

ПСИХОЕМОЦІЙНІ РЕАКЦІЇ НА ЕТАПІ КЛІНІЧНО ІЗОЛЬОВАНОГО СИНДРОМУ РОЗСІЯНОГО СКЛЕРОЗУ

О.Д. Шульга

Шульга
Ольга Дмитрівна

Волинська обласна клінічна лікарня; проспект Грушевського 21, 43005,
м. Луцьк, Україна
shulgaolga@ukr.net; ORCID ID: 0000-0002-4513-9028

Проведено проспективне дослідження функціональної неспроможності та її зв'язку з емоційною реакцією пацієнта на діагноз у 30 пацієнтів з клінічно ізольованим синдромом (КІС) розсіяного склерозу (РС). Метою дослідження було оцінка типових емоційних реакцій у пацієнтів з КІС РС та визначення їх впливу на функціональну неспроможність пацієнтів в майбутньому. Дослідження проводили в три етапи. На першому етапі до інфузії метилпреднізолону проводилась оцінка емоційної реакції та ступінь функціональної неспроможності. Оцінку надійності емоційної реакції оцінювали через 7 днів. Повторна оцінка психоемоційної реакції та функціональної неспроможності при повторній клінічній атаці РС. Всього в дослідження було включено 30 пацієнтів, з середнім віком $32,07 \pm 8,54$ роки, з них 27 жінок та 3 чоловіки. Встановлено, що при КІС найчастішими емоційними реакціями були тривога (60%), шокова реакція (16,56%) пацієнтів, категоричне заперечення діагнозу (13,33%) осіб. Рідше спостерігалось полегшення — у 6,67% та скорбота у 3,33% пацієнтів. Надійність емоційної реакції повторно оцінювали через 7 днів (α Кронбаха 0,993). Проміжок часу від моменту КІС РС до повторної атаки та встановлення діагнозу РС склав $6,33 \pm 3,467$ місяців. Бал за шкалою EDSS на час другої атаки становив $2,92 \pm 0,081$ бали. Для різностороннього аналізу було також застосовано процедуру однофакторного дисперсійного аналізу ANOVA для встановлення статистичної різниці значення показника сумарного балу шкалою EDSS для різних рівнів показника «Реакція». Статистично значущий зв'язок було встановлено між значеннями показників «Реакція» та загальним балом за шкалою Expanded Disability Status Test (EDSS) на рівні $P < 0,01$, а також балом EDSS при повторній клінічній атаці. Встановлено, що емоційний фон пацієнта впливає на прогноз та функціональну неспроможність в динаміці.

Ключові слова: клінічно ізольований синдром, розсіяний склероз, психоемоційна реакція, неспроможність.

Вступ

Розсіяний склероз - хронічне аутоімунне захворювання центральної нервової системи, яке вважається найбільш поширеною причиною нетравматичної інвалідності центральної нервової системи у молодих людей у всьому світі та яке призводить до когнітивних і фізичних порушень [1, 2].

У 80% хворих, у яких розвивається РС, захворювання дебютує клінічним епізодом демієлінізації, так званим клінічно ізольованим синдромом (КІС), який, як правило, триває не менше 24 годин без супутньої гарячки або інфекції та також без клінічних ознак енцефалопатії. Прояви

КІС можуть бути монофокальними або мультифокальними і зазвичай включають зорові і чутливі порушення, ураження стовбурної, пірамідної, мозочкової систем, спинного мозку або півкулі головного мозку [3, 4].

Таке захворювання як розсіяний склероз дотичне до багатьох нейропсихологічних областей, включаючи когнітивні функції, перепади настрою, зміну особливостей характеру, втому і звичайно все це позначається на загальну якість життя хворого [5].

Когнітивні порушення при РС виникають в 30% — 70% випадків і являють собою чутливий маркер, що свідчить про гострі і значні пошкодження головного

мозку [6]. Часто це виражається помітним змінами в швидкості обробки інформації хворим, порушеннями уваги, пам'яті і загального функціонування [7].

Ранні когнітивні порушення наявні у пацієнтів вже на етапі КІС. Відповідно до даних, опублікованих Zivadipov et al. такі порушення спостерігалися у 28% когорти КІС пацієнтів протягом 2 років, при цьому відзначалося прогресування когнітивної дисфункції протягом клінічного перебігу захворювання [8].

Проведено велику кількість досліджень за участю нейропсихологічних і нейропсихіатричних проявів при РС і КІС, які встановили, що тривожно-депресивні симптоми частіше зустрічаються у пацієнтів з РС. Так, за даними цих досліджень, депресія спостерігалась у практично до 60% таких пацієнтів [9].

На підтвердження того Anhogue et al. в своєму дослідженні серед хворих з КІС виявили тривожність і депресію, з тенденцією до нормалізації в періоді ремісії. У дослідженні також було виявлено кореляція між осередками запалення локалізованими в скроневій частці і показниками депресії, що призвело авторів до припущення, що крім психологічних аспектів, в патогенез психічних розладів при КІС можуть бути залучені і органічні структурні зміни [10].

Лікування нейропсихіатричних синдромів має першочергове значення, так як допомагає поліпшити якість життя як пацієнтів, так і їхніх родин, що дозволяє збільшити прихильність пацієнтів до терапії тим самим покращуючи загальний результат захворювання [10].

Проведені нейровізуалізаційні дослідження також виявили цікаву тенденцію. Так, у хворих з РС був встановлений зв'язок між ушкодженнями головного мозку і депресією, крім того у хворих з виявленими вогнищами в головному мозку депресія була сильніше виражена, ніж у тих, у кого були виявлені вогнища лише в спинному мозку [11].

Незважаючи на ряд проведених досліджень, в клінічній практиці емоційний стан хворого часто недооцінюється як при проведенні оцінки стану хворого, так і на етапі оцінки відповіді на терапію. Не варто забувати, що депресія не тільки знижує якість життя хворого і його оточення, але і може збільшити ризик суїцидальних проявів.

РС пов'язаний з емоційною травмою, і пацієнт часто спочатку не приймає свій діагноз, таким чином переходячи в стан заперечення [12]. Однією зі складностей в прийнятті та розумінні такого захворювання як РС є його невизначеність і неясність подальшого розвитку, що природно може викликати у пацієнта страх перед своїм майбутнім, що має більш негативний вплив на якість

життя пацієнта, ніж саме захворювання. Далеко не всі пацієнти з уже встановленим діагнозом РС здатні прийняти, адаптуватися до хвороби і успішно жити з нею. Набагато складніше хворим з діагнозом КІС — тоді, коли мова йде поки про майбутню можливість розвитку клінічно достовірного РС, коли у частини хворих можливо і не розвинеться друге клінічне загострення, тоді як ризики в довгостроковому періоді для іншої частини залишаються досить високими (60 — 80%) [13, 14].

Особливого підходу вимагають випадки, коли у хворого є всі ознаки розвитку клінічно достовірного РС, такі як клінічно німі ділянки демієлінізації на МРТ-зображеннях, олігоклональні антитіла в спинномозковій рідині. При цьому для пацієнта дана інформація є не до кінця зрозумілою і він не усвідомлює те, що відбувається з ним. Для лікаря-невролога, який встановлює діагноз, розкриття і пояснення його своєму пацієнтові є однією з основних труднощів і вимагає комплексного підходу, в тому числі і коли пацієнт відповідає на діагноз своєю першою реакцією, якою часто є тривожність. Так тривожність була відзначена у хворих більше на початкових стадіях захворювання, що було підтверджено і Rintala et al в проведеному аналізі, де у від 36% до майже 100% КІС хворих була відзначена тривожність [12].

Встановлено, що емоції здатні впливати на перебіг хронічних захворювань, а також на прихильність до терапії та результат лікування хвороби. Зазвичай емоційними реакціями пацієнта на діагноз клінічно ізольованого синдрому можуть бути шок, заперечення, тривога, гнів або полегшення (класифікація) [15].

Дослідження емоційних реакцій при КІС, їх зв'язок та можливий вплив на функціональну неспроможність раніше не вивчались серед популяції українців.

Мета дослідження: встановити типові емоційні реакції у пацієнтів з КІС РС та визначити їх потенційний вплив на функціональну неспроможність пацієнта в майбутньому.

Матеріали і методи дослідження: Обсерваційне, проспективне, подвійне дослідження (пацієнт, дослідник) пацієнтів з КІС РС проведене вперше в Україні. В дослідження залучались пацієнти з діагнозом КІС РС в період з 01.03.2013 по 01.03.2018. В дослідження залучались пацієнти віком 18-55 років, з діагнозом КІС та РС відповідно критеріїв McDonald 2010 року з поправкою Polman [16] при відсутності будь-яких інших неврологічних, психічних захворювань чи будь-яких інших захворювань, що спричиняють вогнища в головному мозку.

Оцінка психоемоційної реакції та функціональної неспроможності проводилась до прийому курсу в/в метилпреднізолону. З дослідження виключали пацієнтів з

первинно-прогресуючим РС (прогресування протягом року) та ініціально спінальною симптоматикою. В дослідження включали пацієнтів без алкогольної або наркотичної залежності. Усі пацієнти підписали добровільно інформовану згоду на участь в дослідженні. Первинною точкою дослідження було оцінити вплив емоційної реакції пацієнта при встановленні діагнозу КІС на атрофічні процеси головного мозку в динаміці та неспроможність за шкалою Expanded Disability Status Test (EDSS) [17]. Для зменшення розбіжностей неврологічне обстеження проводилось за шкалою EDSS одним сертифікованим спеціалістом. Для зменшення можливого впливу особистісної тривожності на оцінку емоційної реакції, до початку дослідження всі пацієнти проходили тестування за шкалою Спілберга-Ханіна [18]. Оцінка надійності проводилась методом тест-ретест з коефіцієнтом внутрішньої стабільності α Кронбаха.

Результати дослідження та їх обговорення

Всього було включено 30 пацієнтів, з середнім віком $32,07 \pm 8,54$ роки, з них 27 жінок та 3 чоловіки. В 40% пацієнтів спостерігався монофокальний дебют захворювання. Графічно етапи дослідження наведені на малюнку 1.

На час первинного огляду бал за шкалою EDSS на момент КІС склав $2,98 \pm 0,55$ бали. У пацієнтів з КІС найчастіше зустрічалась тривога — 18 пацієнтів (60%), шокова реакція у 5 (16,56%) пацієнтів, категоричне заперечення діагнозу спостерігалось у 4 (13,33%) осіб. Значно рідше при повідомленні діагнозу пацієнти відчували полегшення — у 2 випадках (6,67%) та скорботу — 1 (3,33%) (Мал. 2).

На другому етапі (через 7 днів) проводилась оцінка надійності показника психо-емоційної реакції. Показник альфа Кронбаха склав 0,993, що свідчить про

високу надійність даного показника. Проміжок часу від моменту КІС РС до повторної атаки та встановлення діагнозу РС склав $6,33 \pm 3,467$ місяців. Бал за шкалою EDSS на час другої атаки становив $2,92 \pm 0,081$ бали. В даній когорти пацієнтів ступінь функціональної неспроможності при повторній атаці був меншим ніж при первинному зверненні.

За допомогою критерію Хі-квадрат було встановлено статистично значущий зв'язок між значеннями показників психоемоційної реакції та загальним балом за шкалою EDSS при першій атаці ($P < 0,01$). Частоти для значень показників «реакція» та балом за шкалою EDSS наведені в таблиці.

Для різностороннього аналізу було також застосовано процедуру однофакторного дисперсійного аналізу ANOVA, щоб встановити, чи значущо відрізняються значення показника сумарного балу шкалою EDSS для різних рівнів показника «Реакція». На рівні значущості $P=0,05$ встановлено вплив рівнів фактору на середні значення показника EDSS (зауважимо, що при цьому ми не маємо на увазі причинно-наслідковий зв'язок). Так, у пацієнтів з шоквою реакцією бал за шкалою EDSS серед досліджуваних та становив 3,1 (2,78-3,42) бали, подібно до пацієнтів, що відчували полегшення — 3,0 (2,49 — 3,51); найбільшу ступінь функціональної неспроможності при повторній атаці мав пацієнт, що відчував скорботу на етапі КІС — 4,5 (3,78-5,21); у пацієнтів, які заперечували діагноз бал функціональної неспроможності був найнижчим та становив 2,75 (2,4 — 3,1) бали; з тривогою мали також нижчий бал за шкалою функціональної неспроможності — 2,92 (2,75-3,09).

Одним з основних недоліків роботи є невелика кількість залучених пацієнтів, однак вибірка є достатньою

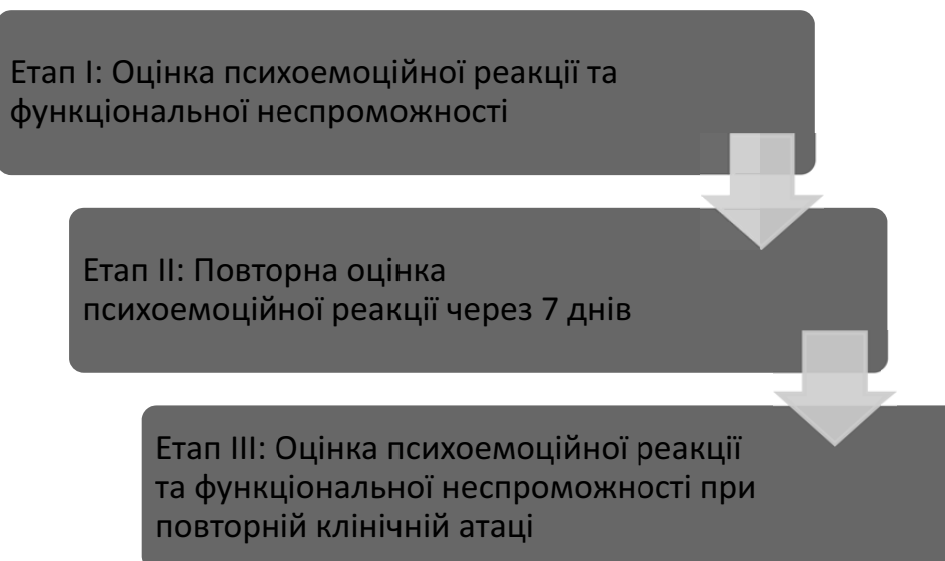


Рисунок 1. Етапи дослідження

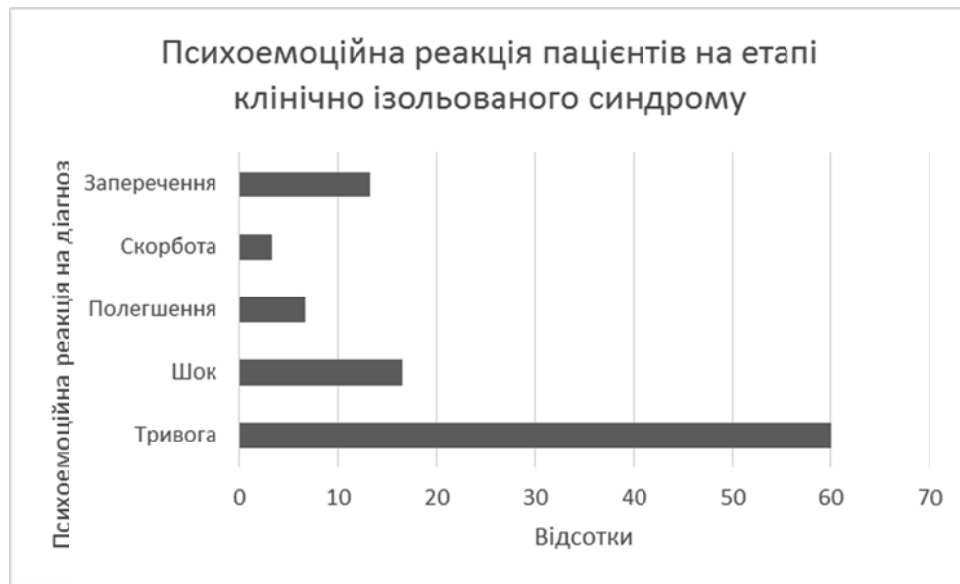


Рис 2. Психоемоційна реакція у пацієнтів з КІС

Таблиця

Функціональна неспроможність у пацієнтів з різними типами реакції

Реакція	Бал за шкалою EDSS					
	2	2,5	3	3,5	4,5	Разом
Шок	0	0	4	1	0	5
Заперечення	1	1	1	1	0	4
Тривога	2	4	7	5	0	18
Полегшення	0	1	0	1	0	2
Скорбота	0	0	0	0	1	1
Разом	3	6	12	8	1	30

для оцінки результатів. Не зовсім типовим є гендерне співвідношення досліджуваних чоловіків та жінок 1:9, що також може впливати на оцінку результатів. Результати нашого дослідження можна використовувати для планування та оптимізації медичної допомоги хворим з КІС та РС. Також розуміння емоційної реакції пацієнта, що виникає при повідомленні діагнозу, необхідно враховувати в навчально-виховному процесі студентів медичних університетів та студентів психологічних факультетів.

Перші роки після встановлення діагнозу РС є важливою тимчасовою рамкою, коли максимально надана допомога і підтримка хворому, дадуть йому поштовх для прийняття своєї хвороби і максимальної адаптації до життя з нею, прийняття спільного рішення зі своїм лікуючим лікарем щодо потрібної йому і його стилю життя терапії. Все це разом в результаті збільшить прихильність хворого до своєї терапії, знизить ризики розвитку психічних розладів і тим самим збільшить якість життя пацієнта.

Враховуючи результати дослідження, в перспективі доцільно оцінити вплив психологічної реабілітації

та медикаментозної корекції емоційних порушень на етапі КІС щодо ймовірного зменшення функціональної неспроможності при РС.

В майбутньому доцільним є проведення масштабних досліджень з оцінкою впливу емоцій на етапі КІС та в динаміці захворювання в поєднанні з психотерапією, оцінкою атрофічних процесів та впливу їх комбінації на ефективність терапії.

Проведене дослідження дозволяє встановити наступні **ВИСНОВКИ**:

1. Найчастішими психоемоційними реакціями на етапі КІС РС є тривога та шокова реакція

2. Встановлено, що емоційний фон пацієнта впливає на функціональну неспроможність в динаміці. Так, скорбота та шокова реакція поєднані з вищим балом за шкалою функціональної неспроможності. Нижчий ступінь неспроможності спостерігався у пацієнтів з реакцією заперечення на етапі КІС.

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

ЛІТЕРАТУРА

- Coditu C. The future of multiple sclerosis treatments [Text] / C. Coditu, CS Constantinescu, R Tanasescu // Expert Review of Neurotherapeutics. - 2016. - Vol. 16, Issue (12). - P.1341-56.
- Kobelt G. New insights into the burden and costs of multiple sclerosis in Europe. [Text] / G. Kobelt, A. Thompson, J. Berg J et al. // Multiple Sclerosis. - 2017. - Vol. 23. - P.1123-1136.
- Lublin FD. Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis. [Text] / FD Lublin, SC Reingold // Neurology. - 1996. - Vol. 46. - P. 907-911
- Fisniku LK. Disability and T2 MRI lesions: a 20-year follow-up of patients with relapse onset of multiple sclerosis. [Text] / LK Fisniku, P. Brex, D. Altmann et al. // Brain. - 2008. - Vol. 131. - P. 808-817.
- Bermel RA. The measurement and clinical relevance of brain atrophy in multiple sclerosis. [Text] / RA Bermel, R. Bakshi // The Lancet Neurology. - 2006. - Vol. 5 Issue (2). - P. 158-170.
- Amato MP. Cognitive dysfunction in early-onset multiple sclerosis: a reappraisal after 10 years. [Text] / MP Amato, G. Ponziani, G. Siracusa, S. Sorbi // Archives of Neurology. - 2001. - Vol. 58, Issue 10. - P.1602-1606.
- Amato MP. Association of MRI metrics and cognitive impairment in radiologically isolated syndromes. [Text] / MP Amato, B. Hakiki, B. Goretti et al. // Neurology. - 2012. - Vol. 78, Issue 5. - P. 309-314.
- Zivadinov R. A longitudinal study of brain atrophy and cognitive disturbances in the early phase of relapsing-remitting multiple sclerosis. [Text] / R. Zivadinov, J. Sepcic, D. Nasuelli et al. // Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. - 2001. - Vol. 70. - P. 773-780.
- Solaro C. Depression in Multiple Sclerosis: Epidemiology, Aetiology, Diagnosis and Treatment. [Text] / C. Solaro, G. Gamberini, FG Masuccio // CNS Drugs. - 2018. - Vol. 32, Issue 2, - P.117-133.
- Anhoque CF. Anxiety and depressive symptoms in clinically isolated syndrome and multiple sclerosis. [Text] / CF Anhoque, SCA Domingues, T. Carvalho et al. // Arquivos de Neuro-Psiquiatria. - 2011 - Vol. 69, Issue 6. - P. 882-886.
- Pucak ML. Neuropsychiatric manifestations of depression in multiple sclerosis: neuroinflammatory, neuroendocrine, and neurotrophic mechanisms in the pathogenesis of immune-mediated depression. [Text] / ML Pucak, KAL Carroll, DA Kerr et al. // Dialogues in Clinical Neuroscience. - 2007. - Vol. 9, Issue 2. - P. 125-139.
- Rintala A. Emotional outcomes in clinically isolated syndrome and early phase multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. [Text] / A. Rintala, F. Matcham, M. Radaelli et al. // Journal of Psychosomatic Research. - 2019. - Vol.124 - P.109761.
- Fallahi-Khoshknab M. Confronting the Diagnosis of Multiple Sclerosis. [Text] / M. Fallahi-Khoshknab, S. Ghafari, K. Nourozi, E. Mohammadi // Journal of Nursing Research. - 2014 - Vol. 22, Issue 4. - P. 275-282.
- Leahy T. Clinically isolated syndromes or clinically isolated patients? A patient and clinician perspective on the utility of CIS as a diagnosis [Text]. / T. Leahy, M. Elseed, TJ Counihan. // Multiple Sclerosis and Related Disorders. - 2017. - Vol.17 - P. 249-255.
- Multiple Sclerosis: a Model of Psychosocial Support 5th Edition / Rosalind Kalb, PhD, editor Nancy Reitman. - 2012
- Polman, C. H. Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria [Text] / C. H. Polman, S. C. Reingold, B. Banwell, M. Clanet, J. A. Cohen, M. Filippi et. al // Annals of Neurology. - 2011. - Vol. 69, Issue 2. - P. 292-302. doi: 10.1002/ana.22366
- Kurtzke JF. Rating Neurologic Impairment in Multiple Sclerosis an Expanded Disability Status Scale (EDSS). Neurology. -1983. - 33. - P.1444-1444.
- Психологические тесты для профессионалов / авт. сост Н.Ф. Гребень. - Минск: Соврем. шк., 2007. - 496с.

REFERENCES

- Coditu Catalina, Cris S, Constantinescu CS, Tanasescu Radu. The future of multiple sclerosis treatments. Expert Review of Neurotherapeutics. 2016; vol 16, № 12: pp 1341-56. DOI: 10.1080/14737175.2016.1243056
- Kobelt G, Thompson A, Berg J, et al. New insights into the burden and costs of multiple sclerosis in Europe. Multiple Sclerosis. 2017; vol 23, № 8, pp 1123-1136. DOI: 10.1177/1352458517694432
- Lublin FD, Reingold CS. Defining the clinical course of multiple sclerosis: results of an international survey. National Multiple Sclerosis Society (USA) Advisory Committee on Clinical Trials of New Agents in Multiple Sclerosis. Neurology. Apr 1996;(46): pp 907-911. DOI: 10.1212/WNL.46.4.907
- Fisniku LK, Brex PA, Altmann DR, Miszkief KA, Benton CE, Lanyon R, Thompson AJ, Miller DH, et al. Disability and T2 MRI lesions: a 20-year follow-up of patients with relapse onset of multiple sclerosis. Brain. March 2008;131(3): pp 808-817. https://doi.org/10.1093/brain/awm329
- Bermel RA, Bakshi R. The measurement and clinical relevance of brain atrophy in multiple sclerosis. Lancet Neurol. Feb 2006;5(2): pp 158-70.
- Amato MP, Ponziani G, Siracusa G, Sorbi S. Cognitive dysfunction in early-onset multiple sclerosis: a reappraisal after 10 years. Archives of Neurology. 2001;58(10): pp 1602-1606. https://doi.org/10.1001/archneur.58.10.1602
- Amato MP, Hakiki B, Goretti B, Rossi F, Stromillo ML, Giorgi A, et al. Association of MRI metrics and cognitive impairment in radiologically isolated syndromes. Neurology. Jan 2012;78(5): pp 309-314. DOI: 10.1212/WNL.0b013e31824528c9
- Zivadinov R, Sepcic J, Nasuelli D, et al. A longitudinal study of brain atrophy and cognitive disturbances in the early phase of relapsing-remitting multiple sclerosis. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry. 2001;70: pp 773-780.
- Solaro C, Gamberini G, Masuccio FG. Depression in multiple sclerosis: epidemiology, aetiology, diagnosis and treatment. CNS drugs. Feb 2018;32(2): pp 117-133. DOI: 10.1007/s40263-018-0489-5.
- Anhoque CF, Domingues SC, Carvalho T, Teixeira AL, Domingues RB. Anxiety and depressive symptoms in clinically isolated syndrome and multiple sclerosis. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. Dec 2011;69(6): pp 882-886.
- Pucak ML, Carroll KA, Kerr DA, Kaplin AI. Neuropsychiatric manifestations of depression in multiple sclerosis: neuroinflammatory, neuroendocrine and neurotrophic mechanisms in the pathogenesis of immune-mediated depression. Dialogues in Clin Neuroscience. 2007;9(2): pp 125-139.
- Rintala A, Matcham F, Radaelli M, et al. Emotional outcomes in clinically isolated syndrome and early phase multiple sclerosis: a systematic review and meta-analysis. Journal of Psychosomatic Research. 2019;(124): p 109761.
- Fallahi-Khoshknab M, Ghafari S, Nourozi K, Mohammadi E. Confronting the diagnosis of multiple sclerosis: a qualitative study of patient experiences. Journal of Nursing Research. Dec 2014;22(4): pp 275-282. DOI: 10.1097/jnr.000000000000058.
- Leahy T, Elseed M, Counihan TJ. Clinically isolated syndromes or clinically isolated patients? A patient and clinician perspective on the utility of CIS as a diagnosis. Multiple Sclerosis and Related Disorders. Oct 2017;17: pp 249-255. DOI: 10.1016/j.msard.2017.08.015.
- Kalb Rosalind, Reitman Nancy. Multiple sclerosis: a model of psychosocial support 5th edition. 2012.
- Polman CH, Reingold SC, Banwell B, Clanet M, Cohen JA, Filippi M, Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. Annals of Neurology Feb 2011;69(2): pp 292-302. DOI:10.1002/ana.22366.
- Kurtzke JF. Rating neurologic impairment in multiple sclerosis: an expanded disability status scale (EDSS). Neurology. Nov 1983;33(11): pp 1444-52.
- Hreben NF. Psychological tests for professionals. Minsk: Modern. Shk., 2007 [In Russ.]

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ РЕАКЦИИ НА ЭТАПЕ КЛИНИЧЕСКИ ИЗОЛИРОВАННОГО СИНДРОМА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА

Шульга
Ольга Дмитриевна

Волынская областная клиническая больница; проспект Грушевского 21,
43005, г. Луцк, Украина
shulgaolga@ukr.net; ORCID ID: 0000-0002-4513-9028

Проведено проспективное исследование функциональной несостоятельности и ее связи с эмоциональной реакцией пациента на диагноз у 30 пациентов с клинически изолированным синдромом (КИС) рассеянного склероза (РС). Целью исследования было оценка типичных эмоциональных реакций у пациентов с КИС РС и определение их влияния на функциональную несостоятельность пациентов в будущем. Исследования проводились в три этапа. На первом этапе до инфузии метилпреднизолона проводилась оценка эмоциональной реакции и степень функциональной несостоятельности. Оценка надежности эмоциональной реакции оценивали через 7 дней. Повторная оценка психоэмоциональной реакции и функциональной несостоятельности при повторной клинической атаке РС. Всего в исследование было включено 30 пациентов, со средним возрастом $32,07 \pm 8,54$ года, из них 27 женщин и 3 мужчины. Установлено, что при КИС частыми эмоциональными реакциями были тревога (60%), шоковая реакция (16,56%) пациентов, категорическое отрицание диагноза (13,33%) человек. Реже наблюдалось облегчение — в 6,67% и скорбь в 3,33% пациентов. Надежность эмоциональной реакции повторно оценивали через 7 дней (α Кронбаха 0,993). Промежуток времени от момента КИС РС к повторной атаке и установления диагноза РС составил $6,33 \pm 3,467$ месяцев. Балл по шкале EDSS на время второй атаки составлял $2,92 \pm 0,081$ балла. Для разностороннего анализа было также применена процедура однофакторного дисперсионного анализа ANOVA для установления статистической разницы значение показателя суммарного балла шкале EDSS для различных уровней показателя «Реакция». Статистически значимая связь была установлена между значениями показателей «Реакция» и общим баллом по шкале Expanded Disability Status Test (EDSS) на уровне $P < 0,01$, а также баллом EDSS при повторной клинической атаке. Установлено, что эмоциональный фон пациента влияет на прогноз и функциональную несостоятельность в динамике.

Ключевые слова: клинически изолированный синдром, рассеянный склероз, психоэмоциональная реакция, несостоятельность.

PSYCHOEMOTIONAL REACTIONS AT THE STAGE OF CLINICALLY ISOLATED MULTIPLE SCLEROSIS SYNDROME

Shulga Olga

Volyn Regional Clinical Hospital; 21 Hrushevskogo Ave., 43005, Lutsk, Ukraine
shulgaolga@ukr.net; ORCID ID: 0000-0002-4513-9028

A prospective study of functional disability and its relationship to the emotional response of a patient to the diagnosis of 30 patients with clinically isolated syndrome (CIS) of Multiple Sclerosis (MS) was performed. The aim of the study was to evaluate the typical emotional reactions in patients with CIS MS and to determine their impact on patients' functional failure in the future. The study was conducted in three stages. In the first stage, before the infusion of methylprednisolone, an emotional response and a degree of functional failure were assessed. Evaluation of the reliability of emotional reaction was performed after 7 days. Re-evaluation of psycho-emotional response and functional disability was performed during recurrent MS attack. A total of 30 patients were included in the study, with an average age of 32.07 ± 8.54 years, including 27 women and 3 men. The most frequent emotional reactions were found to be anxiety (60%), shock reaction (16.56%) of patients, categorical denial of diagnosis (13.33%). Relief was less frequent — 6.67% and sorrow in 3.33% of patients. The reliability of the emotional response was re-evaluated after 7 days (Cronbach's α 0.993). The time interval from the moment of CIS MS to the second attack and diagnosis of MS was 6.33 ± 3.467 months. The EDSS score at the time of the second attack was 2.92 ± 0.081 points. A one-way ANOVA procedure was also used for the multivariable analysis to establish the statistical difference of the EDSS score for different levels of the Reaction score. A statistically significant correlation was established between the response values and the Expanded Disability Status Test (EDSS) total score at $P < 0.01$, as well as the EDSS score at the second clinical attack. It was found that the emotional background of the patient influences the prognosis and functional failure in the dynamics.

Keywords: clinically isolated syndrome, multiple sclerosis, psychoemotional reaction, disability.