

уровня седации и ажитации, по шкале Ричмонда, следует начинать еще в раннем послеоперационном периоде. Профилактика – это наиболее эффективная стратегия минимизации негативных последствий ПОД.

Ключевые слова: послеоперационный делирий, пациенты пожилого возраста.

PREVENTION AND PERIOPERATIVE SCREENING OF POSTOPERATIVE DELIRIUM AMONG URGENT ELDERLY PATIENTS

Demiter I. M., Vorotintsev S. I., Dolya O. S., Gudz D. P.

Abstract. Postoperative delirium (POD) is a non-specific polyetiological syndrome that manifests itself with intermittent disorders of attention, consciousness, thinking and perception, as well as disorientation, impaired sleep-wake cycle and altered psycho-motor activity. Depending on the psycho-motor disorder of POD is divided into three types: hypoactive, hyperactive and mixed. According to Marcantonio E.R. Delirium is one of the most common complications after surgery in elderly patients. In one third of patients over 70 years old, delirium occurs, in half of cases it is diagnosed even when entering the hospital, when the other half develops during inpatient treatment.

Epidemiology. The incidence of POD is heterogeneous depending on the type of surgery and the risk of surgery and varies from 3% to 75%. According to Freddi Segal-Gidan, the very urgency of the intervention increases the incidence of POD compared to planned operations. POD occurs in 15-53% of elderly patients and in 70-87% of patients in intensive care units.

There is no single pathogenetic theory for the development of POD. There are several hypotheses, one of which is related to impaired synthesis and inactivation of neurotransmitters, including an increase in dopamine levels and a decrease in acetylcholine, which increases neuronal excitability and ultimately leads to delirium.

Risk factors. According to the European Society of Anesthesiologists, the occurrence of delirium depends on the favorable and provoking factors of the perioperative period. The favorable factors of the preoperative period include old age, male, hearing and visual impairment, dementia, reduced cognitive status, functional disorders or wear and tear of the organism, anemia and hypoalbuminemia, comorbidity, ASA \geq III status, delirium in anamnesis alcohol abuse. Among the provocative factors of intraoperative periods, the following are important: pain, type of surgery (cardiovascular, orthopedic surgery and emergency surgery), type of anesthesia, anemia, hypoxia, polypragmasia, severity of inflammatory process, metabolic drugs.

Prevention. Prevention is the most effective strategy to minimize the adverse effects of POD. And according to research results, in 30-40% of cases of POD can be avoided by correcting the triggering factors. J.S. Saczynski and co-authors say that the duration of POD correlates with the severity of cognitive impairment within a year after surgery. According to a number of studies, non-drug prevention, including the return of hearing aids and glasses to patients with impaired perception systems, pain control by non-opioid analgesics, early activation, optimization of daily biorhythms, reduces the incidence of POD by 30-40%. A number of studies suggest that non-opioid postoperative analgesia reduces the incidence of POD in comparison with narcotics. According to the authors the use of regional anesthesia techniques reduces the occurrence of postoperative delirium.

Conclusion. Preoperative assessment and determination of risk of delirium development, implementation of strategies for prevention of delirium and application of standardized treatment protocols in its occurrence are the most important components of optimal perioperative care for the elderly.

Key words: elderly patients, postoperative delirium.

Рецензент – проф. Скрипніков А. М.

Стаття надійшла 13.03.2020 року

DOI 10.29254/2077-4214-2020-2-156-26-30

УДК 616.899-053.9:616-083-055.5/7:159.9

Животовська Л. В., Скрипніков А. М., Орлова О. В., Шкідченко О. А.

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНО-ОСОБИСТІСНОЇ СФЕРИ ЧЛЕНІВ РОДИНИ,

ЩО ДОГЛЯДАЮТЬ ЗА ПАЦІЄНТАМИ З ДЕМЕНЦІЄЮ

Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

lzhyvotovska@gmail.com

Зв'язок публікації з плановими науково-дослідними роботами. Стаття є фрагментом науково-дослідної теми «Псохосоціальна дезадаптація в осіб з неспсихотичними психічними розладами (предиктори формування, клініка, діагностика, реабілітація)» (№ державної реєстрації 0119U102861).

Вступ. Деменція – синдром, який супроводжується зниженням пам'яті, порушенням мислення, поведінки та здатності виконувати щоденні функції, що вражає здебільшого осіб літнього віку і є однією з основних причин інвалідності. Це робить глибокий вплив не тільки на пацієнтів, їхні родини та осіб, які здійснюють догляд, а й на суспільство в цілому. Хвороба Альцгеймера є найбільш частою формою демен-

ції (60-80%), за нею йде судинна (10-25%) і деменція з тільцями Леві (7-25%). Інші форми деменції зустрічаються рідше, їх кількість не перевищує 10%. Часто зустрічаються змішані форми [1].

Актуальність проблеми полягає в тому, що майже за 80% хворими на деменцію доглядають їхні родичі. За даними МОЗ України, загальна захворюваність на деменцію станом на 2010 р. в Україні становила 14,82 осіб на 100 тис. населення, а за даними Берлінського інституту населення і розвитку (Demenz-Report) у Німеччині – 1,4%, у Польщі – 0,9%, у Туреччині – 0,39%, в Австрії – 1,3% [2]. Статистичні дані в Україні суттєво відрізняються від світових, що вказує на те, що більшість хворих на деменцію перебувають вдома під опі-

кою рідних та не завжди отримують належну їм медичну допомогу [3].

В Україні відсутні алгоритми надання такої допомоги та їх практичне застосування, що створює надмірне навантаження на медичні стаціонари та відсутність альтернативного вибору для пацієнтів. Місця, де надається професійна допомога по лікуванню та догляду за хворими на деменцію, обмежені кількістю ліжок-місць та не завжди можуть задовольнити потребу у наданні вказаних послуг. І найчастіше догляд за такими хворими здійснюється саме в домашніх умовах. Поза всяким сумнівом, на плечі родичів людини, що страждає на деменцію, лягає велика відповідальність, оскільки догляд за такими хворими може тривати багато років [4]. Від допомоги доглядачів залежить ефективність лікування і якість життя хворих з деменцією. Більше того, поведінка і дії піклувальників пов'язані з поведінковими проблемами при деменції і важливі для прогнозування поведінки пацієнта і психоемоційного навантаження осіб, які здійснюють догляд [5].

Причини, за якими люди доглядають за хворими очевидні: родинні зв'язки, близька спорідненість із хворим (діти-батьки, брати, сестри), шлюбні відносини. Більше третини осіб, що доглядають – однолітки своїх підопічних (65 років і старше). Виконуючи завдання по догляду за хворими на деменцію, більшість осіб зазнають значний фізичний або емоційний стрес від відсутності досвіду виконання санітарно-гігієнічних і простих медичних процедур або навички реагування на прояви інтелектуальних порушень чи психотичної симптоматики [6].

Хоча багато людей з деменцією зберігають позитивні риси особистості та особистісні якості, але в міру погіршення стану вони можуть відчувати деякі або всі нижчезазначені проблеми: втрату пам'яті, зменшення вираженості швидкісних характеристик та зниження продуктивності мислення, погіршення мови, порушення орієнтації, зміни особистості, труднощі в повсякденній діяльності, нехтування власними потребами, психічні розлади (наприклад апатія, депресія чи психоз) і нехарактерну поведінку (агресія, порушення сну) [7].

За даними ВООЗ 2017 р., у всьому світі налічується близько 50 мільйонів людей з деменцією, причому більше половини, майже 60% з них живуть в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Щорічно відбувається близько 10 мільйонів нових випадків захворювання. За оцінками експертів, частка загального населення у віці 60 років і старше з деменцією на будь-який момент часу становить від 5% до 8%. За прогнозами, загальне число людей з деменцією складе близько 82 мільйонів чоловік в 2030 році і 152 – до 2050 року. Таке зростання буде відбуватися в значній мірі за рахунок зростання числа людей з деменцією в країнах з низьким і середнім рівнем доходу. Сучасний стан поширеності деменцій в Україні демонструє перевагу судинних форм над іншими. Питома вага хворих на судинну деменцію становить приблизно 41% [8].

Насамперед слід враховувати, що хворі на деменцію потребують додаткових заходів з догляду та спостереження. У цієї категорії хворих є схильність до госпітальної інфекції та різних ускладнень лікування, часто судинні деменції супроводжуються іншими сомато-неврологічними проблемами [9]. Більшість

сучасних дослідників оцінюють деменцію як захворювання, яке важким тягарем лягає як на самого пацієнта, так і на його сім'ю. В проведеному дослідженні 1223 пацієнтів з деменцією, які були оцінені за ризиком надходження до установ тривалого догляду в 8 європейських країнах (Естонія, Фінляндія, Франція, Німеччина, Нідерланди, Іспанія, Швеція, Великобританія) констатовано, що високий рівень навантаження у доглядачів в значній мірі пов'язаний з сімейними відносинами (особливо дружини або доньки), а також проблемами самих пацієнтів з деменцією (фізична залежність від опікуна, психоневрологічні симптоми, зокрема, поведінка в нічний час і дратівливість), наявності мережі догляду за такими пацієнтами та країною проживання [10].

З погіршенням стану хворого зростає навантаження і на опікуна, що призводить до погіршення його психічного стану, а в подальшому до появи або загострення хронічних соматичних захворювань. В сучасних наукових дослідженнях показано, що особи, які доглядали за хворими з деменцією, на 46% частіше відвідували лікаря загальної практики і на 71% більше використовували медичні препарати, ніж люди того ж віку, які не доглядають за хворими [11]. Якщо перебування у депресивному стані затягується на тривалий час, то виникає ризик емоційного виснаження: дратівливості, зривів, безсоння, психосоматичних захворювань (зокрема, артеріальної гіпертензії, ішемічної хвороби серця, ожиріння) [12].

Крім того, деменція є джерелом важкого стресу для родичів пацієнтів і осіб, змушених їх обслуговувати та щоденно з ними спілкуватися. Так, за даними P.L. Huckle, у 40% осіб, які доглядають за хворими на деменцію, виявляються ознаки депресії. На думку деяких науковців, значна частина внутрішньосімейних конфліктів є реакцією на поведінкові порушення, пов'язані саме з деменцією [13]. При вирішенні цих конфліктів значна частка родичів відмовляється від хворих, поміщаючи їх в будинки-інтернати для старих людей з хронічними захворюваннями.

Фізичне, емоційне і економічне навантаження може призводити до великого стресу членів сімей та людей, які здійснюють догляд. За даними М.В. Гантман, догляд за пацієнтом з хворобою Альцгеймера – незалежний фактор ризику для розвитку депресивних і когнітивних розладів у літньому віці. Цей негативний вплив виявився значно сильніше, ніж зв'язок зазначених порушень з генетичним фактором ризику. Було встановлено, що поширеність депресії у осіб, які доглядають за пацієнтами з хворобою Альцгеймера, в чотири рази вища, ніж у загальній популяції осіб похилого віку. При цьому вираженість депресивних розладів у осіб, що доглядають, не залежав від тяжкості деменції у підопічного пацієнта, а виявляв достовірно значимий зв'язок з наявністю у нього психотичних і поведінкових розладів [14].

Більше 90% людей, що забезпечують догляд за близькою людиною з деменцією, не отримують достатнього відпочинку вночі – про це свідчать результати дослідження, виконаного в Університеті Баффало (США). Дослідження показало, що більшість учасників спало протягом ночі менше 6 годин, з частими пробудженнями (4 рази на годину). Такий зрив нічного сну може вести до хронічної депривації сну з ризи-

ком розвитку депресії, набору ваги, розвитку хвороби серця і передчасної смерті [15].

Догляд за чоловіком або дружиною з деменцією серед сімейних пар в шість разів підвищує ризик виникнення деменції у партнера. До такого висновку прийшли американські вчені, що опублікували результати своїх досліджень в журналі *Journal of the American Geriatrics Society*. У дослідженні взяло участь більше тисячі сімейних пар (близько двох з половиною тисяч випробовуваних-добровольців), яким на момент початку спостережень вже виповнилося 65 років. При цьому наголошується, що до негативних наслідків догляду в більшій мірі схильні чоловіки: для них ризик підвищується не в шість, а в дванадцять разів [16].

Найбільш значущими клінічними ознаками для доглядачів за особами з деменцією є: стан сплутаності (83%), нетримання сечі (72%), біль (64%), знижений настрій (61%), втрата апетиту (57%), порушення харчування [17]. Досліджено особливості порушень психоемоційного стану у родичів хворих на судинну деменцію у порівнянні із самими хворими. Розглядаючи критерії самооцінки сімейного стану, в обох групах дослідження відмічались достатньо високі показники за рівнем астенії, зниження активності і мотивації та спостерігалась менша виразність емоцій позитивного полюсу. Достовірно більший середній бал досліджуваних родичів мали за показниками: «незадоволення», «сум», «засмучення», «тривога», «образ», «неприємність», «злість» та «огида», при цьому 37% респондентів відрізнялись високим рівнем тривоги, а 71% – високим або середнім рівнем депресії у порівнянні з групою пацієнтів [18].

До сьогоденного часу проблеми клініко-психологічної дезадаптації осіб, родичі яких хворіють на деменцію, та шляхи її психокорекції, потребують подальшого вивчення [19]. Встановлено, що факторами, які впливають на досвід догляду, є вік, стать, відносини з пацієнтом, рівень освіти, супутня патологія та рівень залежності від догляду [20].

Згідно з даними, отриманими у результаті дослідження 98 доглядачів пацієнтів із діагнозом хвороба Альцгеймера, в 49% було визначено сімейний тип дезадаптації, основними елементами якої були драгливість, незадоволення психологічним кліматом у сім'ї, стосунками із чоловіком та дітьми, а також негативна суб'єктивна оцінка періоду подружнього життя. Низька культура сімейних стосунків, відсутність емпатії і толерантності сприяли виникненню додаткових факторів дисгармонії спілкування у родині, формуванню у доглядачів почуття провини, самотності, безвиході [21].

Аналіз літературних джерел показав, що здатність правильно оцінити діаду доглядач-пацієнт, що страждає на деменцію, має вирішальне значення в зниженні негативних наслідків для фізичного і психологічного здоров'я. Індивідуально розроблені комплексні втручання зменшують тягар, поліпшують якість життя і дозволяють особам, які забезпечують догляд, надавати його на дому протягом більш тривалого часу [22].

Доведено високу ефективність психоосвіти в структурі лікувально-реабілітаційних заходів при афективних порушеннях депресивного спектру. Психоосвітній підхід відноситься до навчального типу психосоціального втручання, при якому заняття будуються за прин-

ципом тематичного семінару з елементами соціально-поведінкового тренінгу. Він складається з етапів, направлених на роз'яснення особливостей клінічних проявів депресивного розладу, багатфакторних причин хвороби, її поширеності та прогнозу, необхідності звернення до лікаря, а також психотерапії. Реалізація підходу здійснюється у формі лекцій, дискусій, а також використання допоміжної візуальної інформації і друкованої продукції (листівок, буклетів) [23].

З плином часу були розроблені різні втручання, спрямовані на пом'якшення психосоціальної напруженості у осіб, що займаються доглядом. Серед них проведення груп підтримки є довго застосовуваним, самим популярним і широко поширеним методом [24]. Професійна підтримка осіб, які здійснюють догляд за родичем із деменцією розглядається в якості важливого аспекту надання допомоги. В рамках проекту в Німеччині було проведено дослідження ефективності професійного консультування після встановлення діагнозу деменції щодо зниження розвитку депресії у тих, хто доглядає за хворим. Участь у проспективному рандомізованому дослідженні взяли 42 пацієнта з деменцією і члени їх сімей з подальшим наглядом через 18 місяців. 29 сімей отримали психосоціальні консультації, була надана інформаційна брошура про деменцію, включаючи корисні контактні адреси. Консультування включало психоосвіту про хвороби. Крім того, були визначені поточні індивідуальні потреби, і при необхідності надана допомога. Більшістю доглядачів, що отримали консультації, дослідження було оцінено як «дуже корисне» або «корисне», а рівень депресії через 18 місяців знизився у них в 4 рази. Це свідчить про те, що раннє психосоціальне консультування може зменшити розвиток депресії у тих, хто доглядає за пацієнтами з деменцією і це може стабілізувати і збільшити тривалість домашнього догляду [25].

Гой та співавтори (2010) склали систематичний огляд літератури про комбіновані втручання, призначені для осіб, що доглядають за такими пацієнтами [26]. В Швейцарії створено групи підтримки, що проводяться за допомогою телефонного зв'язку, використання апаратури для телемоніторингу, онлайн-підтримка за допомогою інтернету інтерактивні рішення для підтримки фізичної активності, наприклад, комбінують використання комп'ютерів і телефонів, включаючи впровадження апаратури з GPS і засобів домашнього моніторингу (сповіщальні системи і т.д.). Здійснюється тимчасовий догляд, включаючи центри денної опіки, що спеціалізуються на роботі з хворими на деменцію, кураторство на дому, інтервальний догляд, використання відео [27].

Соціальна підтримка є дуже важливою, як для людей із деменцією, так і для їх неформальних опікунів. Психосоціальні втручання можуть бути корисні для зміцнення відносин між хворим і доглядачем [28]. В рандомізованому клінічному дослідженні, проведеному лікарями загальної практики в Німеччині, оцінювалося управління лікуванням деменції, яке забезпечувалося спеціально навченими медсестрами, в порівнянні із стандартною допомогою на початковому рівні та через 12 місяців спостереження. Встановлено, що використання такої моделі спільної допомоги, що визначає персоналізований масив модулів втручання та подальший його моніторинг, достовірно покращило релевантні результати, пов'язані з пацієн-

том і особою, яка здійснює догляд: значно зменшило поведінкові та психологічні симптоми деменції, тягар доглядача і підвищило якість життя пацієнтів [29].

Висновки. Таким чином, високий рівень невротизації у родичів пацієнтів хворих деменцією свідчить про виражену емоційну збудливість з негативними переживаннями – тривожність, занепокоєння, дратівливість, незадоволеність бажань, труднощі в спілкуванні. Дана категорія людей потребує психологічної та консультативної допомоги. Професійні поради щодо здоров'я, визнання ключової ролі, пов'язані з доглядом проблеми, емоційна підтримка в ході консультування є необхідними заходами для профілактики невротизації. Стрес, якого зазнає сім'я хворого на деменцію, може призвести до психічних розладів на додаток до

фізичних проблем, що викликані важкими фізичними навантаженнями. В цілому надання психотерапевтичної підтримки, в кінцевому підсумку, має позитивний вплив на якість життя людей, які доглядають за родичами з деменцією.

Перспективи подальших досліджень. Результати аналізу сучасних літературних джерел демонструють актуальність та необхідність подальшого дослідження проблеми негативних змін емоційно-особистісної сфери осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією. Також існує потреба в удосконаленні та впровадженні персоналізованих комплексних програм довгострокового супроводу та підтримки осіб, що доглядають за пацієнтами з деменцією з метою покращення рівня їх психосоціального функціонування.

Література

1. Dementia: a public health priority. World Health Organization. 2012. 112 p.
2. Sutterlin S, Hossmann I. Demenz-Report. Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung. 2011. 83 p.
3. Myshakivska OM. Svitova praktyka nadання допомоги khvorym na dementsiiu, paliatyвна допомога. Arkhiv psykhiatrii. 2013;19(4):42-3. [in Ukrainian].
4. Pinchuk Ila, Myshakivska OM. Aktualni pytannia nadання psykhiatrychnoi dopomohy khvorym na dementsiiu. NeuroNEWS. 2014;3(58):20-5. [in Ukrainian].
5. De Vugt ME, Stevens F, Aalten P, Lousberg R, Jaspers N, Winkens I, et al. Do caregiver management strategies influence patient behaviour in dementia? Int. J. Geriatr. Psychiatry. 2004 Jan;19(1):85-92.
6. Skrypnikov AM, Herasymenko LO, Isakov RI. Diahnostychnyi protses u psykhiatrii. Poltava: 2012. 19 s. [in Ukrainian].
7. Nakaz MOZ Ukrainy vid 19.07.2016 r. № 736. Pro vprovadzhennia medyko-tekhnologichnykh dokumentiv zi standartyzatsii medychnoi dopomohy pry dementsii. 2016. 18 s. [in Ukrainian].
8. Mudrenko IH. Suchasni pohliady na sotsialno-psykholohichni, kliniko-psykhopatolohichni zakonomirnosti suitsydogenezu pry dementsiiakh ta metody sotsialnoi dopomohy. Psykhiatriia, nevrolohii ta medychna psykholohii. 2017;4(8):33-9. [in Ukrainian].
9. Kostiuhenko S. Sosudystaia dementsiia: podkhody` u perspektyvy` farmakolohicheskoho lecheniia. NeuroNews. 2015;5:27-32. [in Russian].
10. Sutcliffe C, Giebel C, Bleijlevens M, Lethin C, Stolt M, Saks K, et al. Caring for a Person With Dementia on the Margins of Long-Term care: A Perspective on Burden From 8 European Countries. J. Am. Med. Dir. Assoc. 2017 Nov;18(11):967-73.
11. Schultz R, O'Brien A, Bookwala. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia care giving: prevalence, correlates and causes. Ger. Soc. Gerontologist. 2015;35(6):771-91.
12. Von Känel R, Mausbach BT, Dimsdale JE, Mills PJ, Patterson TL, Ancoli-Israel S, et al. Cardiometabolic effect in care givers of nursing home placement and death of their spouse with Alzheimer's disease. JAGS. 2011;59(11):2037-44.
13. Huckle PL. Families and Dementia. Int J Geriatr Psychiatry. 2014;9:735-41.
14. Hantman MV. Depressyvny`e y kohnytyvny`e rasstroistva u lyts pozhyloho vozrasta, ukhazhyvaiushchykh za patsyentamy s bolezniu Altsheimera. Moskva. [dysertatsiia]. Nauchn. tsentr psykhycheskoho zdorovia. 2015. 207 s. [in Russian].
15. Hsi-Ling Peng, Rebecca A, Lorenz, Yu-Ping Chang. Factors associated with sleep in family caregivers of individuals with dementia. Perspectives in Psychiatric Care [Internet]. 2018. DOI: 10.1111/ppc.12307
16. Dr. Peter Vitaliano P, Maria C. Norton Phd. Greater Risk of Dementia When Spouse Has Dementia? The Cache Cnty Study. 2010. p. 976-8.
17. Sydenkova AP. Osobennosti psykhosotsyalnogo funktsyonyrovaniia lyts, ukhazhyvaiushchykh za bolnymi s dementsiei. Obzreniye psykhiatryy u medytynskoi psykholohii. 2018;1:306-7. [in Russian].
18. Aimerov KV. Osoblyvosti porushen psykhoemotsiinoho stanu u rodychiv khvorykh na sudynnu dementsiiu. Aktualni problemy suchasnoi medytyny. 2016;16(2):56-60. [in Ukrainian].
19. Herasymenko LO. Psykhosotsialna dezadaptatsiia osib, yaki dohliadaui patsientiv iz khvoroboiu Altsheimera. Medychna psykholohii. 2017;1:10-2. [in Ukrainian].
20. Forstner J, Wensing M, Koetsenruijter J, Wronski P. Claims data-based analysis of the influence of individual and regional characteristics on the utilisation of long-term care by people with dementia in Baden-Wurtemberg, Germany. BMC Geriatr. 2019 Dec;19(1):358.
21. Voloshchuk DA. Orhanizatsiia psykhoekspertyznoi roboty z rodychamy patsientiv z sudynnoi dementsiieiu. Visnyk morskoi medytyny. 2016;2:10-6. [in Ukrainian].
22. Etters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. J. Am. Acad. Nurse Pract. 2008 Aug;20(8):423-8.
23. Maruta NA, Kozhyna AM, Koliadko SP. Rol psykhoobrazovaniia v kompleksnom lecheni bolnykh s rekurrentnym depressyvnyim rasstroistvom. Diahnostyka i likuvannia psykhychnykh ta narkolohichnykh rozladiv. 2015. 57 s. [in Russian].
24. Varik M, Randver R, Kuur K, Normet I, E'llermaa K, Tuur M, et al. Proekt: Razrabotka principov i zapusk sistemy` podderzhki lyudei s sindromom dementsii i ikh rodstvennikov. Opisanie sistemy` podderzhki ukhazhyvaiushchykh za blizkimi. 2018. 10 s. [in Russian].
25. Geschke K, Scheurich A, Scherml I, Laux N, Böttcher A, Fellgiebel A. Effect of early psychosocial counselling for family care givers in general practitioner based dementia care. Deutsche medizinische Wochenschrift. 2012;137(43):2201-6. DOI: 10.1055/s-0032-1305320
26. Goy E, Freeman M, Kandagara D. A Systematic Evidence Review of Interventions for Non professional Caregivers of Individuals with Dementia. VA Evidence Synthesis Programme USA. 2010.
27. Reid LD, Avens FE. Cognitive behavioural therapy for prevent. Alzheimer's disease. Behav Brain Res. 2017;334:163-77.
28. Rausch A, van der Ploeg ES. Keeping the person with dementia and the informal caregiver together: a systematic review of psychosocial interventions. Int Psychogeriatr. 2017 Apr;29(4):583-93.
29. Thyrian JR, Hertel J, Wucherer D, Eichler T, Michalowsky B, Dreier-Wolfgramm A, et al. Effectiveness and Safety of Dementia Care Management in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. JAMA Psychiatry. 2017 Oct;74(10):996-1004.

ОСОБЛИВОСТІ ЕМОЦІЙНО-ОСОБИСТІСНОЇ СФЕРИ ЧЛЕНІВ РОДИНИ, ЩО ДОГЛЯДАЮТЬ ЗА ПАЦІЄНТАМИ З ДЕМЕНЦІЄЮ

Животовська Л. В., Скрипніков А. М., Орлова О. В., Шкідченко О. А.

Резюме. Проведене теоретичне дослідження показало, що майже за 80% хворих на деменцію доглядають їхні родичі. Встановлено, що високий рівень навантаження у доглядачів в значній мірі пов'язаний як із

сімейними відносинами та проблемами самих пацієнтів з деменцією, так і з наявністю мережі догляду за такими хворими. Фізичне, емоційне і економічне навантаження призводить до стресу та зростання випадків депресивних розладів та емоційного виснаження у піклувальників. У представленій статті розкрито особливості супроводу даного контингенту хворих та їх родичів на основі даних, що ґрунтуються на доказовій базі. У більшості літературних джерел інформація зводиться до загальних рекомендацій, що потребує удосконалення персоналізованих комплексних програм довгострокового супроводу та підтримки осіб, які опікуються хворими на деменцію.

Ключові слова: пацієнти з деменцією, члени родини, що здійснюють догляд, особливості психоемоційного стану, клініко-психологічна дезадаптація, психосоціальні втручання.

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНОЙ СФЕРЫ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, КОТОРЫЕ УХАЖИВАЮТ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ДЕМЕНЦИЕЙ

Животовская Л. В., Скрипников А. Н., Орлова А. В., Шкидченко А. А.

Резюме. Проведенное теоретическое исследование показало, что почти за 80% больных деменцией ухаживают их родственники. Установлено, что высокий уровень нагрузки у тех, кто осуществляют уход в значительной степени связан как с семейными отношениями и проблемами самих пациентов с деменцией, так и с наличием сети ухода за такими больными. Физическая, эмоциональная и экономическая нагрузка приводит к стрессу и росту случаев депрессивных расстройств и эмоционального истощения в попечителей. В представленной статье раскрыты особенности сопровождения данного контингента больных и их родственников на основе данных, построенных на доказательной базе. В большинстве литературных источников информация сводится к общим рекомендациям и нуждается в усовершенствовании персонализированных комплексных программ долгосрочного сопровождения и поддержки лиц, которые занимаются больными деменцией.

Ключевые слова: пациенты с деменцией, члены семьи, осуществляющие уход, особенности психоэмоционального состояния, клинико-психологическая дезадаптация, психосоциальные вмешательства.

PECULIARITIES OF THE EMOTION-PERSONAL SPHERE OF MEMBERS OF THE FAMILY CARING FOR DEMENTIA PATIENTS

Zhyvotovska L. V., Skrypnikov A. M., Orlova O. V., Shkidchenko O. A.

Abstract. There are approximately 10 million new cases of various types of dementia every year. The places where professional assistance is provided in Ukraine for the treatment and care of patients with dementia are limited by the number of beds and may not always satisfy the need to provide these services. A theoretical study found that nearly 80% of dementia patients are cared for by their relatives. The reasons why people care for patients are obvious: family relationships, close affinity with the patient, marital relationships. The high level of caregiver burden has been found to be significantly related to both the family relationships and problems of dementia patients themselves and the availability of a care network for such patients. Physical, emotional and economic stress leads to stress and an increase in cases of depressive disorders and emotional exhaustion in caregivers. If you are depressed for an extended period of time, there is a risk of emotional exhaustion. Current scientific studies show that caregivers with dementia were 46% more likely to visit a general practitioner and 71% more likely to use medications than non-caregivers of the same age. More than 90% of people providing care for a loved one do not get enough rest at night. The results of theoretical studies of contemporary literature have shown the need for a detailed study of the clinical and psychological maladaptation of persons whose relatives are ill with dementia and ways of its psychocorrection. Professional health care tips related to the care of the problem, emotional support are necessary measures to prevent neurotic disorders. Individually designed complex interventions reduce the burden, improve the quality of life of the patient and caregiver. The article presents the relevance of the problem of accompanying patients with dementia and their relatives.

Key words: patients with dementia, caregivers, peculiarities of psycho-emotional state, clinical and psychological maladaptation, psychosocial interventions.

*Рецензент – проф. Сонник Г. Т.
Стаття надійшла 05.05.2020 року*

DOI 10.29254/2077-4214-2020-2-156-30-36

УДК 618.14-006.5:616-073.97-079.4

Ибадова Ш. Т.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ПОЛИПОВ ЭНДОМЕТРИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Республиканская Клиническая Больница Им. Миркасилова

(г. Баку, Азербайджанская Республика)

nauchnayastatya@yandex.ru

Данная работа является самостоятельным исследованием.

В современных условиях отмечается неуклонный рост многих гинекологических заболеваний. Внутриматочная патология (ВМП), в том числе миома матки, гиперпластические процессы в эндометрии,

патология цервикального канала, внутриматочные синехии, остается актуальной проблемой гинекологических заболеваний из-за высокой распространенности – у 5-32% женщин репродуктивного возраста [1-5], в том числе у пациенток, использовавших вспомогательные репродуктивные технологии [6].