние параметры качества жизни, а также логики и путей выхода из сложных обстоятельств, и общей динамики изменений в течение первых трёх психотерапевтических встреч.

Основные идеи, повлиявшие на формулирование текста стыковочного сценария (проговариваем клиенту устно): разделение представлений о «внутреннем мире» и внешней предметной действительности / внешнем поведении (что говорит, что делает); иллюстрации причинно-следственных связей влияния внешних обстоятельств на природу внутренних дискомфортных переживаний; упорядочить представления о психотерапии и вероятных результатах.

Научной основой текста являются исследования И.П. Павлова, С.Л. Рубинштейна, А.Н. Леонтьева, Л.С. Выготского, Д.В. Русланова, В.В. Чугунова, О.С. Чабана, В.В. Нурковой, Ж. Беккио, Б. Суареза, С. Пурше, а также собственные наработки из частной и клинической психотерапии, сформулированные в результате анализа сложных и спорных случаев из профессиональной практики.

Текст предложенного к апробации стыковочного сценария

(А.В. Бессмертный, А.В. Пилипенко, 2019)

«…Сейчас, коротко, хочу объяснить несколько принципов-тезисов, по которым наше взаимодействие будет наиболее успешным. Цель принципов – создать условия, в которых мы можем слышать друг друга более ясно и чётче; быть внимательнее к тому, о чём и как говорим; понять причины и искажения высказываний.

Так будет проще распознать ваши истинные намерения; понять, что их тормозит, и к каким результатам сможем прийти по итогу совместного сотрудничества.

Проще говоря, важно, чтобы «ваша психика стала на рельсы и двинулась в нужном направлении без страданий». Можете задавать вопросы в любой момент и уточнять, что не понятно.

Тезис 1. «Внешний предметный мир первичен». Мы всегда можем описать конкретным предметным языком то, что нас окружает. В этом нам помогают органы чувств, в большей степени – зрение, слух и прикосновения. Для примера вы можете описать 1-2 объекта, которые окружают нас сейчас, по принципу: «как называется, цвет, форма, размер, для чего используется во внешнем предметном мире». Если мы говорим о людях, то описываем их внешние проявления по принципу: «что говорит и что делает человек во внешнем мире». Очень хорошо!

Тезис 2. «Личность – не структура, а функция и / или момент отражения какого-то отдельного аспекта внешнего предметного мира». Проще говоря, личность – зеркало. Мы можем отчётливо наблюдать лишь часть предметов внешней действительности, которая лежит в поле нашего обозрения. Другие части как бы выпадают. Давайте так. Предлагаю сейчас посмотреть на пишущую ручку в моей руке. Прекрасно! А теперь ответьте, пожалуйста, на вопрос. На что именно вы смотрели? На стержень? На колпачок? А быть может, вы смотрели как бы немного отдалённо на всю ручку цели-

ком? Что скажете? А ведь почему так происходит? На ваше восприятие мира сейчас влияет эмоция, воспоминания из недалёкого прошлого, а быть может вас что-то гнетёт, волнует, беспокоит страдание? Отсюда рождается следующий тезис.

Тезис 3. «Есть боль, а есть страдание. Боль – всегда снаружи, а страдание – внутри». Больно, это когда есть внешнее воздействие. Например, вы случайно промахнулись молотком и ударили по пальцу. Сдавили нервы и потому испытали боль. А что есть страдание? Под страданием мы понимаем эмоционально-чувственный дискомфорт, ощутимый телом. Как будто колет, тянет или режет, хотя извне ничего такого не происходит. Просто корешки нервов внутри привычно напрягаются под шёпот нейронов, сообщающих о небезопасности. И мы испытываем обиду, вину, злость, страх, отвращение, стыд или что-то иное дискомфортное. То, что так важно выразить, но у нас самостоятельно это не получается. И мы приходим к другому человеку. В этот момент наше внимание работает по-другому. Отсюда следующий тезис.

Тезис 4. «Когда мы страдаем, практически всё наше внимание направлено не во вне, а внутрь себя». Все учёные в голос утверждают, что порядка 70% внутреннего внимания из-за страданий «поедают» нашу энергичность, активность. Мы по кругу прогоняем наш «невроз». Как это заметить? Посмотрите на его взгляд. В психиатрии этот взгляд называют «глазным аутизмом». Это значит, что человек физически рядом с вами, а психически где-то далеко – в своих мыслях, грёзах, эмоциях, страданиях… Он здесь и не здесь одновременно. С вами, и не с вами. Ему мешает страдание, которое нужно выразить во вне, чтобы внимание человека вернулось в ясное и чёткое созерцание. Поэтому мы всегда говорим, что цель психотерапии – вытянуть внимание человека изнутри наружу. Психотерапия сокращает путь за счёт того, что позволяет создать настроение повышенной внушаемости, минуя критическое мышление.

Тезис 5. «Если страдание – внутри, а внешний предметный мир первичен. Если психотерапия позволяет вернуть внимание во вне… То, можно сделать конкретное направленное действие, чтобы больше не страдать». И тут привожу пример со стулом. Представьте дизайн комнаты. Перед выходом из комнаты стоит стул с поломанной ножкой. Преграждает путь. Вы постоянно бьётесь мизинцем ноги об этот стул, потому как «лучшего» места для него не нашли. Всякий раз страдаете. А ведь выхода из ситуации всего два – либо выбросить стул, либо отремонтировать и найти для него более подходящее место. Тогда страдать никто не будет. Однако, чтобы что-то изменилось, важно совершить действие. Теперь мы подходим к финальному тезису.

Тезис 6. «Сначала действие, а затем – состояние». Вы никогда не станете чемпионом, пока физически не пересечёте финишную прямую. Ведь сколько не представляй и не воображай себя чемпионом, ничего не выйдет, стоя на одном месте. Вы испытаете состояние после того, как совершите действие.

Таким образом, психотерапия – это созданное в кабинете состояние / настроение повышенной внушаемости, в котором возможно редактировать личностный опыт (аспект / момент отражения внешней объективной действительности) и внешнее поведение человека. И для того, чтобы всё это произошло, мы проведём многомерную диагностику страдания (внутреннюю) и диагностику внешнего поведения, а также обучим навыкам того, как и в каком порядке и как именно с этим всем справиться».

Сравнительные результаты оценки эффективности применения стыковочного сценария перед сеансами психотерапии на донозологической выборке представлены ниже – в табл. 1.

Таблица 1

Эффективность применения стыковочного сценария

Параметр	основная группа 1 (n = 35)		контрольная группа 2 (n = 32)	
	до сценария	со сценарием	до сценария	без сценария
Осведомлённость	невысокая	> на 45%	невысокая	> на 7%
Замотивированность	средняя	> на 31%	средняя	> на 14%
Критичность	невысокая	> на 19%	невысокая	без перемен
Понятливость	низкая	> на 57%	низкая	> на 7%
Сотрудничество	низкое	> на 67%	низкое	> на 23%
Инициативность	низкая	> на 32%	низкая	без перемен
Наглядно-образный стиль	высокий	< на 69%	высокий	высокий
Наглядно-действенный стиль	низкий	> на 57%	низкий	> на 11%
Растянутость приёма	средняя	< на 82%	средняя	средняя
Динамичность приёма	низкая	> на 47%	низкая	средняя
Общее число приёмов	–	среднее 14	–	среднее 23

Выводы

1. В результате разработки и апробации стыковочного сценария, внедрённого нами перед сеансами психотерапии, очевидна большая приверженность психотерапии у клиентов основной группы и повышенная динамика психотерапевтического процесса в целом, в сопоставлении с данными по контрольной группе.
2. На психодиагностической консультации у клиентов первой группы выработался наглядно-действенный стиль мышления, в отличие от перманентного наглядно-образного – во второй группе. Это выражалось в способности сенсорно описывать собственные действия с минимальной погрешностью по времени; ясно и лаконично проговаривать запрос на психотерапию через внешние желаемые вариации поведения; а также проявлять большую заинтересованность к содержанию каждого этапа оказываемой помощи.
3. Удалось сократить время на неконструктивные диалоги в условиях психотерапевтического приёма и внедрить в частную практику унифицированный поминутный план первичной консультации для клиентов в донозологическом кластере. Повысить качество обратной связи в специальных клиентских чатах и выработать достаточно прочный стиль сотрудничества с последующим сокращением всего цикла психотерапии.

В данной публикации представлен финальный вариант редакции стыковочного сценария, апробированный более чем на 80 клиентах (донозология), а также включён в 2 образовательных интенсива для профессионалов: «Гипноз в психотерапии. От запроса – к результату» (А.В. Бессмертный, 2017, 2018) и «Профессия Психолог: Смыслы Психотерапии» (А.В. Бессмертный, И.М. Киндеров, 2019), которые прошли уже более 70 врачей и психологов.

Мы видим перспективу внедрения данного формата психообразования в клиническую (соматическую, неврологическую и психиатрическую) практику с целью получения новых данных для масштабирования имеющегося арсенала психотерапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Этология в психиатрии / А. Н. Корнетов и др. К. : Здоровье, 1990. 217 с.
2. Чугунов В. В. Клиника и дисциплинарная история психотерапии: 2-е изд., стереотип. К. : Здоров'я; Х. : Око – Наука, 2008. 768 с.
3. Кожина А. М., Кришталь В. Е., Сухоиванова Е. И. Психообразование как неотъемлемая составляющая медико-психологической реабилитации больных шизофренией // Украинский вестник психоневрологии. 2012. Т. 20, вып. 1 (70). С. 44–45.
4. Tukaev R. D. Research on the effectiveness of the universal hypnotherapy model // Continuity versus creative response to challenge: the primacy of resilience and resourcefulness in life and therapy / ed. by M. J. Selinski, K. M. Gow. New York : Nova Science Publishers, Inc., 2011. P. 499–520.
5. Тукаев Р. Д., Кузнецов В. Е. Универсальная гипнотерапия и психотерапия на основе полноты осознания (mindfulness): сходства, различия, терапевтические перспективы. Часть 1 // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23, №1. С. 59–64.
6. Заседа Ю. И., Городокин А. Д. Психофеноменологический профиль как фактор и предиктор персонализации системы психотерапии // Journal of Education, Health and Sport. 2015. № 5 (9). P. 191–208.
7. Чугунов В. В. Психотерапевтический диагноз. 3-е изд., расширенное. Х. : Наука, 2014 / 2015. 536 с.

РЕЗЮМЕ

СТИКУВАЛЬНИЙ СЦЕНАРІЙ В ПСИХОТЕРАПІЇ ЯК СПОСІБ ФОРМУВАННЯ УЯВЛЕНЬ ПРО ЇЇ РЕЗУЛЬТАТИ (ПСИХООСВІТНІЙ АСПЕКТ)

Безсмертний А. В.
Проект «Професія Психолог» obucheniepsihoterapii.com, Харків, Україна

Мета дослідження – розробити, впровадити і апробувати новий формат психоосвіти перед сеансами психотерапії – стикувальний сценарій. Він дозволяє за короткий час сформувати у клієнтів, пацієнтів і їх близького оточення уявлення про те, як і чому їм стає легше.

Матеріал і методи. До дослідження увійшли 67 осіб донозологічної представленості (50 жінок і 17 чоловіків) віком від 21 до 50 років. Обстеження проводились з січня 2017 по листопад 2019 року на базі ІКЦ «Психометрика» (Санкт-Петербург, РФ).

Задіяні традиційні для психологічної практики методи: спостереження, опитування, бесіда, наративне інтерв'ю, анкетування, математичний аналіз статистичних даних.

В результаті виражена велика прихильність психотерапії і підвищена динаміка психотерапевтичного процесу в цілому серед осіб, які засвоїли стикувальний сценарій, у співставленні з даними по контрольній групі.

Висновки. Очевидна перспективність впровадження даного формату психоосвіти в клінічну (соматичну, неврологічну і психіатричну) практику з метою отримання нових даних для масштабування наявного арсеналу психотерапії.

Ключові слова: стикувальний сценарій, психоосвіта, результати психотерапії, ефективність психотерапії, підготовка до психотерапії.

SUMMARY

DOCKING SCENARIO IN PSYCHOTHERAPY AS A WAY OF FORMING REPRESENTATIONS ABOUT ITS RESULTS (PSYCHOEDUCATION ASPECT)

Bezsmertnyi A.V.
Project "Profession Psychologist" obucheniepsihoterapii.com, Kharkiv, Ukraine

The purpose of the study *is to develop, implement and test a new format of psycho-education before psychotherapy sessions – a docking scenario. It allows in a short time to form ideas about how and why it becomes easier for them, clients and patients and their close environment.*
The study ***materials and methods*** *included 67 people of prenosological representation (50 women and 17 men) aged 21 to 50 years. Surveys were conducted from January 2017 to November 2019 on the basis of the ICC «Psychometrics» (St. Petersburg, Russia).*
The methods traditional for psychological practice are involved: observation, questioning, conversation, narrative interviews, questionnaires, mathematical analysis of statistical data.
As ***a result****, a greater adherence to psychotherapy and an increased dynamic of the psychotherapeutic process as a whole among people who have mastered the docking scenario are determined in comparison with the data for the control group.*
Conclusions. *The prospects of introducing this format of psychoeducation into clinical (somatic, neurological and psychiatric) practice are obvious in order to obtain new data for and scale up the existing arsenal of psychotherapy.*
Key words: *docking scenario, psychoeducation, results of psychotherapy, effectiveness of psychotherapy, preparation for psychotherapy.*

АВТОРСЬКА ДОВІДКА

- ***Бессмертный Александр Владимирович*** – медицинский психолог, кандидат психологических наук. Проект «Профессия Психолог» obucheniepsihoterapii.com (г. Харьков, Украина).
- Конт. тел.: +79969995966
- E-mail: alexandr.bessmertnyi@gmail.com

- ***Безсмертний Олександр Володимирович*** – медичний психолог, кандидат психологічних наук. Проект «Професія Психолог» obucheniepsihoterapii.com (м. Харків, Україна).
- Конт. тел .: +79969995966
- E-mail: alexandr.bessmertnyi@gmail.com

- ***Bessmertnyi Oleksandr*** – medical psychologist, candidate of psychological sciences. Project «Profession Psychologist» obucheniepsihoterapii.com (Kharkiv, Ukraine).
- Cont. tel .: +79969995966
- E-mail: alexandr.bessmertnyi@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 21.10.2019
У разі виникнення питань до автора статті, звертайтесь до редакції журналу ceomenshealth@gmail.com.

© Yu. I. Zasieda, 2019
DOI: 10.37321/UJMH.2019.02-06

УДК 615.837.3+611.018.52:616.69-008.14

Yu. I. Zasieda

COMBINATION OF PLATELET RICH PLASMA, LOW-INTENSITY PULSED ULTRASOUND AND SILDENAFIL ORAL SPRAY IN TREATMENT OF ERECTILE DYSFUNCTION

Заєда Ю.І.

ПОЄДНАННЯ АУТОПЛАЗМИ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАРНИМИ ФАКТОРАМИ РОСТУ, НИЗЬКОІНТЕНСИВНОГО ІМПУЛЬСНОГО УЛЬТРАЗВУКУ ТА ОРАЛЬНОГО СПРЕЮ СІЛДЕНАФІЛУ ПРИ ЛІКУВАННІ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Клініка «Мужское Здоровье», Київ, Україна

Summary *Relevance. Some non-pharmacological methods, such as low-intensity pulsed ultrasound (LIPUS) proved to be effective in ED treatment due to stimulation of penile tissue regeneration and penile hemodynamics increase. The biological methods that utilize cellular growth factors such as platelet-rich plasma (PRP) therapy proved to be effective in stimulation of neovascularization processes and correction of endothelial dysfunction while ED treatment. Local negative pressure (LNP) therapy shall be considered as an auxiliary method to PRP and LIPUS due to its ability to slow down PRP outflow from injection zones. Sildenafil («Strondex») is perspective pharmacological addition to ED treatment protocol.*

Aim. Evaluation of the efficacy and safety of therapeutic model of combined application of PRP intracavernous injections, LNP, LIPUS and Sildenafil («Strondex») for vasculogenic (arterial and corporal veno-occlusive) ED treatment.

Materials and methods. Prospective study was conducted in a group of 64 outpatients with diagnosis of erectile dysfunction of vascular genesis (ICD-10: N48.4) in Men's Health Clinic (Kyiv, Ukraine). "International Index of Erectile Function-5" (IIEF-5), "Erectile Hardness Score" (EHS) were used as the tools for clinical assessment. Ultrasonic cavernous bodies scanning and pharmacodoppler-sonography were used for the data validation.

Study results. Main group patients underwent treatment consisting of 6 sessions of PRP intracavernous injections and 12 sessions of local penile LIPUS combined with LNP and Sildenafil («Strondex») pharmacotherapy. Control group underwent 12 sessions of local penile LIPUS combined with LNP and the same pharmacotherapy. According to the IIEF-5 data obtained 12 weeks after the study the erectile function improvement was found in 27 patients of the main group and 20 patients of the control group. EHS improved by 1 point or more in 29 and 20 patients correspondingly.

Conclusions. Treatment protocol specifying combination of PRP, LIPUS, LNP and Sildenafil («Strondex») is promising due to PRP-therapy augmentation by intracavernous ultrasonic activation of platelet growth factors, but the data obtained require further physiological validation and clinical placebo-controlled studies with involvement of larger groups of population.

Key words: *erectile dysfunction, platelet rich plasma, low-intensity pulsed ultrasound, local negative pressure therapy.*

Relevance. Erectile dysfunction (ED) is an urgent problem that has significant impact on the quality of life, men's physical and mental condition by influencing the sexual intercourse, family relationships and self-assessment. According to the epidemiologic ev-

idence the ED prevalence rate is around 30% among the world male population, reaching the highest rate of 64% among the population at the age from 40 to 79 [1, 9, 10].

Due to complex and variable genesis of ED its management is challenging. Despite phosphodiesterase type 5 inhibitors (PDE-5) are in most cases is efficient ED treatment method, its efficacy is limited in the group of patients with organic ED who need another treatment options to improve erectile function or their response to PDE-5 inhibitors. Foregoing group primarily includes the patients with moderate and severe organic ED of vasculogenic (arterial and corporal veno-occlusive) origin [9].

Some non-pharmacological methods, such as low-intensity pulsed ultrasound (LIPUS) proved to be effective in ED treatment due to stimulation of penile tissue regeneration (by local mesemchymal stem cells activation) and penile hemodynamics increase (due to its direct biomechanical effect and promotion of eNOS and nNOS expression) in patients with vasculogenic ED, but its separate application is of limited therapeutic efficacy [3, 4, 5, 6].

In animal models LIPUS improved erectile function (measured by improvement of intracavernous pressure) of diabetic rats by influencing on penile tissue, causing increased endothelial and smooth muscle content, increased expression of eNOS and nNOS, and decreased collagen and fiber changes with down-regulation of TGF-β1/Smad/CTGF signaling pathway [11].

In clinical studies, LIPUS showed positive effects on mild to moderate ED patients, that differes from well-known method of low-intensity extracorporal shoch-wave (LESW). LIPUS and LESW are both based on biomechanical influence on local tissues, however, they have very different physical properties. The LIPUS energy output is more stable and not disturbing cells equilibrium position. According to hypothesis, LIPUS triggers cellular deformation and induce cellular matrix-cytoplasm signal activation with it transduction to nucleus by cytoskeleton. What results in gene expression of inflammatory molecules such as IL-1 and IL-6, and neural growth-related factors such as BDNF. In ED treatment LIPUS showed effect of induction of extracellular matrix molecular changes and intracellular composition changes in local tissue cells what results in endogenous stem cell activation for local tissue regeneration [11].

The biological methods that utilize cellular growth factors such as platelet-rich plasma (PRP) therapy proved to be effective in stimulation of neovascularization processes (due to endothelial progenitor cells stimulation and local mesemchymal stem cells activation) and correction of endothelial dysfunction (by optimization of the endothelial and neuronal NO synthases production) while ED treatment.

The biological effects of LIPUS and PRP presented in table 1.

Table 1

The biological effects of LIPUS and PRP

Aim	LIPUS	PRP
Activation of MSCs (tissue regeneration)	↑Rho/ROCK/Src/ERK1	↑TGF-β1
Proliferation of connective tissue	↑bFGF;	indirect or unknown
Endothelial proliferation	↑VEGF	↑PDGF; ↑VEGF
Epidermal proliferation	indirect or unknown	↑EGF
Neurometabolic effect	BDNF	↑IGF-1
Endothelial functioning	↑eNOS; ↑nNOS	↑eNOS; ↑nNOS
Protection of vascular wall	↑TGF-β1/Smad/CTGF	↑PDGF
Analgesic effect	↓COX-2	↓IL-8
Anti-inflammatory effect	↓TNFα, IL-1β, NF-kB	↓IL-6, ↓CCL2

PRP-therapy can be combined with LNP and LIPUS resulting in augmentation of its effects due to the same target-effects and hypothetic phenomenon of ultrasonic intracavernous platelets activation [2, 7]. Local negative pressure (LNP) therapy shall be considered as an auxiliary method to PRP and LIPUS due to its ability to slow down PRP outflow from injection zones.

Sildenafil is basic pharmacological treatment in ED, which should be prescribed as an addition to biological and physiological procedures. In current study Sildenafil oral spray «Strondex» was used, due to its rapid effect, lower level of side effects in comparison with standard PDE-5 inhibitors, greater compliance and higher usability due to compact form and absence of special conditions of intake. In addition the possibility to titrate the necessary dose from 12,5 mg to maximal – is optimal for out-patient ED treatment. Oral spray forms of Sildenafil seem to be perspective replacement for standard oral forms in terms of bioavailability and usability.

Aim. Evaluation of the efficacy and safety of therapeutic model of combined application of PRP intracavernous injections, LNP, LIPUS and Sildenafil («Strondex», Geolik farm marketing group) for vasculogenic (arterial and corporal veno-occlusive) ED treatment.

Materials and methods. Prospective study was conducted in a group of 64 outpatients with diagnosis of erectile dysfunction of vascular genesis (ICD-10: N48.4) in Men's Health Clinic (Kyiv, Ukraine). Mean age was equal to 50,6±10,2.

The following exclusion criteria were used:

- non-vasculogenic ED;
- previous prostatectomy;
- inflammatory diseases of prostate gland;
- endocrine pathology;
- diseases that have significant impact on the patients general well-being;
- significant psychopathology and paraphilia;
- coagulopathy.

"International Index of Erectile Function-5" (IIEF-5), "Erectile Hardness Score" (EHS) were used as the tools for clinical assessment. Ultrasonic cavernous bodies scanning and pharmacodoppler-sonography (Oral spray "Strondex" was used as pharmacological agent for pharmacodoppler-sonography due to its rapid effect, which fully comes in around 15 minutes when for oral PDE-5 inhibitors it comes in around 30 minutes, lower level of side effects in comparison with standard oral PDE-5 inhibitors, greater compliance what based on non-typical application which is not associated with ED and higher usability due to compact form and absence of special conditions of intake and possibility to rapid delivery of additional dose in process of titration) were used for the data validation. Chi-square test was used for the data statistical processing.

Study population was randomized into two symmetric groups: main group (MG) – 32 patients who underwent combined treatment with PRP, LNP and LIPUS and control group (CG) – 32 patients who underwent combined treatment with LIPUS and LNP. Initial distribution of IIEF-5 and EHS scores in the groups of interest is shown in the table 2 and the figure 1.

Table 2

Initial distribution of IIEF-5 and EHS scores in MG and CG

	MG (N=32)	p(χ^2)	CG (N=32)
IIEF-5 score			
1-7 (severe)	9	0,59	11
8-11 (moderate)	13	0,80	12
12-16 (mild-moderate)	10	0,78	9
17-21 (mild)	0	1,00	0

Table continuation 2

	MG (N=32)	p(χ^2)	CG (N=32)
EHS score			
Grade 1	8	0,78	9
Grade 2	19	0,61	17
Grade 3	5	0,74	6
Grade 4	0	1,00	0

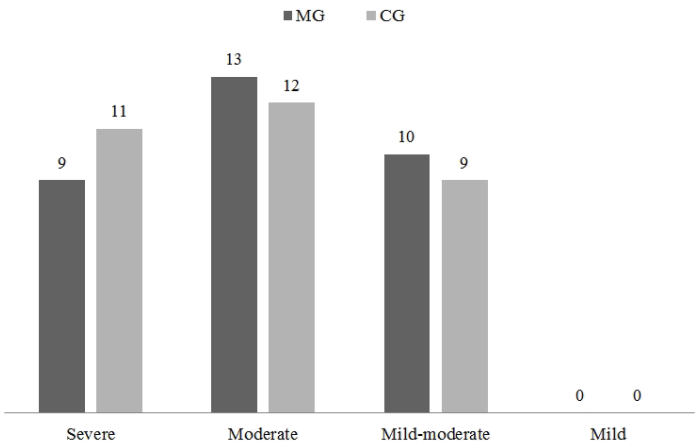


Fig. 1. ED rates based on IIEF-5 scoring in MG and CG during the initial study

Study results and discussion. Standardized technique for PRP collection was used: 72 ml of blood was taken from the patient's ulnar vein and placed in 8 vacuum tubes with 3,8% sodium citrate solution. Thereafter centrifuged for 5 min at 500G with the subsequent collection of plasma layer and then centrifuged for 3 min at 1538G for release of 1 ml of lower plasma layer [4].

PRP-therapy session consisted of a complex of injections into 6 zones of penis:

- 1,0 ml into lateral penile surface proximal zone (bilateral);
- 1,0 ml into lateral penile surface distal zone (bilateral);
- 1,0 ml into peduncles of penis (bilateral);
- 0,5 ml into ischiocavernous muscles (bilateral);
- 1,0 ml approaching albuginea (multifocal, using mesotherapy needle);

LIPUS and LNP combined session consisted of pulsed ultrasound (pulse duration time-to-pulse rest time ratio was equal to 1:4 (200 μs:800 μs) at 1,000 Hz frequency at 150mW/cm2 energy intensity level) application in 6 zones of penis (bilateral proximal and distal zones of lateral penile surface, peduncles of penis, ischiocavernous muscles) for the period of 4 min each under a constant negative pressure.

LNP and LIPUS could be simultaneously applied by using prototype version of original device that consist of vacuum tube with 2 integrated LIPUS-active-blocks (congruent to lateral and dorsal penile surfaces) connected with pumping system.

MG patients underwent treatment consisting of 6 sessions of PRP intracavernous injections (6 injections by 1,0 ml, 1 session per week) and 12 sessions of local penile LIPUS (2 sessions per week, each 1-st session simultaneously with injections) combined with LNP and Sildenafil («Strondex», Geolik farm marketing group) pharmacotherapy (12,5 mg/day during all the course of therapy + 6 weeks after). CG underwent 12 sessions of local penile LIPUS combined with LNP (2 sessions per week) and the same Sildenafil pharmacotherapy. MG and CG treatment schemes are shown in the table 3.

Table 3

MG and CG treatment schemes

Week	1-st		2-nd		3-rd		4-th		5-th		6-th	
Session	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
MG												
PRP	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-
LIPUS	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
LNP	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
"Strondex"	background administration 12,5 mg/day + 6 weeks											
CG												
PRP	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
LIPUS	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
LNP	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
"Strondex"	background administration 12,5 mg/day + 6 weeks											

According to the IIEF-5 data obtained 12 weeks after the study the erectile function improvement was found in 27 patients of the main group and 20 patients of the control group ($p(\chi^2)=0,047$). EHS improved by 1 point or more in 29 and 20 patients correspondingly ($p(\chi^2)=0,007$). Follow-up data are shown in the table 4 and the figure 2.

Table 4

Distribution of IIEF-5 and EHS scores in MG and CG 12-weeks after the treatment

	MG (N=32)	$p(\chi^2)$	CG (N=32)
IIEF-5 score			
1-7 (severe)	3	0,68	4
8-11 (moderate)	4	0,32	7
12-16 (mild-moderate)	12	0,79	11
17-21 (mild)	13	0,43	10
EHS score			
Grade 1	2	0,39	4
Grade 2	4	0,02	12
Grade 3	23	0,04	15
Grade 4	3	0,30	1

Pic. 1. ED rates based on IIEF-5 scoring in MG and CG during the follow-up study.

Pharmacodoppler-sonography data proved significant clinical efficacy of both applied treatment protocols (table 5), but PSV effect in MG was significantly better ($p<0,01$).

Table 5

Pharmacodoppler-sonography data in MG and CG (before, on the 6-th and 12-th week of treatment)

Criterion (cm/s)	pretherapeutic assessment		assessment on the 6-th week		assessment on the 12-th week	
	MG	CG	MG	CG	MG	CG
PSV (stimulation)	22,3±0,14	22,3±0,13	24,1±0,17	23,4±0,19	25,6±0,13	24,8±0,17
EDV (stimulation)	5,6±0,18	5,5±0,24	5,2±0,15	5,1±0,16	4,6±0,22	4,6±0,17

Conclusions. Combined therapy with PRP intracavernous injections, LNP and LIPUS showed significant improvement of erectile function in 84,3% cases (according to IIEF-5). Erectile function improvement was found in 27 out of 32 MG patients and 20 out of 32 CG patients ($p(\chi 2)=0,047$) following 6 weeks after the treatment. EHS improved by 1 point or more in 29 out of 32 MG patients and 20 out of 32 CG patients ($p(\chi 2)=0,007$). Pharmacodoppler-sonography data proved significant efficacy of both applied treatment protocols with higher efficacy of PRP-therapy on PSV.

Treatment protocol specifying combination of PRP, LIPUS, LNP and Sildenafil («Strondex») is promising due to PRP-therapy augmentation by intracavernous ultrasonic activation of platelet growth factors, but the data obtained require further physiological validation and clinical placebo-controlled studies with involvement of larger groups of population.

Conflict of interests. Research is partially sponsored by Geolik farm marketing group, which provided own standard pharmacological preparation "Strondex" free of charge.

REFERENCES

1. Corona G. et al. Age-related changes in general and sexual health in middle-aged and older men: results from the European Male Ageing Study (EMAS) // J. Sex Med. 2010. № 7. P. 1362–1380.
2. Seabaug K. A. et al. Extracorporeal Shockwave Therapy Increases Growth Factor Release from Equine Platelet-Rich Plasma In Vitro // Frontiers in Veterinary Science. 2017. № 4. P. 205.
3. Lei H. et al. Low-intensity shock wave therapy and its application to erectile dysfunction // World J. Mens Health. 2013. Vol. 31. P. 208–214.
4. Xin Z. et al. Clinical applications of low-intensity pulsed ultrasound and its potential role in urology // Transl. Androl. Urol. 2016. Vol. 5, № 2. P. 255–266.
5. Pounder N. M., Harrison A. J. Low intensity pulsed ultrasound for fracture healing: A review of the clinical evidence and the associated biological mechanism of action // Ultrasonics. 2008. Vol. 48, № 4. P. 330–338.
6. Khanna A. et al. The effects of LIPUS on soft-tissue healing: A review of literature // Brit. Med. Bull. 2009. Vol. 89. P. 169–182.
7. Yu. I. Zaseda et al. The experience of combined application of platelet-rich plasma therapy and shock-wave therapy in treatment of erectile dysfunction of vascular origin // Чоловіче здоров'я, гендерна та психосоматична медицина. 2018. № 1. P. 5-14.
8. Способ лечения эректильной дисфункции: пат. № 2514639 РФ.; заявл. 05.03.2014; опубл. 27.04.2014, Бюл. № 12.
9. Горпинченко И. И. Современное лечение эректильной дисфункции. Использование ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го поколения // Здоровье мужчины. 2013. № 3 (46). С. 87–90.
10. Горпинченко І. І., Воробець Д. З., Свердан П. Л. Еректильна дисфункція та пов'язана зі здоров'ям якість життя // Здоровье мужчины. 2010. № 1 (32). С. 54–60.
11. Cui W et al. Efficacy and safety of novel low-intensity pulsed ultrasound (LIPUS) in treating mild to moderate erectile dysfunction: a multicenter, randomized, double-blind, sham-controlled clinical study // Transl. Androl. Urol. 2019. Vol. 8, P. 307-319.

РЕЗЮМЕ

ПОЄДНАННЯ АУТОПЛАЗМИ ЗБАГАЧЕНОЇ ТРОМБОЦИТАРНИМИ ФАКТОРАМИ РОСТУ, НИЗЬКОІНТЕНСИВНОГО ІМПУЛЬСНОГО УЛЬТРАЗВУКУ ТА ОРАЛЬНОГО СПРЕЮ СІЛДЕНАФІЛУ ПРИ ЛІКУВАННІ ЕРЕКТИЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

Засєда Ю.І.
Клініка «Мужское Здоровье», Київ, Україна

Вступ. *Нефармакологічні методи, такі як низько інтенсивний імпульсний ультразвук (НІІУ), виявились ефективними при лікуванні еректильної дисфункції (ЕД) за рахунок стимуляції регенерації тканини статевого члена та збільшення їх гемодинаміки. Біологічні методи, що використовують клітинні фактори росту, такі як терапія аутоплазмою збагаченою тромбоцитарними факторами росту (АЗТФР), виявились ефективними в стимуляції процесів неоваскуляризації та корекції дисфункції ендотелію під час лікування ЕД. Терапія локальним негативним тиском (ЛНТ) може розглядатися як допоміжний метод для комбінації АЗТФР*

та НІІУ через його здатність сповільнювати відтік АЗТФР із зон ін'єкції. Інгаляційний Силденафіл («Strondex») є перспективним фармакологічним доповненням до протоколу лікування ЕД.

Мета. *Оцінка ефективності та безпеки терапевтичної моделі комбінованого застосування АЗТФР, ЛНТ, НІІУ та інгаляційного Силденафілу («Strondex») для лікування васкулогенної (артеріальної та корпоральної вено-окклюзивної) ЕД.*

Матеріали і методи. *Проспективне дослідження було проведено у групі 64 амбулаторних хворих з діагнозом ЕД судинного ґенезу (МКБ-10: N48.4) у «Клініці «Мужское здоровье» (Київ, Україна). Для клінічної оцінки були використані опитувальники «Міжнародний індекс еректильної функції-5» (IIEF-5) та «Оцінка твердості ерекції» (EHS). Для перевірки даних було використано ультразвукове сканування кавернозних тіл та фармакодоплер-сонографія.*

Результати дослідження. *Пацієнтам основної групи було проведено лікування, яке складалося з 6 сеансів ін'єкцій АЗТФР та 12 сеансів місцевого НІІУ у поєднанні з ЛНТ та використанням інгаляційного Силденафілу. Контрольна група пройшла 12 сеансів місцевого НІІУ у поєднанні з ЛНТ та аналогічною фармакотерапією. За даними IIEF-5, отриманими через 12 тижнів після дослідження, поліпшення еректильної функції було виявлено у 27 пацієнтів основної групи та 20 пацієнтів контрольної групи. EHS покращився на 1 бал або більше у 29 та 20 пацієнтів відповідно.*

Висновки. *Протокол лікування, що визначає комбінацію АЗФТР, НІІУ, ЛНТ та інгаляційного Силденафілу («Strondex»), є перспективним завдяки посиленню АЗТФР-терапії шляхом внутрішньо-кавернозної ультразвукової активації факторів росту тромбоцитів, однак отримані дані потребують подальшої фізіологічної валідації та клінічних плацебо-контрольованих досліджень із залученням більших груп хворих.*

Ключові слова: *еректильна дисфункція, аутоплазма збагачена тромбоцитарними факторами росту, низькоінтенсивний імпульсний ультразвук, терапія локальним негативним тиском.*

РЕЗЮМЕ

СОЧЕТАНИЕ АУТОПЛАЗМЫ ОБОГАЩЕННОЙ ТРОМБОЦИТАРНЫМИ ФАКТОРАМИ РОСТА, НИЗКОИНТЕНСИВНОГО ИМПУЛЬСНОГО УЛЬТРАЗВУКА И ОРАЛЬНОГО СПРЕЯ СИЛДЕНАФИЛА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ

Заседа Ю.И.
Клиника «Мужское Здоровье», Киев, Украина

Введение. *Нефармакологические методы, такие как низко интенсивный импульсный ультразвук (НИИУ), оказались эффективными при лечении эректильной дисфункции (ЭД) за счет стимуляции регенерации ткани полового члена и увеличение их гемодинамики. Биологические методы, использующие клеточные факторы роста, такие как терапия аутоплазмой, обогащенной тромбоцитарными факторами роста (АЗТФР), оказались эффективными в стимуляции процессов неоваскуляризации и коррекции дисфункции эндотелия при лечении ЭД. Терапия локальным отрицательным давлением (ЛНТ) может рассматриваться как вспомогательный метод для комбинации АЗТфр и НИИУ за его способность замедлять отток АЗТфр из зон инъекции. Ингаляционный Силденафил («Strondex») является перспективным фармакологическим дополнением к протоколу лечения ЭД.*

Цель. *Оценка эффективности и безопасности терапевтической модели комбинированного применения АЗТфр, ЛНТ, НИИУ и ингаляционного Силденафила («Strondex») для лечения васкулогенной (артериальной и корпоральной вено-окклюзивной) ЭД.*

Материалы и методы. *Проспективное исследование было проведено в группе 64 амбулаторных больных с диагнозом ЭД сосудистого генеза (МКБ-10: N48.4) в «Клинике «Мужское здоровье» (Киев, Украина). Для клинической оценки были использованы опросники «Международный индекс эректильной функции-5» (IIEF-5) и «Оценка твердости эрекции» (EHS). Для проверки данных было использовано ультразвуковое сканирование кавернозных тел и фармакодоплер-сонография.*

Результаты исследования. *Пациентам основной группы было проведено лечение, ко-*

торое состояло из 6 сеансов инъекций АЗТфр и 12 сеансов местного НИИУ в сочетании с ЛНТ и использованием ингаляционного Силденафила. Контрольная группа прошла 12 сеансов местного НИИУ в сочетании с ЛНТ и аналогичной фармакотерапией. По данным IIEF-5, полученными через 12 недель после исследования, улучшение эректильной функции были обнаружены у 27 пациентов основной группы и 20 пациентов контрольной группы. EHS улучшилось на 1 балл или более у 29 и 20 пациентов соответственно.

Выводы. *Протокол лечения определяет комбинацию АЗТфр, НИИУ, ЛНТ и ингаляционного Силденафила («Strondex»), является перспективным благодаря усилению АЗТ-фр-терапии путем внутри-кавернозной ультразвуковой активации факторов роста тромбоцитов, однако полученные данные нуждаются в дальнейшей физиологической валидации и клинических плацебо-контролируемых исследований с привлечением больших групп больных.*

Ключевые слова*: эректильная дисфункция, аутоплазма обогащенная тромбоцитарными факторами роста, низкоинтенсивный импульсный ультразвук, терапия локальным отрицательным давлением.*

AUTHORS DATA

- ***Zasieda Yurii***
– MD, Urologyst, Andrologyst, PhD, Doctor of Science, CMO of Men's Health Clinic, Kyiv.
- Ukraine, Kyiv, st. Lavrska, 4
- Contact number: +380976500444.
- E-mail: zasieda@gmail.com

- ***Засєда Юрій Ігорович***
– д. м. н., головний лікар клініки «Мужское Здоровье», м. Київ.
- Україна, Київ, вул. Лаврська, 4
- Телефон: +380976500444
- E-mail: zasieda@gmail.com

- ***Заседа Юрий Игоревич***
– д. м. н., главный врач клиники «Мужское Здоровье», г. Киев.
- Украина, Киев, ул. Лаврская, 4
- Телефон: +380976500444
- E-mail: zasieda@gmail.com

Стаття надійшла до редакції 29.10.2019
У разі виникнення питань до автора статті, звертайтесь до редакції журналу info@ujmh.net.

АВТОРАМ ЖУРНАЛЬНИХ ПУБЛІКАЦІЙ

Ми просимо уважно вивчити всі наведені нижче типові положення. Ретельне дотримання цих вимог значно скоротить правку авторського тексту у всіх його елементах, полегшить Вашу і нашу роботу, прискорить публікацію Ваших матеріалів. Наші вимоги поступово будуть наближатись до міжнародних відповідних рекомендацій.

ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Всі статті повинні бути оригінальними, а рукописи узгоджені з усіма авторами. Попередня публікація наданих матеріалів в будь-якому виданні, як в цілому, так і частково, за виключенням оформлення у вигляді тез, не допускається. Також ці матеріали не повинні подаватися до друку в інші видання і передруковуватися в цілому або частково без письмового дозволу видавництва.

Якщо в роботі використовуються ілюстрації, таблиці та інші матеріали, що були опубліковані іншими дослідниками, автору необхідно подати дозвіл на їх публікацію.

Матеріал, надісланий для публікації, повинен мати експертний висновок.

Мова статей українська, російська або англійська.

Рукописи будуть прийматись на розгляд рецензентами та видавниками. Рукописи, які мають потребу в значних змінах в процесі рецензування, будуть повернені авторам для доробки.

Редакція не несе відповідальності за допущені авторами помилки.

Статті членів редакційної ради журналу, його розповсюджувачів розміщуються безкоштовно.

Якщо редакція вважає, що у статті є прихована реклама, вона залишає за собою право скласти з автором угоду на додаткову оплату.

Обсяг статей необмежений, але редакція залишає за собою право на скорочення матеріалу при обсязі більше 20 сторінок машинопису чи його розміщення в кількох номерах журналу.

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРІВ

Стаття до редакції подається у 2-х примірниках з 2 наборами ілюстрацій. Нумерувати всі сторінки рукопису необхідно послідовно, починаючи з титульного аркуша.

1. Титульний аркуш.

Назва (великими літерами), повне ім'я (імена) авторів, назва установи, де виконана робота, та її точна поштова адреса, повна адреса автора, якому буде надсилатись кореспонденція.

*При бажанні — телефон/факс для спілкування. Якщо Ви готуєте матеріал на комп'ютері, просимо робити це на CD-диску, вказавши назву та версію текстового редактора (бажано **Win Word 2000** та **XP**). Ілюстрації, розроблені на комп'ютері, приймаються в TIFF форматі з роздільною здатністю 300 dpi. Додатково до CD-диску повинен обов'язково надсилатись друкований матеріал статті.*

2. УДК

3. Резюме.

Кожна стаття повинна мати резюме, яке складається з наступних розділів:

- *Мета роботи*
- *Матеріали і методи*
- *Результати*
- *Висновки*
- *Ключові слова*

Рукописи супроводжуються резюме українською, російською та англійською мовами. Всі резюме повинні мати переклад назви статті, прізвища автора (авторів), назви установи. 3-7 ключових слів чи словосполучень. Резюме не повинно включати посилання на список літератури.

4. Текст статті.

*Текст набирають у редакторі Microsoft Word (будь-якої версії) гарнітурою **Times New Roman**, 14 пунктів, без табуляторів, переноси в словах відсутні. Усі спеціальні знаки набираються за допомогою команд «вставка/символ». Розмір*

аркушів 210х297 мм (формат А4), орієнтація книжкова. Інтервал між рядками – 1,5, вирівнювання по лівому краю, поля з усіх боків по 20 мм. Назву публікації і підрозділів друкують великими літерами, жирним шрифтом. Абревіатури слід розшифровувати у дужках за місцем їхнього першого застосування у статті. Рисунки, таблиці, діаграми та формули мають бути включені в текст і, бажано, з ним в одному файлі. Таблиці слід будувати в редакторі Microsoft Word. Кожна таблиця повинна мати заголовок і порядковий номер. Ілюстративні матеріали (фотографії, малюнки, креслення, діаграми, графіки тощо) позначаються як «Рис.», обов'язково підписуються та нумеруються за порядком їхнього згадування в статті. Діаграми та графіки виконуються у форматах MS Excel чи MS Graph. Дозволяється використовувати як ілюстрації чорно-білі малюнки, виконані професійно вручну. Їх сканують і подають у форматі EPS. При цьому підписи та позначення мають бути чіткими і добре читатися при зменшенні зображення до розмірів журнальної колонки. Фотографії, ехограми подаються в електронному вигляді, відсканові з роздільністю не менше 300 dpi і збережені у форматах TIFF чи JPEG. Знімки, отримані при МРТ, КТ, УЗ та інших візуалізаційних дослідженнях, потребують розширеного підпису з інтерпретацією зображення (локалізація, поширеність, особливості накопичення контрасту і т.п.). Фотографії пацієнтів подаються з їхньої письмової згоди або в такому вигляді, щоб особу хворого неможливо було встановити. Математичні формули повинні бути ретельно вивірені та пронумеровані. Номер ставиться справа від формули в круглих дужках. Якщо формула займає кілька рядків, то її номер наводиться в останньому рядку.

Увага! *У зв'язку з переходом до міжнародного стандарту цитування вводяться нові вимоги до оформлення списку літературних джерел. Список літератури необхідно оформлювати відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 «Бібліографічний запис. Бібліографічний опис Загальні вимоги та правила складання» та відповідно до рекомендацій Міжнародного Комітету Редакторів Медичних Журналів (ICMJE) – у форматі Medline. Вимога щодо подвійного списку літератури не поширюється на статті у стилі огляду, коментарів до експертних рекомендацій, дайджестів зарубіжної періодики, якщо такі статті не є частиною наукової (дисертаційної) роботи. В такому разі допускається оформлення списку літератури лише за стандартом ICMJE (у форматі Medline). ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 «Бібліографічний запис. Бібліографічний опис Загальні вимоги та правила складання». Правила оформлення посилань за стандартом Medline, в тому числі на джерела, опубліковані російською/українською мовами, можна знайти у спеціальному посібнику за посиланням: http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine. При створенні посилань у стандарті Medline для транслітерації власних імен авторів та інших частин посилання (назв журналів, видавництв) з української мови на латиницю слід користуватися Постановою Кабінету Міністрів України № 55 від 27 січня 2010 р. «Про впорядкування транслітерації українського алфавіту латиницею». Для транслітерації власних імен авторів та інших частин посилання (назв журналів, видавництв) з російської мови на латиницю редакція рекомендує користуватися стандартом Держдепартаменту США https://russian.moscow.usembassy.gov/translit.html. Список за ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 повинен мати заголовок ЛІТЕРАТУРА. Список у форматі Medline повинен мати заголовок REFERENCES. Нумерація та кількість джерел в обох списках літератури мають повністю співпадати.*

Нумерувати джерела у послідовності їх згадування в тексті або за алфавітом. Обмеження кількості джерел у списку: для огляду до 50 посилань, для оригінального дослідження – до 40 посилань. Кількість посилань, датованих понад 10 років, має становити не більше 10% від загальної кількості посилань.

Окрім тексту публікації подається **інформація про авторів***: прізвище, ім'я, по батькові повністю, місце роботи та посада або назва навчального закладу (для студентів), робоча адреса, робочий телефон, e-mail усіх авторів. Якщо авторів декілька і вони працюють у різних закладах, необхідно зносками 1, 2, 3 персоніфікувати їх. Інформація про авторів подається трьома мовами (українською, російською, англійською). Для*

транслітерації власних імен слід користуватися Постановою Кабінету Міністрів № 55 від 27 січня 2010 р. «Про впорядкування транслітерації українського алфавіту латиницею». Для колективної статті обов'язкові підписи всіх авторів. Кожна публікація не англійською мовою супроводжується анотацією англійською мовою обсягом не менш як 1800 знаків, включаючи ключові слова, а кожна публікація не українською мовою супроводжується анотацією українською мовою обсягом не менш як 1800 знаків, включаючи ключові слова. Обов'язково вказувати наявність чи відсутність конфлікту інтересів.

Враховуючи міжнародні вимоги оформлення (для коротких повідомлень (менше 5 стор.) - необов'язково), текст повинен мати наступну схему викладення:

- *Вступ*
- *Матеріали та методи*
- *Результати*
- *Обговорення*
- *Література*

Вимоги до рукопису «Огляд»

Огляд повинен висвітлювати тему урологічного чи психосоматичного спрямування, що має важливе значення для лікарів та клінічних дослідників, в тому числі щодо наукових досягнень, які стосуються молекулярних, біохімічних, генетичних та інших основ нормальної фізіології і розвитку хвороб, впроваджень у сфері діагностики та лікування урологічних та психооматичних порушень, а також інші теми, що мають відношення до урологічної та психосоматичної науки та практики. Ці рукописи повинні містити не більше 4000 слів і включати не більше чотирьох малюнків і таблиць.

Текст огляду і резюме до нього повинні включати такі розділи:

• **Вступ.** *Включає 3-5 речень, що описують клінічне питання або проблему та її значення в клінічній практиці або охороні здоров'я.*

• **Джерела отримання інформації.** *Слід описати джерела даних, що використовуються, в тому числі пошукові стратегії, роки пошуку та інші джерела матеріалів, такі як результат реферативного пошуку статей.*

• **Синтез доказів.** *Основні одержані дані щодо огляду клінічного питання або проблеми повинні бути об'єктивними, основаними на фактичних даних, з високою якістю наявних доказів, що заслуговують найбільшої уваги.*

• **Висновки.** *Висновки повинні чітко відповідати на поставлені питання, базуватися на наявних даних, а також зазначати, як лікарям пропонується застосовувати представлену в огляді інформацію.*

Обсяг резюме – одна друкована сторінка (не більше 300 слів). Резюме має коротко відображати зміст та висновки огляду.

Вимоги до рукопису «Оригінальне дослідження»

Стаття повинна містити не більше 3600 слів і включати в себе не більше шести рисунків і таблиць. Структура основного тексту статті має відповідати загальноприйнятій структурі для наукових статей. Так, статті, що містять результати оригінальних, експериментальних досліджень, зокрема дисертаційних, складаються з таких розділів:

• **Вступ**. *Постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями. Аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання цієї проблеми і на які спирається автор, виділення нерозв'язаних раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується зазначена стаття. Розділ повинен займати не більше 10% тексту самої статті, містити невелику кількість посилань на зовнішні джерела, основна кількість яких повинна наводитися у розділі обговорення результатів дослідження.*

• **Мета роботи.** *Визначити конкретну мету або питання, на вирішення якого спрямоване дослідження. Якщо вирішується більше, ніж одна мета, повинні бути вказані головна мета і тільки ключові вторинні цілі. Якщо гіпотеза була перевірена, вона повинна бути сформульована.*

• **Матеріали і методи.** *Описати базовий дизайн дослідження, роки виконання дослідження, а також тривалість спостереження. Описати місце та умови проведення дослідження, наприклад, громада, первинна медична допомога*

або консультативний центр, приватні або інституційні практики, амбулаторна або госпітальна допомога. Надати характеристику пацієнтам або іншим учасникам дослідження, з їх ключовими соціодемографічними показниками. Описати стан клінічних розладів, критерії і метод відбору пацієнтів. У когортному дослідженні повинна бути вказана частка учасників, які закінчили дослідження. У інтервенційних дослідженнях слід вказати число пацієнтів, які вибули через побічні ефекти. Повинні бути описані ключові особливості будь-яких втручань, в тому числі їх метод і тривалість. Втручання повинно бути названо його найбільш поширеним клінічним ім'ям, також слід використовувати лише непатентовані назви лікарських засобів. Наприкінці розділу «Матеріали і методи» вказується, якими методами обробки даних користувався автор.

• **Результати і обговорення.** *Викладення основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів. Слід коротко представити дані в тексті, таблиці(ях) або цифрах. Обговорення повинно бути зосереджено на інтерпретації і значущості отриманих результатів, з короткими об'єктивними коментарями, в яких зокрема проводиться порівняння знахідок з результатами інших робіт у цій галузі. Обговорення не повинно повторювати результати. Основні результати дослідження повинні бути забезпечені кількісною оцінкою, в тому числі з використанням довірчих інтервалів або значень P. Для порівняльних досліджень довірчі інтервали повинні бути пов язані з відмінностями між групами.*

• **Висновки.** *У висновки виносьте лише ті, які безпосередньо підтвердилися отриманими результатами, а також які мають значення для клінічної практики; уникайте спекуляцій і надмірного узагальнення. Вкажіть, чи потрібно додаткове дослідження, перш ніж інформація повинна бути використана в звичайних клінічних умовах, і які перспективи подальших пошуків у цьому напрямку. Приділяйте рівну увагу позитивним і негативним висновкам однакової наукової значущості.*

Якщо стаття містить опис експериментальних досліджень, слід зазначити, чи відповідала методика їхнього проведення Гельсінкській декларації 1975 року та її перегляду 1983 року. Необхідно повідомити, чи методи знеболення та позбавлення життя тварин, якщо такі брали участь у ваших дослідженнях, узгоджуються з «Правилами виконання робіт з використанням експериментальних тварин», затвердженими наказом МОЗ України.

Обсяг резюме – одна друкована сторінка (не більше 300 слів). Резюме повинно містити ті ж розділи, що і сама стаття: «Вступ», «Мета роботи», «Матеріали і методи», «Результати і обговорення», «Висновки».

Вимоги до рукопису «Клінічний випадок»

Цей рукопис повинен містити до 2000 слів, не більше чотирьох малюнків і таблиць і до 10 посилань на літературу, обсяг резюме – 100 слів.

Стаття та резюме повинні складатися з наступних розділів:

• **Вступ.** *Слід коротко описати відповідну патологію та її значення в клінічній практиці або охороні здоров'я. Розділ повинен займати до 10% від загального тексту статті.*

• **Опис випадку та обговорення.** *Описують клінічний випадок із викладенням анамнезу, даних об'єктивного огляду та додаткових методів обстеження. Особливості випадку обговорюються з використанням посилань на існуючі публікації.*

• **Висновки.** *Зазначають значення клінічного досвіду і аналізу, а також наслідки для клінічної практики.*

Рукописи статей та оглядів, які надійшли в редакцію, проходять обов'язкову процедуру сліпого рецензування. Рукописи, відправлені авторам на доопрацювання, після повторного подання у редакцію, проходять процедуру повторного рецензування. Остаточне рішення про публікацію статей приймає Редакційна рада Харківської медичної академії післядипломної освіти (ХМАПО). Редакція залишає за собою право змінювати стиль оформлення статті, а також надавати коментарі по її суті. За потреби стаття може бути повернута авторам для доопрацювання та відповіді на запитання. Коректура авторам не надсилається, вся додрукарська підготовка проводиться редакцією за авторським оригіналом. Неприпустимий плагіат, фальсифікація матеріалів. Перевага віддається статтям з

максимальним ступенем доказовості наукових та медичних результатів. Всі автори рукописів, представлених для публікації в журналі, повинні підтвердити, що ні рукопис, ні будь-яка його частина, незалежно від мови, на якій він був спочатку написаний або опублікований, не були опубліковані або не знаходяться на розгляді для публікації в інших виданнях. Передрук статей можливий лише з письмової згоди редакції та з посиланням на журнал.

Редакція декларує свою відповідність нормам COPE (Committee on Publication Ethics) та інших видавничих асоціацій та рекомендацій World Association of Medical Editors (WAME).

Статті надсилати на електронну адресу: **zasseda@gmail.com**

Статті, які не відповідають цим вимогам, не публікуються. Відповідальність за правильність, достовірність і точність поданої інформацію несе автор.

Контактні телефони редакції: +38 067 650 04 44

Перевірте код УДК на сайті **http://scs.viniti.ru/udc/Default.aspx**

Рекомендації EASE (Європейської асоціації наукових редакторів) для авторів і перекладачів наукових статей, які повинні бути опубліковані англійською мовою http://www.ease.org.uk/wp-content/uploads/2015/12/EASE-Guidelines_2016-Russian.pdf

Вимоги до подання

Під час подання рукопису до журналу автори повинні підтвердити його відповідність всім встановленим вимогам, вказаним нижче. В разі виявлення невідповідності поданої роботи пунктам цих вимог редакція повертатиме авторам матеріали на доопрацювання.

1. Це подання раніше не було опубліковане і не надсилалося до розгляду редакціям інших журналів (або у коментарях для редактора нижче дані необхідні пояснення).

2. Файл подання є документом у форматі Microsoft Word, OpenOffice, RTF або WordPerfect.

3. Інтернет-посилання у тексті супроводжуються повними коректними адресами URL.

4. Текст набраний 14-м розміром кеглю з одинарним міжрядковим інтервалом; авторські акценти виділені курсивом, а не підкресленням (всюди, крім адрес URL); всі ілюстрації, графіки та таблиці розміщені безпосередньо у тексті, там, де вони повинні бути за змістом (а не у кінці документу).

5. Текст відповідає вимогам до стилістики та бібліографії, викладеним у Керівництві для авторів.

6. Перевірте код УДК на сайті **http://scs.viniti.ru/udc/Default.aspx**

Положення про авторські права

Автори, які публікуються у цьому журналі, погоджуються з наступними умовами:

a. Автори залишають за собою право на авторство своєї роботи та передають журналу право першої публікації цієї роботи, котра дозволяє іншим особам вільно розповсюджувати опубліковану роботу з обов'язковим посиланням на авторів оригінальної роботи та першу публікацію роботи у цьому журналі.

b. Автори мають право укладати самостійні додаткові угоди щодо неексклюзивного розповсюдження роботи у тому вигляді, в якому вона була опублікована цим журналом (наприклад, розміщувати роботу в електронному сховищі установи або публікувати у складі монографії), за умови збереження посилання на першу публікацію роботи у цьому журналі.

c. Політика журналу дозволяє і заохочує розміщення авторами в мережі Інтернет (наприклад, у сховищах установ або на особистих веб-сайтах) рукопису роботи, як до подання цього рукопису до редакції, так і під час його редакційного опрацювання, оскільки це сприяє виникненню продуктивної наукової дискусії та позитивно позначається на оперативності та динаміці цитування опублікованої роботи (див. The Effect of Open Access).

Положення про конфіденційність

Імена та електронні адреси, які вказуються користувачами сайту цього журналу, будуть використовуватись виключно для виконання внутрішніх технічних завдань цього журналу; вони не будуть поширюватись та передаватись стороннім особам.

Підписано до друку 27.12.2019. Формат 60x84 1/16. Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. арк. 2,79. Наклад 1000. Замовл. № 271219.



БІОВЕН

ПОРЯТУНОК ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ

Імуноглобулін людини нормальний для внутрішньовенного введення 10% IV покоління



Витяг з інструкції для медичного застосування препарату **БІОВЕН® Р. п. UA/14526/01/02 Наказ МОЗ України № 610 від 21.06.2016[3].**
Лікарська форма. Розчин для інфузій. **Діюча речовина.** Human normal immunoglobulin for intravenous administration. 1 мл препарату містить імунологічно активної білкової фракції імуноглобуліну G — 0,1 г. **Фармакотерапевтична група.** Імуноглобулін людини нормальний для внутрішньовенного введення. **Форма випуску.** По 10, 25, 50 або 100 мл у пляшці або флаконі. **Показання.** Препарат застосовувати для замісної імунотерапії у процесі лікування первинних і вторинних імунодефіцитних станів і пов'язаних із ними захворювань, а також для лікування та профілактики захворювань, спричинених бактеріальною та вірусною інфекціями. Препарат застосовувати дорослим пацієнтам. Застосовувати при лікуванні: синдромів первинного імунодефіциту, вторинного синдрому дефіциту антитіл, аутоімунних захворювань, трансплантації кісткового мозку. **Протипоказання.** Гіперчутливість до будь-якого з компонентів препарату. **Побічні реакції.** При використанні можливі побічні ефекти. **Має застереження до застосування. Умови зберігання.** Зберігати в оригінальній упаковці для захисту від дії світла при температурі від 2 до 8 °С. Не заморожувати. За умов зберігання при температурі не вище 25 °С термін придатності — 6 місяців. Після закінчення цього терміну препарат не можна поміщати в холодильник, його необхідно утилізувати. **Термін придатності.** 2 роки. Термін придатності за умов зберігання при температурі не вище 25 °С — 6 місяців. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** ТОВ «БІОФАРМА ПЛАЗМА», Україна. **Адреса.** Юридична адреса: Україна, 09100, Київська обл., м. Біла Церква, вул. Київська, 37.



Витяг з інструкції для медичного застосування препарату **БІОВЕН МОНО® Р. п. UA/14526/01/01 Наказ МОЗ України № 973 від 15.09.2016[4].**
Лікарська форма. Розчин для інфузій. **Діюча речовина.** Human normal immunoglobulin for intravenous administration. 1 мл препарату містить імунологічно активної білкової фракції імуноглобуліну G — 0,05 **Фармакотерапевтична група.** Імуноглобулін людини нормальний для внутрішньовенного введення. **Форма випуску.** По 25, 50 або 100 мл у пляшці. **Показання.** Замісна терапія: синдроми первинного імунодефіциту, синдроми вторинного імунодефіциту; імуномодулююча терапія. **Протипоказання.** Гіперчутливість до будь-якого з компонентів препарату. **Побічні реакції.** При використанні можливі побічні ефекти. **Має застереження до застосування. Умови зберігання.** Зберігати в оригінальній упаковці за температури від 2 до 8°С. Зберігати в недоступному для дітей місці. **Термін придатності.** 2 роки. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** ТОВ «БІОФАРМА ПЛАЗМА», Україна. **Адреса.** Юридична адреса: Україна, 09100, Київська обл., м. Біла Церква, вул. Київська, 37.
Перед використанням ознайомитись з повною інструкцією.

З НАРОДЖЕННЯ

Про випадок побічної реакції або відсутності ефективності в результаті прийому лікарських засобів, виробництва компанії БІОФАРМА, ви можете повідомити:
1. Онлайн форма: http://www.biofarma.ua/karta-soobshchenie-dlya-meditsinskikh-spetsialistov.html
2. По телефону цілодобової "гарячої лінії" фармаконагляду: +38 (044) 390-36-84

Інформація призначена для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників для росповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики або для розміщення у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ і лікарів.

Повна інформація про лікарські засоби Біовен/Біовен моно міститься в інструкціях для медичного застосування.

bioven_immuno/22.03.2019

За додатковою інформацією звертайтеся за адресою:
03680, м. Київ, вул. Миколи Амосова, 12, БЦ «Горизонт Парк», буд. 2, поверх 4
Тел.: +38 (044) 277-36-10, факс: +38 (044) 275-80-24
www.biofarma.ua

biopharma

Strondex СТРОНДЕКС

ДОЗОВАНИЙ СПРЕЙ СИЛДЕНАФІЛУ ЦИТРАТУ
12,5 МГ В ОДНІЙ ДОЗІ

НОВИЙ РІВЕНЬ ВПЕВНЕНОСТІ



32 МОЖЛИВОСТІ ДЛЯ УСПІШНИХ ПОБАЧЕНЬ В ОДНОМУ ФЛАКОНІ!*

fmg
МИКРОХИМ

* див. інструкцію до медичного застосування лікарського препарату Strondex.
Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників.
Інформацію надано скорочено. Перед призначенням необхідно ознайомитися з інструкцією для медичного застосування препарату.
РП № UA/15759/01/01.