



## ВПЛИВ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ, ЩО ВКЛЮЧАЄ ПСИХОАНАЛІТИЧНО ОРІЄНТОВАНУ ПСИХОТЕРАПІЮ, НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ТЕХНОГЕННИХ АВАРІЙ ТА КАТАСТРОФ З НЕПСИХОТИЧНИМИ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

В. В. Волобуєв

Обласна клінічна психоневрологічна лікарня-медико-психологічний центр  
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

**Анотація.** У статті розглядається вплив психоаналітично орієнтованої психотерапії на якість життя постраждалих внаслідок техногенних аварій і катастроф із превалюванням тривожної та депресивної симптоматики неспсихотичного регістру. Проведено аналіз основних сфер якості життя до та після застосування розроблених нами способів лікування, заснованих на психоаналітично орієнтованій психотерапії у досліджуваного контингенту. Підкреслена необхідність диференційованого підходу до психотерапії, що проводиться серед цього контингенту пацієнтів, з урахуванням наявності у них низьких показників якості життя у віддаленому періоді дії сильного стресового фактора.

**Ключові слова:** тривожна і депресивна симптоматика неспсихотичного регістру, особистісні особливості, якість життя, диференційований підхід.

### Вступ

Неспсихотичні психічні розлади у постраждалих є одними із значущих розладів, які чинять негативний вплив на всі сторони життя хворого [1–7].

На сьогодні багатьма провідними вітчизняними та зарубіжними фахівцями в галузі охорони психічного здоров'я висловлюється єдина точка зору про те, що найважливішим завданням надання допомоги хворим з розладами психіки та поведінки, у т. ч. постраждалим внаслідок техногенних аварій та катастроф, є поліпшення якості їх життя [1–9]. Велике значення для перебігу і прогнозу цих розладів у постраждалих мають трансферні відносини, як з пацієнтами, так і з їх родичами. Наразі час нові препарати, що використовуються при лікуванні неспсихотичних психічних розладів, дозволяють досягти стабілізації стану у багатьох пацієнтів. Разом з тим, досягнення фармакотерапії не привели до значних змін у соціальному статусі потерпілих, що пов'язано як з питаннями стигматизації, так і з необхідністю опрацювання внутрішніх психологічних конфліктів, що беруть участь у формуванні тривожної і депресивної симптоматики у цієї категорії пацієнтів, які мають в подальшому негативний вплив на різні сфери їх життя.

Незважаючи на визнану в усьому світі важливість дослідження аспектів якості життя у пацієнтів з розладами психіки та поведінки, на сьогодні існує не так багато робіт, де було зроблено спробу дослідити це докладно у постраждалих, тобто у взаємозв'язку з психологічними, соціально-демографічними характеристиками цього контингенту хворих та іншими факторами. У сучасній літературі до теперішнього часу опубліковані лише поодинокі роботи, присвячені оцінці якості життя постраждалих, у тому

числі — за допомогою розробленого Всесвітньою організацією охорони здоров'я «Опитувальника якості життя WHOQOL-BREF».

Згідно з рекомендаціями ВООЗ [10,11], якість життя визначається як індивідуальне співвідношення положення індивідуума у житті суспільства (з урахуванням культури і систем цінностей цього товариства) з цілями цього індивідуума, його планами, можливостями і ступенем неустрою. Іншими словами, якість життя — це суб'єктивний показник задоволення особистих потреб у житті, який відображає ступінь комфортності людини як всередині себе, так і в межах свого суспільства.

Опитувальник WHOQOL-BREF включає 26 питань і охоплює такі основні аспекти якості життя, які відповідно до термінології ВООЗ іменовані «домени» [10,11]:

1. Фізичне здоров'я і благополуччя.
2. Психологічне здоров'я і благополуччя.
3. Соціальні відносини.
4. Фактори навколишнього середовища.

У домені «Фізичне здоров'я і благополуччя» вивчаються різні аспекти фізичного здоров'я індивіда та їх вплив на якість життя. Зокрема, оцінюється, наскільки індивід задоволений здатністю здійснювати повсякденну діяльність і виконувати роботу. Оцінюється, наскільки відчуття фізичного болю перешкоджає здійсненню повсякденної діяльності, а також залежність індивіда від медичних втручань і лікарських засобів у забезпеченні фізичного, психологічного благополуччя і нормального функціонування. Оцінюється вплив сну на якість життя та пов'язаних з ним проблем.

У домені «Психічне здоров'я і благополуччя» вивчаються різні аспекти психологічного здо-

ров'я індивіда та їх вплив на якість життя. Оцінюється, якою мірою індивід піддається позитивним і негативним емоціям і переживанням та який вплив вони чинять на повсякденну діяльність і функціонування. Враховується самооцінка індивіда і пов'язане з самооцінкою почуття власної гідності. Оцінюється вплив на якість життя особистих переконань індивіда: наскільки особисті переконання допомагають у житті та впливають на благополуччя в цілому.

У домені «Соціальні відносини» вивчаються різні аспекти соціальних відносин індивіда та їх вплив на якість життя. Зокрема, оцінюється, якою мірою індивід відчуває в житті любов і дружнє ставлення близьких та рідних людей і може розраховувати на їх підтримку в критичній ситуації. Заціпається значимість сексуальної активності для якості життя індивіда.

У домені «Фактори навколишнього середовища» вивчаються фактори навколишнього середовища індивіда та їх вплив на якість життя. Зокрема, оцінюється, наскільки індивід задоволений навколишнім середовищем, вклю-

чаючи клімат, екологію, умови проживання, безпеку і захищеність. Оцінюється, якою мірою індивід задоволений доступністю медичної допомоги, включаючи якість і комплексність медичних послуг. Оцінюється, наскільки індивід задоволений фінансовими можливостями для реалізації потреб у підтримці здорового способу життя та організації дозвілля і відпочинку, доступністю транспортних послуг, а також можливістю отримання інформації та набуття знань.

Підсумкова обробка результатів дозволяє оцінити параметри якості життя від 0 до 100 балів за всіма шкалами. Більш високий бал відповідає більш високим параметрам якості життя.

У зв'язку з цим **метою нашого дослідження** було вивчення поліпшення якості життя при застосуванні комплексного лікування, що включає психоаналітично орієнтовану психотерапію, при неспсихотичних (як органічного, так і неорганічного ґенезу) психічних розладах у постраждалих з неспсихотичними психічними розладами.

Таблиця 1

**Показники опитувальника якості життя ВООЗ WHOQOL-BREF у постраждалих внаслідок техногенних аварій та катастроф на ЧАЕС після проведення лікування у контрольній та досліджуваній групах**

| Показник   | Виразність прояву, бали                                      |                            |   |                            | t-критерій Ст'юдента |
|--|--|----------------------------|---|----------------------------|----------------------|
|  | Постраждалі на ЧАЕС після лікування, контрольна група (n=35) |                            | Постраждалі на ЧАЕС після лікування, група, що досліджується (n=35) |                            |                      |
|  | Середнє значення   | Стандартне відхилення (SD) | Середнє значення  | Стандартне відхилення (SD) |                      |
| Сфера 1 — фізичне здоров'я                           |  |                            |   |                            |                      |
| Сирий показник                                       | 20,1   | 1,8                        | 22,1  | 1,9                        | 4,5**                |
| Перетворений показник: 4-20                          | 11,4   | 1,1                        | 12,6  | 1,1                        | 4,5**                |
| Перетворений показник: 0-100                         | 46,6   | 6,8                        | 53,9  | 7,0                        | 4,4**                |
| Сфера 2 — психічне здоров'я                          |  |                            |   |                            |                      |
| Сирий показник                                       | 15,1   | 3,1                        | 21,1  | 2,7                        | 8,6**                |
| Перетворений показник: 4-20                          | 10,1   | 2,2                        | 14,0  | 1,7                        | 8,6**                |
| Перетворений показник: 0-100                         | 38,2   | 13,5                       | 62,5  | 10,5                       | 8,5**                |
| Сфера 3 — соціальні взаємовідношення з іншими людьми |  |                            |   |                            |                      |
| Сирий показник                                       | 8,9  | 1,3                        | 9,9   | 1,7                        | 3,0**                |
| Перетворений показник: 4-20                          | 11,9   | 1,7                        | 13,4  | 2,3                        | 3,1**                |
| Перетворений показник: 0-100                         | 49,3   | 10,6                       | 58,7  | 14,2                       | 3,1**                |
| Сфера 4 — оточуюче середовище                        |  |                            |   |                            |                      |
| Сирий показник                                       | 23,2   | 3,5                        | 26,8  | 3,6                        | 4,2**                |
| Перетворений показник: 4-20                          | 11,9   | 1,8                        | 13,7  | 1,7                        | 4,4**                |
| Перетворений показник: 0-100                         | 49,3   | 11,2                       | 60,6  | 10,7                       | 4,3**                |

Примітка: \*\* —  $p < 0,01$

**Матеріали і методи дослідження**

Серед хворих, відібраних для цього дослідження (N=140), було 70 постраждалих на вугільних шахтах та 70 залучених до ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС. Критерії включення визначалися віком досліджених від 22 до 65 років та наявністю діагнозу неспсихотичного психічного розладу. Усі пацієнти належали до постраждалих. Відбір досліджуваних проводився випадковим методом з числа всіх госпіталізованих у стаціонар хворих цієї категорії. Були створені 4 групи: I з 35 постраждалих на вугільних шахтах та II з 35 постраждалих на ЧАЕС, в яких були проведені лікувальні заходи згідно з клінічними протоколами і стандартами надання медичної допомоги за фахом «Психіатрія» зі включенням розробленої нами методики, яка ґрунтувалася на психоаналітично орієнтованій психотерапії, а також III з 35 постраждалих на вугільних шахтах та IV з 35 постраждалих на ЧАЕС, в яких застосовувалися ті ж комплексні заходи згідно з клінічними протоколами і стандартами надання медичної допомоги за фахом «Психіатрія», що і в групах I та II, але без використання психоаналітично орієнтованої психоте-

рапії. Дослідження проводилось із використанням опитувальника якості життя ВООЗ (WHOQOL-BREF).

**Результати дослідження та їх обговорення**

Порівняння показників опитувальника якості життя ВООЗ WHOQOL-BREF у учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС після лікування в досліджуваній і контрольній групах (табл. 1) демонструє достовірно більше їх підвищення у всіх сферах у хворих досліджуваної групи. Таким чином, можна вважати підтвердженим гармонізуючий вплив психоаналітичної психотерапії на соціальне функціонування обстежених учасників ліквідації наслідків аварії (ЛНА) на ЧАЕС як свідчення значимого зсуву в бік прогресування їх реабілітації та реадаптації.

Аналізуючи соціальну ефективність розробленого нами метода психоаналітично орієнтованої психотерапії при неспсихотичних психічних розладах у постраждалих внаслідок техногенних аварій та катастроф були отримані такі результати (см табл. 3).

Таким чином, відзначене широке «охоплення» показників сфер життя постраждалих після

Таблиця 2

**Показники опитувальника якості життя ВООЗ WHOQOL-BREF у постраждалих внаслідок техногенних аварій та катастроф на вугільних шахтах після проведення лікування у контрольній та досліджуваній групах**

| Показник   | Виразність прояву, бали                                      |                            |   |                            | t-критерій Ст'юдента |
|--|--|----------------------------|---|----------------------------|----------------------|
|  | Постраждали на ЧАЕС після лікування, контрольна група (n=35) |                            | Постраждали на ЧАЕС після лікування, група, що досліджується (n=35) |                            |                      |
|  | Середнє значення   | Стандартне відхилення (SD) | Середнє значення  | Стандартне відхилення (SD) |                      |
| Сфера 1 — фізичне здоров'я                           |  |                            |   |                            |                      |
| Сирий показник                                       | 19,4   | 1,9                        | 21,9  | 2,2                        | 5,0**                |
| Перетворений показник: 4-20                          | 11,0   | 1,2                        | 12,5  | 1,3                        | 4,9**                |
| Перетворений показник: 0-100                         | 44,1   | 7,4                        | 53,3  | 8,2                        | 4,9**                |
| Сфера 2 — психічне здоров'я                          |  |                            |   |                            |                      |
| Сирий показник                                       | 16,5   | 2,7                        | 21,4  | 2,4                        | 8,1**                |
| Перетворений показник: 4-20                          | 11,0   | 1,7                        | 14,1  | 1,6                        | 8,0**                |
| Перетворений показник: 0-100                         | 43,8   | 11,0                       | 63,4  | 10,0                       | 7,8**                |
| Сфера 3 — соціальні взаємовідношення з іншими людьми |  |                            |   |                            |                      |
| Сирий показник                                       | 9,0  | 1,7                        | 10,1  | 1,7                        | 2,7**                |
| Перетворений показник: 4-20                          | 12,1   | 2,3                        | 13,5  | 2,3                        | 2,6*                 |
| Перетворений показник: 0-100                         | 50,6   | 14,2                       | 59,3  | 14,2                       | 2,6*                 |
| Сфера 4 — оточуюче середовище                        |  |                            |   |                            |                      |
| Сирий показник                                       | 24,1   | 2,8                        | 26,9  | 3,7                        | 3,6**                |
| Перетворений показник: 4-20                          | 12,3   | 1,3                        | 13,8  | 1,9                        | 3,7**                |
| Перетворений показник: 0-100                         | 52,1   | 8,5                        | 61,1  | 11,9                       | 3,7**                |

Примітка: \* — p<0,05, \*\* — p<0,01

проведення психоаналітичної психотерапії може свідчити про більш «генералізований» вплив використання специфічних психоаналітичних технік, розроблених нами для тривоги і депресії, на різні сфери якості життя. При аналізі відсотка поліпшення якості життя відзначалося збільшення показників усіх сфер, але найбільше у сфері «Психічне здоров'я» — на 84,4 % та 83,7 %, але у постраждалих внаслідок техногенних аварій (ТА) та катастроф (К) на ЧАЕС більший відсоток поліпшення (25,8 %) порівняно з групою постраждалих на вугільних шахтах (13,9 %) відзначався у сфері «Соціальні взаємовідношення з іншими людьми», що може свідчити про менший вплив проявів неспсихотичного психічного розладу у постраждалих на ЧАЕС на цю сферу, яка після використання розробленого нами способу лікування, заснованого на психоаналітично орієнтованій психотерапії, демонструє більшу стабілізацію. Психоаналітична психотерапія вплинула на всі сфери, що визначають якість життя хворих, довівши свій потенціал, пов'язаний з реабілітацією і реадaptaцією постраждалих внаслідок техногенних аварій та катастроф.

Таким чином, це емпіричне пре-пост дослідження розробленого нами для тривоги і депресії одного з найбільш короткострокових варіантів психоаналітично орієнтованої психотерапії продемонструвало достовірно більшу його ефективність у підвищенні якості життя порівняно з традиційним лікуванням при неспсихотичних психічних розладах у постраждалих, що, в цілому, підтверджує можливість застосування цього способу лікування у стаціонарних умовах. Використаний спосіб продемонстрував достовірну

ефективність відносно підвищення якості життя, перш за все, у сфері 2 (психічне здоров'я), що підтверджується характеризуючими ці розлади показниками опитувальника WHOQOL-BREF. Можна зробити висновок про те, що поєднання психофармакотерапії і психоаналітичної психотерапії потенціює їх ефективність у структурі досить короткострокового курсу лікування в стаціонарних умовах, при пов'язаних як зі стресом, так і з органічним ураженням головного мозку, неспсихотичних психічних розладах у постраждалих з підвищенням якості життя цього контингенту пацієнтів.

#### Висновки

1. Психоаналітична психотерапія достовірно продемонструвала свою ефективність у підвищенні показників якості життя як при неспсихотичних психічних розладах у учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС, так і у постраждалих на вугільних шахтах.

2. Відзначене широке «охоплення» сфер життя постраждалих після проведення психоаналітичної психотерапії може свідчити про більш «генералізований» вплив використання специфічних психоаналітичних технік, розроблених нами для тривоги і депресії, на різні сфери якості життя.

3. Психоаналітична психотерапія вплинула на всі сфери, що визначають якість життя хворих, довівши свій потенціал, пов'язаний із реабілітацією і реадaptaцією постраждалих внаслідок техногенних аварій та катастроф. Звертає на себе увагу більш виражене підвищення показників сфер 2 (психічне здоров'я), 3 (фізичне здоров'я) та 4 (оточуюче середовище) у учасників ліквідації наслідків аварії на ЧАЕС та постраждалих на ву-

Таблиця 3

**Поліпшення показників опитувальника якості життя BOO3 WHOQOL-BREF у постраждалих внаслідок техногенних аварій та катастроф на ЧАЕС та на вугільних шахтах після проведення лікування у контрольних групах та групах, що досліджуються**

| Показник опитувальника якості життя BOO3 WHOQOL-BREF | Поліпшення показників  |  |            |   |   |            |
|--|--|--|------------|---|---|------------|
|  | Постраждали внаслідок ТА та К на ЧАЕС після лікування, контрольна група, (n=35), % | Постраждали внаслідок ТА та К на ЧАЕС після лікування, група, що досліджується (n=35), % | Різниця, % | Постраждали внаслідок ТА та К на вугільних шахтах після лікування, контрольна група, (n=35), бали | Постраждали внаслідок ТА та К на вугільних шахтах після лікування, група, що досліджується (n=35), бали | Різниця, % |
| Сфера 1 — фізичне здоров'я                           |  |  |            |   |   |            |
| Перетворений показник: 0-100                         | 18,0   | 53,6   | 35,6       | 15,7  | 57,7  | 42,0       |
| Сфера 2 — психічне здоров'я                          |  |  |            |   |   |            |
| Перетворений показник: 0-100                         | 7,9  | 92,3   | 84,4       | 9,6   | 93,3  | 83,7       |
| Сфера 3 — соціальні взаємовідношення з іншими людьми |  |  |            |   |   |            |
| Перетворений показник: 0-100                         | 17,4   | 43,2   | 25,8       | 15,3  | 29,2  | 13,9       |
| Сфера 4 — оточуюче середовище                        |  |  |            |   |   |            |
| Перетворений показник: 0-100                         | 16,3   | 33,2   | 16,9       | 8,3   | 31,7  | 23,4       |

гільних шахтах і менше підвищення у сфері 3 (соціальних взаємовідношень з іншими людьми), що, можливо, свідчить про те, що глибинні конфлікти мають менше походження від цієї зони.

4. В обох групах, що досліджувалися, показники опитувальника якості життя WHOQOL-BREF демонструють достовірно більше їх підвищення у всіх сферах порівняно з контрольними групами. Таким чином, можна вважати підтвердженням гармонізуючий вплив психоаналітичної психотерапії на соціальне функціонування обстежених постраждалих внаслідок техногенних аварій та

катастроф як свідчення значимого зсуву в бік прогресування їх реабілітації та реадaptaції.

5. Отже, можна підтвердити не тільки сумісність розроблених нами психоаналітичних технік із психофармакологічними засобами, але і їх взаємне потенціювання, що дозволяє досягти достовірно підтвердженого нашим емпіричним дослідженням як специфічного (пов'язаного зі сферою психічного здоров'я), так і «генералізованого» впливу на показники якості життя у постраждалих внаслідок техногенних аварій та катастроф з непсихотичними психічними розладами.

### Література

1. Организация психотерапевтической помощи в системе реабилитации больных и инвалидов с психическими и поведенческими расстройствами, кризисными состояниями и пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф в условиях реформирования охраны здоровья: методические рекомендации утвержденные МЗ Украины от 12.04.2012 [Текст] / под ред. д.м.н., проф. М. П. Боро. – Донецк: Каштан, 2012. – 84 с.

2. Надзвичайні ситуації та психічне здоров'я. [Текст] / за заг. ред. О. Абессонової. пер. з англ. – К.: Сфера, 2006. – 240 с.

3. Табачников С. И. Психическая дезадаптация у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС [Текст] / С. И. Табачников, Ю. А. Александровский, И. И. Кутько, А. Т. Филатов и др. // Акт. вопр. психиатрической практики. – Полтава, 1993. – С. 55–56.

4. Табачников С. И. Оценка психопатологических нарушений у шахтеров — участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС [Текст] / С. И. Табачников, С. В. Титиевский, С. И. Найдено и др. // Укр. вісн. психоневрології. – Х., 1994. – Вып. 4. – С. 50–53.

5. Табачников С. И. Клинико-эпидемиологическое изучение пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств у работников промышленных предприятий [Текст] / С. И. Табачников, И. И. Кутько, Ю. А. Александровский // Актуальные про-

блемы пограничных нервно-психических расстройств: Сб. науч. трудов. Вып. 1. – Донецк, 1996. – С. 4–7.

6. Табачников С. И. Профилактика и коррекция посттравматических и социально-стрессовых расстройств [Текст] / С. И. Табачников, И. А. Бабюк, В. Г. Черкасов и др. // Вестн. гигиены и эпидемиологии. – 1999. – Т. 3, № 2. – С. 156.

7. Тарабрина Н. В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н. В. Тарабрина. – Ч. 1. – М.: Когито-Центр, 2007. – 48 с.

8. Gabbard G. Major modalities: psychoanalytic / psychodynamic // Oxford Textbook of Psychotherapy [Текст] / G. Gabbard. – Oxford-New York: Oxford University Press, 2008. – P. 3–13.

9. Driessen E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis [Текст] / E. Driessen, P. Cuijpers, S. C. de Maat, A. A. Abbass, F de Jonghe, J. J. Dekker // Clinical Psychology Review. – 2010. – Vol. 30, № 1. – P. 25–36.

10. Murphy B. Australian WHOQoL instruments: User's manual and interpretation guide [Текст] / B. Murphy, H. Herrman, G. Hawthorne, T. Pinzone, H. Evert. – Australian WHOQoL Field Study Centre, Melbourne, Australia, 2000.

11. The WHOQOL group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment // Psychol. Med. – 1998. – Vol. 3. – P. 551–558.

### ВЛИЯНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ, ВКЛЮЧАЮЩЕГО ПСИХОАНАЛИТИЧЕСКИ ОРИЕНТИРОВАННУЮ ПСИХОТЕРАПИЮ, НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСТРАДАВШИХ В РЕЗУЛЬТАТЕ ТЕХНОГЕННЫХ АВАРИЙ И КАТАСТРОФ С НЕПСИХОТИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

В. В. Волобуєв

Областная клиническая психоневрологическая больница–медико-психологический центр, г. Донецк, Украина  
Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

В статье рассматривается влияние психоаналитически ориентированной психотерапии на качество жизни пострадавших в результате техногенных аварий и катастроф с превалированием тревожной и депрессивной симптоматики непсихотического регистра. Проведен анализ основных сфер качества жизни до и после применения разработанных нами способов лечения, основанных на психоаналитически ориентированной психотерапии у исследуемого контингента. Подчеркнута необходимость дифференцированного подхода к психотерапии,

### THE INFLUENCE OF COMPREHENSIVE TREATMENT, INCLUDING PSYCHOANALYTICALLY ORIENTED PSYCHOTHERAPY ON THE QUALITY OF LIFE OF SURVIVORS OF TECHNOGENIC ACCIDENTS AND CATASTROPHES WITH NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS

V. V. Volobuyev

Regional Clinical Psycho-Neurological Hospital - Medico-Psychological Centre, Donetsk, Ukraine  
Donetsk national medical University M Gorky, Donetsk, Ukraine

In the article the influence of psychoanalytically-oriented psychotherapy on the quality of life of survivors of technogenic accidents and catastrophes, with prevalence of anxious and depressive symptoms of non-psychotic register is described. The analysis of the main areas of quality of life before and after the use of the developed methods of treatment based on a psychoanalytically oriented psychotherapy in a given population is accomplished. The need for a differentiated approach to psychotherapy in this contingent of patients, taking into account the low quality of life in

проводимой данному контингенту пациентов, с учетом наличия у них низких показателей качества жизни в отдаленном периоде воздействия сильного стрессового фактора.

**Ключевые слова:** тревожная и депрессивная симптоматика непсихотического регистра, личностные особенности, качество жизни, дифференцированный подход.

the remote period of exposure to a strong stress factor is underlined.

**Key words:** anxious and depressive symptoms of non-psychotic register, personality characteristics, quality of life, differentiated approach.

UDC 616.857-079-085.03



## MODERN METHODS OF DIAGNOSIS AND MIGRAINE TREATMENT

M. V. Savina

V. N. Karazin Kharkiv National University

**Summary.** The review of literary data is presented in the article and devoted to one of main types of primary headache disorder – migraine. Using of modern screening methods allows increasing the level of diagnostic of the patients suffering from attacks of migraine; to estimate effect of migraine on quality of life of the patients. In this review modern methods at migraine therapy are described, requirements to medications which are applied to stopping the attacks of migraine are described. And also the analysis of pharmaceutical market of triptans in Ukraine is presented.

**Key words:** migraine, triptan, quality of life.

### Introduction

Migraine is one of the most widespread and socially significant diseases, attention to which has recently increased not only among neurologists, but also among therapists, cardiologists, family physicians and other medical specialties.

In 2000, the migraine was included to the list of diseases, which have global significance and represent a burden for Humanity (Global Burden of Disease 2000). It is determined by its prevalence and significant impact on quality of life. According to the World Health Organization (WHO), migraine is included to twenty reasons that lead to the violation of human's adaptation and requires an integrated method to its treatment [1-7].

The purpose of the article is a study of screening methods, which allows improving the diagnosis of patients suffering from migraine attacks.

### Materials and methods

The spreading of migraine among women ranges from 11.0 % to 25.0 %, among men — from 4.0 % to 10.0 %; it usually appears by the first time between the ages of 10 to 20 years. At the age of 35–45 years, the frequency and intensity of migraine attacks reach a maximum, after 55–60 years the migraine is stopped at the majority of patients. It has heritable character in 60.0–70.0 % patients [1, 3, 4].

### Results and Discussion

In everyday practice migraine is often misdiagnosed, and patients do not receive optimal medical care. As it is shown by epidemiological studies, only 20.0 % of patients with migraine are given the appropriate diagnosis, and the most part

of patients do not apply to doctors about headaches [8–12]. The frequency of migraine attacks is varied from 1–2 times per week to 1–2 times per year. More than half of the patients have an attack at least 1 time per month. The average frequency of attacks among the population is 24 attacks per year [13, 14].

Migraine is not a fatal disease, but significantly reduces the quality of life of patients [3]. Financial and economic costs associated with sick leave, as well as the diagnosis and treatment of migraine, are huge to compare to the cost of cardiovascular diseases [15, 16]. Also it is necessary to keep in mind the fact that migraine is a disease whose diagnosis in general medical practice is not sufficient, that's why one of the urgent issues is to use screening methods for its detection. Effective using of screening could significantly improve the level of diagnostic, increase efficiency of clinical consultations, facilitate adequate management of patients after the first examination and improve patient compliance suffering from migraine [7, 10].

Effective treatment of migraine begins with diagnosis and conducting differential diagnosis of the disease. Treatment of specific cure migraine should be begun after diagnosis; otherwise these drugs are not effective or even are able to be injurious to the health of the patient [17–19].

The main goal of treatment is sustain of high quality of life for patients with migraine by teaching him quickly, efficiently and safely cut of migraine headache, and presentation of a range of measures designed to reduce the frequency, intensity and duration of attacks [17, 20–25].